

Suplemento 1 – Vol. 24 (2022)

# Revista Española de Sanidad Penitenciaria

Publicación Cuatrimestral de la  
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

**RESP**

[www.resp.es](http://www.resp.es)

**SUPLEMENTO NÚMERO 1**

XIV Congreso Nacional y  
XXII Jornadas de la Sociedad Española  
de Sanidad Penitenciaria

“Un camino, un relevo”

[www.sesp.es](http://www.sesp.es)

**SESP**  
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Indexada  
en MedLine



# REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 24 (2022) Suplemento nº 1

## EDITOR JEFE

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

## EDITORES/AS ASOCIADOS/AS

Julio García Guerrero  
*Facultativo Sanidad Penitenciaria (Castellón)*  
Pablo Saiz de la Hoya Zamácola  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Alicante I (Alicante)*  
Montserrat Sánchez Roig  
*EAPP La Roca del Vallès 1 (Barcelona)*

## CONSEJO EDITORIAL

José Miguel Antolín Mugarza  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Ocaña I (Toledo)*  
Sofía Casado Hoces  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)*  
Maribel Espinosa García  
*UCEM - Institut Català de la Salut (ICS) (Barcelona)*  
Elena Garcés Pina  
*Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza)*  
Rafael A. Guerrero Moreno  
*Programa de Salud Penitenciaria  
Institut Català de la Salut (Barcelona)*  
Andrés Marco Mouriño  
*Programa de Salud Penitenciaria  
Institut Català de la Salut (Barcelona)*  
Vicente Martín Sánchez  
*Universidad de León (León)*  
Andrés Martínez Cordero  
*Servicio Médico Centro Penitenciario de Villabona (Oviedo)*  
Joan J. Paredes i Carbonell  
*Centre de Salut Pública d'Alzira (València)*  
Neus Solé Zapata  
*Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut  
(Barcelona)*

## TESORERO

Carlos Gallego Castellví  
*EAPP La Roca del Vallès 1 (Barcelona)*

Revista Autorizada como Soporte Válido Nº 50.07.98

## OFICINA EDITORIAL

Esmon Comunicación, S.L.  
Balmes 209, 3º 2ª  
08006 Barcelona  
Teléfono: 93 215 90 34  
E-mail: redaccion@esmon.es

## 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: congresosbcn@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

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

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

Depósito Legal: B 13513-2015

REVISTA INCLUIDA EN EL DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS (DOAJ), EN EXCERPTA MEDICA DATABASE (EMBASE), EN FECYT, EN EL ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECs), EN EL INDEX MEDICUS ESPAÑOL (IME), EN LA PLATAFORMA SCIELO (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE), EN SCIMAGO JOURNAL & COUNTRY RANK (SJR), EN SCOPUS, 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](http://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*



RESP en FECYT



RESP en Scielo



RESP en Ibecs



RESP en Medline



RESP en SJR

## ■ CONSEJO ASESOR

- Marta Alonso Alcañiz  
*Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza (España)*
- Piedad Arazo Garcés  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)*
- Pedro Arias Bohigas  
*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid (España)*
- Francisco Arnau Peiró  
*Hospital Provincial de Castellón. Castellón (España)*
- Sergio Babudieri  
*Istituto Malattie Infettive, Università di Sassari. Sassari (Italia)*
- Jérôme Bachelier  
*Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. Tours (Francia)*
- Sergio A. Bautista Arredondo  
*Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca (Méjico)*
- José María Bayas Rodríguez  
*Hospital Clínico. Barcelona (España)*
- José Ramón Blanco Ramos  
*Hospital San Pedro-CIBIR. Logroño (España)*
- Julio Bobes García  
*Universidad de Oviedo. Oviedo (España)*
- Olga Canet Vélez  
*Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)*
- Pilar Casaus Samatán  
*Hospital Universitario Institut Pere Mata. Reus, Tarragona (España)*
- Joan Caylá Buqueras  
*Unidad de Investigación en Tuberculosis. Barcelona (España)*
- José Costa Ramos  
*Directorate General for Reinsertion and Prison Services. Lisboa (Portugal)*
- Luis de la Fuente de Hoz  
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)*
- Francisco del Busto de Prado  
*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España)*
- Mercedes Díez Ruiz-Navarro  
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)*
- Kate Dolan  
*University of New South Wales. Sidney (Australia)*
- Fernando Dronda Núñez  
*Hospital Ramon y Cajal. Madrid (España)*
- Sean Duggan  
*Centre for Mental Health Maya House. Londres (Reino Unido)*
- Carlos Fernández Merino  
*Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla (España)*
- José Carlos Fuertes Rocañin  
*Hospital Militar de Zaragoza. Zaragoza (España)*
- Stergios Georgoulas  
*Korydallos Prison Hospital. El Pireo (Grecia)*
- Laurent Getaz  
*Hôpitaux Universitaires de Genève. Ginebra (Suiza)*
- Pilar González Gálvez  
*Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)*
- Eduardo Gotuzzo  
*Universidad Cayetano Heredia. Lima (Perú)*
- José Luis Graña Gómez  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)*
- Luis Guerra Romero  
*Programas Internacionales. ISCIII. Madrid (España)*
- Elmira Gurbanova  
*University of Tartu. Tartu (Estonia)*
- Olivia Horna-Campos  
*Universidad de Chile. Santiago de Chile (Chile)*
- Sarah Larney  
*National Drug and Alcohol Research Centre. Sidney (Australia)*
- Cecilio López Galíndez  
*Centro Nacional de Microbiología. Madrid (España)*
- Aurelio Luna Maldonado  
*Facultad de Medicina. Murcia (España)*
- María Sol Luque Molina  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid (España)*
- Begoña Martínez Jarreta  
*Facultad de Medicina. Zaragoza (España)*
- Elisa Martró Catalán  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona (España)*
- Fuad Mirzayev  
*Global TB Programme. Communicable Diseases. World Health Organization. Ginebra (Suiza)*
- María Pilar Molés Julio  
*Universidad Jaume I. Castelló de la Plana, Castelló (España)*
- María Cruz Molina Garuz  
*Universitat de Barcelona. Barcelona (España)*
- Santiago Moreno Guillén  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España)*
- Antonio Muro Álvarez  
*Universidad de Salamanca. Salamanca (España)*
- Felice Alfonso Nava  
*Prison Healthcare Service. Pádua (Italy)*
- Pilar Niño García  
*Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias (España)*
- Mónica Portillo Santamaría  
*Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia (España)*
- Hernán Reyes  
*Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra (Suiza)*
- Héctor Javier Sánchez Pérez  
*Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas. Chiapas (Méjico)*
- Pilar Sanz Hernández  
*Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)*
- Dolores Serrat Moré  
*Facultad de Medicina. Zaragoza (España)*
- Anne Spaulding  
*Emory University. Atlanta (EE.UU.)*
- Omar Sued  
*Responsable de VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Washington (EE.UU.)*
- Amalio Telenti Asensio  
*The Scripps Research Institute. La Jolla. California (EE.UU.)*
- Rafael Toro Flores  
*Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid (España)*
- Vicenç Tort Herrando  
*Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins. Barcelona (España)*
- Joan Trujols Albet  
*Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona (España)*
- Elisabet Turu Santiagosa  
*Institut Catala de la Salut. Barcelona (España)*
- José Verdejo Ortes  
*Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Madrid (España)*
- Enric Vicens i Pons  
*Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona (España)*
- Mercedes Vinuesa Sebastián  
*Hospital de Móstoles. Madrid (España)*
- Stephan Walcher  
*Concept, Addiction Medicine. Múnich (Alemania)*
- María del Carmen Zabala Baños  
*Universidad de Castilla la Mancha. Talavera de la Reina, Toledo (España)*

# POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

(Última actualización: Enero de 2019).

## COBERTURA TEMÁTICA

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Tiene periodicidad cuatrimestral y su primer número fue publicado en 1998. Esta revista acepta para su publicación trabajos de investigación de orientación básica, clínica o asistencial sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria que procedan de cualquier parte del mundo.

La RESP cuenta con las siguientes secciones:

1. Editorial.
2. Artículos de investigación original (originales u originales breves según su extensión).
3. Documentos de consenso.
4. Revisiones bibliográficas.
5. Artículos Especiales, que engloban, tanto estudios sobre aspectos ético-filosóficos como descripciones de metodología.
6. Casos clínicos
7. Sanidad en imágenes
8. Notas singulares
9. Cartas al Director.

El Consejo de Redacción considera que en la actualidad la RESP puede englobarse, a efectos de descripción temática para su indexación en las diferentes bases de datos bibliográficas médicas, en el área de Salud Pública, ya que la epidemiología, la prevención, la detección de enfermedades y en definitiva la influencia de la Sanidad Penitenciaria en la comunidad, son temas nucleares para esta publicación.

Su temática es global y admite trabajos en relación con enfermedades transmisibles, la salud mental, la atención primaria, la medicina legal, la ética y deontología de la práctica médica en prisión, la gestión y en general, y como ya se ha citado, sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria.

Desde el 2010 el formato digital de la Revista ([www.resp.es](http://www.resp.es)), es bilingüe español-inglés en todos los contenidos.

## PROCESO EDITORIAL

La RESP acusa recepción de los trabajos remitidos, que son revisados por el Consejo de Redacción y evaluados posteriormente por dos expertos ajenos a la Revista, siguiendo el método de revisión por pares (peer review).

Inicialmente los trabajos remitidos son sometidos a una revisión editorial por dos miembros del Consejo de Redacción de la Revista, quienes valoran que el trabajo se ajusta a las Normas de Publicación. De no ser así, el trabajo es devuelto a los autores para ser corregido en un plazo máximo de 20 días. Una vez comprobado que el trabajo cumple los requisitos formales, es enviado a evaluación externa para decidir la conveniencia o no de su publicación. Los trabajos que sean revisados y pudieran ser considerados para publicación, previa modificación, deberán

ser devueltos por los autores en el plazo de 30 días si se solicitan correcciones menores, y de 60 si las correcciones pedidas son mayores. Si hubiera que realizar algún cambio en la forma o fondo para ser aceptado, se le notificará al autor. Si se considera oportuno, se pedirá confirmación de los datos de la investigación, por lo que éste debe conservar la documentación estadística pertinente, la identificación de los casos clínicos, etc., hasta su publicación.

En caso de discrepancia en la evaluación, los editores se reservan el derecho de decidir finalmente la conveniencia o no de la publicación. También los editores se reservan el derecho de contactar con el Comité Ético de Investigación Clínica que aprobó el trabajo o con la institución o instituciones donde se desarrolló, para requerir información sobre ciertos aspectos del mismo. La RESP se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio, en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive el cambio de su contenido. Estos cambios serán comunicados a los autores antes de la publicación del trabajo y deberán contar con la aprobación de los mismos.

## REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW)

El Sistema de revisión empleado por la RESP es externo, confidencial y anónimo. Son sometidos a revisión externa todos los artículos recibidos salvo las cartas al director, las editoriales y las revisiones encargadas por el Consejo de Redacción. La selección de los revisores se realiza entre los profesionales que el Consejo Editorial considera más apropiados por su experiencia, conocimiento y, en definitiva, perfil profesional.

Se emplean dos revisores por artículo y en caso de juicios dispares, los editores pueden tomar una decisión definitiva o consultar a un tercer evaluador. Además, se cuenta con revisores metodológicos entre los miembros del Consejo de Redacción y con revisores de estilo aportados por la empresa editorial.

Influyen en la decisión sobre la aceptación y rechazo de los originales por parte del Consejo de Redacción de la Revista los siguientes factores:

- Originalidad y reproducibilidad
- Actualidad y novedad.
- Relevancia en su doble vertiente de utilidad (aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos) y significación (avance del conocimiento científico).
- Fiabilidad y validez científica, esto es, calidad metodológica contrastada.
- Presentación: buena redacción (claridad, brevedad, precisión), buena organización (coherencia lógica) y buena presentación material.

Asimismo, se contempla un cierto orden en la publicación de los trabajos, cabe señalar que la revista maneja criterios de prioridad editorial, que pueden estar vinculados al interés de los lectores, a la cantidad de artículos presentados y pendientes de publicación y al número de artículos sobre un mismo tema.

El manuscrito tras los informes de los evaluadores queda depositado hasta su publicación en las oficinas editoriales. Los informes evaluativos son notificados a los autores, que pueden realizar las alegaciones que estimen oportunas. En

cualquier caso, la decisión última sobre la publicación o no de un trabajo corresponde a los editores con el apoyo del Consejo de Redacción.

No cabe recurso contra la decisión de rechazo y los trabajos rechazados no son devueltos a los autores.

## PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN

La RESP nació en 1998, como órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y necesario vehículo divulgador de las iniciativas e inquietudes de investigación, y de sus resultados, de los profesionales sanitarios que trabajan en las prisiones españolas. Como no podía ser de otro modo, la RESP se dotó de unas Normas de Publicación que se han ido perfeccionando hasta su última revisión y actualización a principios de 2019 tras veinte años de experiencia.

La investigación clínica en grupos vulnerables como es el de los presos, debe de cumplir estrictamente unas normas que aseguren su corrección ética y, por su parte, las revistas que difunden los resultados de esas investigaciones deben de exigir a los autores su cumplimiento y vigilar porque así sea en todos sus aspectos ya que, por ejemplo, parece probado que la tercera parte de los autores de un artículo científico ha participado en algún comportamiento ético cuestionable a la hora de hacer una investigación y publicar sus resultados<sup>1,2</sup>, y hasta un 2% reconocen haber falsificado, fabricado o modificado los datos<sup>2</sup>.

La RESP se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki, cuya última actualización de octubre de 2013 está disponible en: (<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-paralas-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) y a los de las Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) de 2017 ([https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)), en particular en todo lo que afecte a investigación clínica en grupos vulnerables.

Aunque lo esencial de los principios éticos que deben regir la investigación en estos grupos ya se recogen en nuestras Normas de Publicación, la Junta Directiva de la SESP y el Consejo Editorial de la RESP han creído conveniente especificar más estos principios ya que cuestiones como el conflicto de intereses, la autoría o la ética en el diseño de los estudios de investigación en presos no se recogen en ellas con la suficiente amplitud. Las justificaciones principales de estas Normas radican en la obligación de publicar trabajos veraces, ya que los autores pretenden con ellos modificar las opiniones del lector sobre el tema que están leyendo, y éticamente correctos, ya que publicitan investigaciones sobre un colectivo vulnerable y del que la Historia dice que han soportado cuantiosos desmanes en las investigaciones que sobre él se han realizado en el pasado.

**Autoría:** Todos los autores firmantes de un trabajo publicado en le RESP deberían haber hecho alguna contribución sustancial en la concepción y diseño, la recolección de los datos y su análisis y la elaboración del texto final del trabajo. Con la excepción de los estudios multicéntricos, es difícil de admitir que más de ocho autores hayan hecho este tipo de contribución en un mismo trabajo. No es ética la inclusión en la relación de autores del “autor invitado” (aquel que firma un trabajo sin haber contribuido a su realización), ni la exclusión de la figura contraria del “autor fantasma” (aquel habiendo colaborado en la elaboración, no figura en la relación de autores).

Los autores son garantes de la originalidad de los trabajos publicados; la RESP repudia el plagio y las publicaciones redundantes.

En el apartado de “Agradecimientos” deben citarse personas o instituciones que hayan fomentado o facilitado la realización del trabajo. Los autores deberán tener el permiso de estas antes de incluirlas en esta sección.

**Conflicto de intereses:** Es el que se deriva de la relación entre el mensaje o las conclusiones del trabajo y su publicación, sus autores o la institución que lo patrocina o fomenta. El más frecuente es el provocado por la ayuda financiera para la realización del trabajo que puede inducir sesgo en el diseño o las conclusiones del trabajo, inclusión forzada de autores y otros. También hay un conflicto de intereses cuando algún autor participa en alguno de los procesos de edición de los trabajos. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad de los autores y debe hacerse siempre, ya sea individual o colectivamente ya que es una defensa del trabajo y de la integridad de sus autores, además de ser una garantía de autenticidad para quien lo lee.

Los editores y miembros del Consejo de Redacción de la RESP, a la hora de decidir la publicación de un trabajo, también pueden tener un conflicto de intereses y deberán declararlo, así como los revisores externos que pueden tener algún tipo de relación con los autores o bien seguir la misma línea de trabajo que el original que valoran. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad individual de cada una de estas figuras.

Una declaración de conflicto de intereses no basta por sí misma para rechazar un trabajo, pero obliga al Consejo de Redacción de la Revista a extremar la cautela a la hora de decidir su publicación.

**Diseño ético de los trabajos:** Todos los trabajos publicados en la RESP deben ser inéditos y no haberse mandado a valorar simultáneamente a otra revista. Todos los autores deberían detallar su contribución al trabajo y todos deben dar su permiso de forma constatable para que sea publicado. Cualquier trabajo enviado a la RESP para su publicación y en el que haya habido una mínima intervención sobre los sujetos de investigación, deberá constar con el consentimiento informado escrito de todos ellos, así como haber sido valorado y refrendado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Los sujetos de investigación deben de permanecer anónimos y los datos obtenidos ser confidenciales, sin que pueda ser posible su identificación a partir del texto final.

Todos los datos del estudio deben ser conservados por los autores ya que el Consejo de Redacción o cualquier revisor externo puede reclamarlos.

El Consejo de Redacción de la RESP se reserva el derecho de cualquier actuación posterior si se descubre alguna vulneración de estas normas.

### Referencias

- 1.- Martinson BC, Anderson MS, De Vries R. Scientists behaving badly. *Nature*. 2005; 435:737-8.
- 2.- Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *PLoS One*. 2009; 4:e5738

**Transmisión de los derechos de autor:** Se incluirá con el manuscrito, el anexo a estas normas firmado por todos los autores. Una vez publicado un artículo su propiedad intelectual corresponde a la RESP y ningún trabajo podrá ser reproducido por completo, o en alguna de sus partes, sin autorización expresa de la Revista.

# REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 24, Suplemento nº 1 - 2022

## SUMARIO

### Editorial

Antón Basanta JJ  
XIV Congreso Nacional y  
XXII Jornadas Nacionales de la SESP ..... 14

### PONENCIAS

#### Farmacia

Jose Joaquín Machí Ribes, María Casadó Alfaro, María  
José Bonet Igual  
*Papel del farmacéutico penitenciario y su relación  
con los servicios médicos de prisiones*..... 15

Daniel Gutiérrez Saborido  
*Programas de uso correcto de antibióticos (PROA)*..... 22

Mónica Saldaña Valderas  
*Farmacovigilancia (In erratum)*..... 123

#### Salud mental y drogadicción

Antonio Terán Prieto  
*Paciente psiquiátrico adicto a drogas legales e ilegales*..... 26

Myriam Tapia Ortiz  
*Alternativas a la pena de prisión en los pacientes  
psiquiátricos*..... 31

Enrique Pérez-Godoy Díaz  
*Papel de enfermería en el seguimiento de pacientes con  
problemas de salud mental y adicciones*..... 35

#### Atención primaria

José Antonio Rodríguez Portal  
*El enfermo respiratorio crónico en tiempos  
de la COVID*..... 41

Enrique Méndez Rodríguez  
*Importancia del buen control y adherencia  
al tratamiento del paciente hipertenso* ..... 46

Francisco Javier Ortega Ríos  
*Manejo integral temprano de la diabetes* ..... 52

Beatriz Armenteros López  
*Programa de deshabituación tabáquica, una realidad  
en medio penitenciario* ..... 58

#### Enfermedades infecciosas

Montes de Oca Arjona M, Martín-Peral P  
*Enfermedades importadas* ..... 64

Carolina Freyre Carrillo  
*Papel del microbiólogo en el diagnóstico precoz  
de las hepatitis víricas*..... 69

Martín-Aspas A  
*Infecciones de transmisión sexual en el adulto.  
Atención inmediata* ..... 73

### COMUNICACIONES

#### Atención primaria

Elena Yela González, Pilar Sánchez Encomienda, A.  
Cobos, Àngels Flores Imbernón, Carmen Macías Gómez,  
J.A. Gramunt, M. De Odriozola, N. Guirado  
*Perfil de los pacientes extranjeros de un brote de SARS-CoV-2  
en prisión que habían rechazado la vacunación  
anticovid-19* ..... 78

Elena Yela González, Lidia Puig, Mireia Llopart, Sonia  
Mellado, Maite Serrats, Adrià Jacas, Xenia Rué  
*Prevalencia y causas de rechazo de la vacunación  
anticovid-19 en un centro penitenciario  
de Barcelona*..... 79

Asier López de Arcaute Trincado, Inmaculada Atrio, M<sup>a</sup>  
Isabel Pérez de San Román, M<sup>a</sup> Angeles Viejo, Rafael  
Velasco  
*Programa de cirugía menor en un centro  
penitenciario*..... 80

Andrés Marco Mouriño, Jesús Rivera-Esteban, Salvador  
Quintero, María del Ara Moruno, Verónica Paredes, Sana  
Cher Yemlahi, Elena Flores, Roger Torrents, Xenia Rue,  
Francisco Rodríguez-Frias, Elisabet Turu, Juan Manuel  
Pericás JM, Grupo *FatPrison Study*

*Prevalencia de síndrome metabólico en la población penitenciaria de Cataluña. FATPRISON Study.....* 82

Sergio Fernández Vaquerizo, Beatriz García Císal, Virginia Martínez Velázquez, Lourdes Piñel Pérez, Esther García Valencia, Ana Eva Blanco Quiroga, Marta Vallecillo Hernández, Alicia Redondo Merino, Gloria Sanz Alfayate, Begoña Merchán Domínguez, Natalia Calleja de Castro  
*Gestión de la demanda de enfermería .....* 83

Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Eusebio Espuela García, Delia González Tejedor, M<sup>a</sup> Antonia Domínguez García, Ana Bonilla Jaime  
*Intervenciones en deshabituación tabáquica en un centro penitenciario.....* 84

Ana Paula Rech, Reges Antônio Deon, Denise Antunes Azambuja Zocche  
*Políticas de salud pública en la Atención Primaria a la población penitenciaria.....* 85

Eusebio Espuela García, Pedro Álvarez de Lara Velasco, M<sup>a</sup> Antonia Domínguez García, Beatriz Reina Herráiz, M<sup>a</sup> Valle Rodríguez Ramallo, Delia González Tejedor  
*Características de la información sanitaria transmitida en las conducciones entre centros penitenciarios.....* 86

Beatriz Armenteros López, Mireia Guillaumet Ginjoan, Alba Martín Soria, Sandra Gómez Gálvez, Ericka Patricia Balcázar Franco, Lourdes García González  
*Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en un centro penitenciario durante la pandemia de la COVID-19 .....* 87

Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Beatriz Reina Herráiz, Isabel Algora Donoso, Delia González Tejedor, Ana Bonilla Jaime  
*Efectividad de la educación terapéutica en diabetes en un centro penitenciario.....* 88

Ana Paula Rech, Reges Antônio Deon, Denise Antunes Azambuja Zocche, Ana Paula Padilha  
*Pandemia de COVID-19 en el contexto penitenciario de Chapecoense.....* 89

Elena Yela González, Lidia Puig, Rafael Clua, Mireia Llopart, Adrià Jacas, Maite Serrats, Sonia Mellado, Xenia Rué  
*Experiencias de los presos en aislamiento por brote de COVID-19 en una prisión catalana .....* 90

Delia González Tejedor, José Antonio Martín Peláez, Francisco Artalejo Gutiérrez, Sofía Victoria Casado Hoces, Eusebio Espuela García, Miguel Ángel Mulas Largo

*La importancia de evaluar la tensión arterial con un oftalmoscopio, a propósito de un caso de hipertensión esencial malignizada.....* 92

Sofía Victoria Casado-Hoces, Patricia Inglada-Infante, Delia González-Tejedor, María del Valle Rodríguez-Ramayo, Marta Ortega-Olano, Óscar Botana-Pazos  
*Estudio descriptivo de la población diabética de un centro penitenciario.....* 93

#### Enfermedades infecciosas

Elena Yela González, Lidia Puig García, Neus Solé, Mireia Llopart, Xenia Rué, Sonia Mellado  
*Efecto de la vacunación anticovid-19 en un brote de SARS-CoV-2 detectado en dos módulos de una prisión de Barcelona.....* 94

Elena Yela González, Rafael Clua, Lidia Puig, Neus Solé, Mireia Llopart  
*Barreras de acceso y seguimiento al tratamiento de la hepatitis C en usuarios de drogas inyectadas en el medio comunitario. Estudio cualitativo con población penitenciaria.....* 95

Indiana Jesús Abdo, Rafael Alonso Guerrero, Andrés Marco  
*Prevalencia de hepatitis B crónica y tendencia de la infección en los reclusos de Cataluña .....* 96

Carlos Alberto Yllobre Rodríguez, Raquel Altamira Campomanes, Laura Trapote Bonilla, Francisco Martínez de la Cerda, Raúl Pérez Cerdá  
*Síndrome de Ekbom en paciente postinfección COVID-19 .....* 97

Carmen Macías Gómez, Pilar Sánchez Encomienda, Andrés Marco Mouriño  
*Detección al ingreso en prisión de infecciones por transmisión sexual (ITS) en pacientes que ya han presentado ITS previas .....* 98

Andrés Marco Mouriño, Rafael Alonso Guerrero, Isabel Barnés, Neus Solé, Elisabet Turu  
*Casos asintomáticos de infección por SARS-CoV-2 detectados al ingreso en prisión mediante cribado con RT-PCR en el periodo 01.07.2020-15.03.2022.....* 99

Neus Solé Zapata, Isabel Barnés, Irene Alegre, Ramona Balsells, Alex Esteban, Queralt Guixé, Gustavo Aldolfo Jiménez Fragoso, Carmen Macías, Francisca Liliana Martínez Galarza, María Moreno Fructuoso, Carmen Muñoz Duque, Pilar Sánchez Encomienda, Cristina Sotomayor, Àngels Zamora, Andrés Marco  
*Prevalencia y variables asociadas al rechazo de la vacuna anticovid-19 en población reclusa en prisión .....* 100

María Fernández Lozano, Isabel García Benasach, Juan José Labraca Sánchez  
*No todo es un cólico*..... 101

F. Ruiz Rodríguez, J.J. Antón, A. Ottaviano, I. Gómez-López, J.A. Arance  
*Infección tuberculosa latente en una prisión* ..... 102

Ángel Sánchez Hidalgo  
*Prevalencia ITL en el centro penitenciario de jóvenes de Barcelona*..... 103

Juan Antonio González Gómez, José Tomás Quiñonero Díaz, Estefanía Márquez Martos, Irene Jado Gómez, Mariana Joya Gómez-Caminero, Jorge Juan Navas Morales, Santiago Domínguez Rosales, Jon Al Torgoman Villar  
*Programa de microeliminación de hepatitis C en el centro penitenciario de Murcia II (Campos del Río) 2020-2022*..... 104

Erica Patricia Balcasar Franco, Efraín Moreno Valdiris, Montserrat Sánchez Roig, Albert Burgos Fernández  
*Tuberculosis pulmonar: revisión de las manifestaciones radiológicas en reclusos de un centro penitenciario. A propósito de una serie de casos*..... 106

Maite Nogales-García, Velasco García R, Fernández López de Vicuña E, Vargas Axpe A, Martín Rodríguez M, Portu Zapiain J  
*Riesgo cardiovascular en pacientes con VIH institucionalizados en prisión*..... 107

## Farmacología

Ismael Pérez Alpuente, Belén Serna Serrano  
*Atención farmacéutica en pacientes VIH en un centro penitenciario: efectividad, seguridad y eficiencia*..... 108

Ismael Pérez Alpuente, Belén Serna Serrano  
*Pacientes en tratamiento con metadona y riesgo de alargamiento intervalo QT*..... 109

Maite Nogales-García, Eva María Fernández López de Vicuña, Juan Elizondo Pérez de Albéniz, Sergio Castillejo Serrano, Ruiz de Azua De Andrés A, Cayetano López M  
*Reacciones adversas detectadas a buprenorfina de liberación prolongada en una prisión*..... 110

Eva María Fernández López de Vicuña, Maite Nogales-García, Maddi Laborde Zufiaurre, Paula Antia Ozcariz, Edorta Elizagarate Zabala, Pedro Sánchez Gómez  
*Desarrollo e implantación de una estrategia de deprescripción de benzodiacepinas en un centro penitenciario*..... 112

## Gestión

Asier López de Arcaute Trincado, Mercedes Iruarizaga Sagredo  
*Enfermedad grave con padecimiento incurable en prisión. Revisión de las solicitudes de concesión de libertad condicional (art. 196 r.p.) en el periodo 2016-2021 en un centro penitenciario*..... 113

Enrique Acín García, Pilar Gómez Pintado, Isabel Vazquez Sevillano, Carmen Martínez Aznar  
*Incidencia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en los centros penitenciarios y comparación con la población general*..... 115

Efraín Arturo Moreno Valdiris, Indiana Jesus Abdo, Àngels Flores Imbernón, Elisa Vaz, Carlos Touzón López, Ana María Ruiz, Nuria Teixidó Pérez, Carlos Gallego Castellví, Andrés Marco Mouriño  
*Homogeneidad de la prescripción farmacológica y de las medidas de control aplicadas en los casos de escabiosis detectados en reclusos de Cataluña*..... 116

## Salud mental y drogadicción

Carlos Alberto Yllobre Rodríguez, Morgana Fábregas Flores, Belén Martín Fernández, Katia Pérez Cid, Alfredo Palomino Angui, Enma Tiscar Ruiz Díaz  
*Prevalencia de patología dual en internas del Centro Penitenciario Las Palmas II*..... 118

Lorena Pisonero Torralba, Elisabet Comas Bosch, Vanesa Clemente Vert, Marc Sedó Domenech, Nestor Segura Soto, Pau Ventura Sellés  
*Proyecto de vinculación del interno con problemas de salud mental a las actividades deportivas del CPPB (Centro Penitenciario Puig de les Basses)*..... 119

Sergio Castillejo Serrano, Montserrat Cayetano López, Juan Elizondo Pérez de Albéniz, María Jesús Pérez de Arenaza Iturrospe, Patricia Santamaría Cantera, Laura Plaza Salazar, Mercedes Sousa Quincoces  
*Introducción de Buvidal® en el Centro Penitenciario Zaballa: abriendo camino*..... 120

Eva María Fernández Lozano, Isabel García Benasach, Juan José Labraca Sánchez  
*“Imito lo que veo”*..... 121

Lorena Pisonero Torralba, Elisabet Comas Bosch, M<sup>a</sup> Carme Mariscot Bas, Natàlia Ravetllat Adell, Antonio Vives Tribo  
*Proyecto de adaptación al ámbito laboral del paciente vulnerable en el CPPB (Centro Penitenciario Puig de les Basses)*..... 122

# PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 3 DE NOVIEMBRE DE 2022

09:00 – 19:00 Entrega de Documentación

09:00 – 12:00 Reuniones de los grupos de Trabajo de la SESP

12:00 – 13:00 **Libro Blanco para la Atención Sanitaria de las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios en España: presentación preliminar**  
Salón Giralda

13:00 – 14:00 **Simposio NOVONORDISK**  
Salón Giralda **Estudio transversal del efecto de LIRAGLUTIDA 3.0 mg en el paciente psiquiátrico con sobrepeso y obesidad.**  
Moderador: Juan Luis Mercader Rodríguez  
*Supervisor de Enfermería Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante.*

## Ponencias

**Abordaje de la obesidad desde la perspectiva psiquiátrica.**

Beatriz Acevedo Garcia  
*Psiquiatra Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante.*

**Beneficios de la reducción de peso sobre el perímetro abdominal, perfil glucémico, perfil lipídico, HTA y enfermedades osteo-musculares.**

Fidel García Díez  
*Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante.*

**Estudio descriptivo de pacientes del HPPA con Liraglutida 3.0 mg.**

Cristina Juan Juan  
*Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante.*

14:00 – 15:30 Almuerzo de trabajo  
Salón Guadalete

15:30 – 17:00 **COMUNICACIONES ORALES**  
Salón Giralda Moderadores:

Fernando Ruiz Rodríguez  
*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

Eloina Mallada García  
*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario de La Coruña.*

## Comunicaciones Farmacia

**F04 REACCIONES ADVERSAS DETECTADAS A BUPRENORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN UNA PRISIÓN.**

A. Ruiz de Azua de Andrés; Eva María Fernández López de Vicuña; Juan Elizondo Pérez de Albéniz; M. Cayetano López; M. Nogales-García; Sergio Castillejo Serrano.

**F05 DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE DEPREScripción DE BENZODIACEPINAS EN UN CENTRO PENITENCIARIO.**

Edorta Elizagarate Zabala; Eva María Fernández López de Vicuña; Maddi Laborde Zufiaurre; Maite Nogales-García; Paula Antia Ozcariz; Pedro Sánchez Gómez.

### Comunicaciones Gestión

#### **G03 HOMOGENEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y DE LAS MEDIDAS DE CONTROL APLICADAS EN LOS CASOS DE ESCABIOSIS DETECTADOS EN RECLUSOS DE CATALUÑA.**

Ana María Ruiz; Andrés Marco Mouriño; Angels Flores Imbernón; Carlos Gallego Castellví; Carlos Touzón López; Efraín Arturo Moreno Valdiris; Elisa Vaz; Indiana Jesús Abdo; Nuria Teixidó Pérez.

### Comunicaciones Infecciosas

#### **I03 PREVALENCIA DE HEPATITIS B CRÓNICA Y TENDENCIA DE LA INFECCIÓN EN LOS RECLUSOS DE CATALUÑA.**

Andrés Marco Mouriño; Indiana Jesús Abdo; Rafael Alonso Guerrero.

#### **I06 CASOS ASINTOMÁTICOS DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 DETECTADOS AL INGRESO EN PRISIÓN MEDIANTE CRIBADO CON RT-PCR EN EL PERÍODO 01.07.2020-15.03.2022.**

Andrés Marco Mouriño; Elisabet Turu; I. Barnés; Neus Solé Zapata; Rafael Alonso Guerrero.

#### **I09 INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN UNA PRISIÓN.**

A. Ottaviano; Fernando Ruiz Rodríguez; I. Gómez López; J.A. Arance; José Joaquín Antón Basanta.

#### **I10 PREVALENCIA ITL EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE JÓVENES DE BARCELONA.**

Ángel Sánchez Hidalgo

### Comunicaciones Salud Mental y Drogadicción

#### **SMD03 INTRODUCCIÓN DE BUVIDAL® EN CENTRO PENITENCIARIO ZABALLA: ABRIENDO CAMINO.**

Juan Elizondo Pérez de Albéniz; Laura Plaza Salazar; María Jesús Pérez de Arenaza Iturrospe; Mercedes Sousa Quincoces; Montserrat Cayetano López; Patricia Santamaría Cantera; Sergio Castillejo Serrano.

17:00 – 18:30  
Salón Giralda

### **MESA DE FARMACIA**

#### **Protección de errores y reducción de efectos adversos.**

Moderadores:

Miriam Celdrán Hernández

*Especialista en Farmacia Hospitalaria.*

*Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.*

Esther Campo Moneo

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Puerto III.*

### **Ponencias**

#### **Papel del farmacéutico penitenciario y su relación con los servicios médicos de prisiones.**

Jose Joaquín Machí Ribes

*Farmacéutico Centro Penitenciario Valencia.*

#### **Programas de uso correcto de antibióticos.**

Daniel Gutiérrez Saborido

*Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

#### **Farmacovigilancia.**

Mónica Saldaña Valderas

*Doctora en Medicina y médica especialista en Farmacología Clínica.*

*Unidad de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.  
Profesora asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.*

18:30 – 19:30  
Salón Giralda

### **Simposio GILEAD**

#### **Innovación en el Tratamiento TAR en prisiones.**

Moderador:

José Joaquín Antón Basanta

*Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*

*Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

### **Ponencias**

#### **Estado actual de las PVIH privados de libertad.**

Andrés Marco Mouriño

*Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.*

#### **Tratamientos actuales a nuestro alcance.**

Carmen Hidalgo

*Responsable de la Unidad de EECC de Fases Tempranas del iBS.*

*Adjunto de la Unidad de enfermedades infecciosas.*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

20:00 – 20:30

### **ACTO INAUGURAL**

Conferencia Magistral

#### **Criminalización del paciente psiquiátrico.**

Julia Cano Valero

*Especialista en Psiquiatría. Doctorada por la Universidad Complutense de Madrid.*

*Profesora de Psiquiatría Forense en la Universidad en la Universidad de Cádiz, y*

*profesora asociada del Departamento de Neurociencias de la Universidad de Cádiz.*

*Área de Psiquiatría y Psicología Médica.*

## **VIERNES 4 DE NOVIEMBRE DE 2022**

9:00 – 10:30  
Salón Giralda

### **MESA DE GESTIÓN**

#### **Debate sobre transferencias, ¿veremos aplicarse la ley?**

10:30 – 11:30  
Salón Giralda

### **Simposio CAMURUS**

#### **Impacto multidisciplinar de la Buprenorfina de Liberación Prolongada en el contexto penitenciario.**

### **Ponencias**

#### **El papel de la Buprenorfina de Liberación Prolongada en la prevención de la Mortalidad prematura post-excarcelación.**

Andrés Marco Mouriño

*Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.*

#### **La Buprenorfina de Liberación Prolongada: Actualización y perspectiva desde la práctica clínica en el abordaje del TCO.**

Luis García Marcos

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario O Pereiro de Aguiar.*

#### **Experiencia práctica en el manejo de la Buprenorfina de Liberación Prolongada en el contexto penitenciario.**

Carmen Fernández

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario El Dueso.*

11:30 – 12:00    Café  
Zona Exposición Comercial

12:00 – 14:00    **MESA DE SALUD MENTAL Y DROGADICCIÓN**

Salón Giralda    **El paciente psiquiátrico adicto.**

Moderadores:

Jose M<sup>a</sup> Iglesias Monje  
*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Puerto II.*

M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Fernández  
*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Puerto II.*

**Ponencias**

**El paciente psiquiátrico consumidor de drogas legales e ilegales.**

Antonio Terán Prieto

*Psiquiatra.*

**El paciente psiquiátrico adicto, coordinación de gripas (Centro de Tratamiento Ambulatorio – Prisión) en el control de consumo de drogas legales e ilegales.**

Juan Ramírez López

*Psiquiatra. Centro Tratamiento Ambulatorio de Huelva.*

**Alternativas a la pena de prisión en los pacientes psiquiátricos.**

Myriam Tapia Ortiz

*Directora de programas. Coordinación Territorial de Andalucía y de Justicia Restaurativa. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.*

**Papel de enfermería en el seguimiento de pacientes con problemas de salud mental y adicciones.**

Enrique Perez-Godoy Díaz

*Centro provincial de drogodependencias de Sevilla.*

*Profesor del Centro Universitario de Enfermería S. Juan de Dios.*

14:00 – 15:30    Almuerzo de Trabajo  
Salón Guadalete

15:30 – 16:30    **COMUNICACIONES ORALES ATENCIÓN PRIMARIA**

Salón Giralda    Moderadores:

Remedios Moreno Moreno

*Vocal Junta Directiva Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.*

Asier Lopez de Arcaute Trincado

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciaria Araba. Álava.*

**AT04    PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE CATALUÑA. FATPRISON STUDY.**

Salvador Quinter; Sch. Yemlahi; V. Paredes; Xenia Rué.

**AT08    CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA TRANSMITIDA EN LAS CONDUCCIONES ENTRE CENTROS PENITENCIARIOS.**

Beatriz Reina Herráiz; Delia González Tejedor; Eusebio Espuela García; M<sup>a</sup> Antonia Domínguez García; M<sup>a</sup> Valle Rodríguez Ramayo; Pedro Álvarez de Lara Velasco.

**AT09    EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19.**

Alba Martín Soria; Beatriz Armenteros López; Ericka Patricia Balcázar Franco; Lourdes García González; Mireia Guillamet Ginjoan; Sandra Gómez Gálvez.

**AT10 EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES EN UN CENTRO PENITENCIARIO.**

Ana Bonilla Jaime; Beatriz Reina Herráiz; Delia González Tejedor; Isabel Algora Donoso; Patricia Inglada Infante; Sofía Victoria Casado Hoces.

**AT14 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA DE UN CENTRO PENITENCIARIO.**

Delia González Tejedor; M. Ortega-Olano; M.V. Rodríguez-Ramayo; O. Botana-Pazos; Patricia Inglada Infante; Sofía Victoria Casado Hoces.

15:30 – 16:30  
Salón Mezquita

**TALLER Manejo de los inhaladores en patología respiratoria.**

Daniel Ocaña Rodríguez

*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Norte. Algeciras. Cádiz.*

16:30 – 18:30  
Salón Giralda

**MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Abordaje de Patologías crónicas frecuentes en el medio penitenciario.**

Moderadores:

Jose Miguel Antolín Mugarza

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Ocaña I.*

Begoña Lizcano Molina

*Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Puerto III.*

**Ponencias**

**El paciente respiratorio crónico en tiempos de la COVID.**

José Antonio Rodríguez Portal

*Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.*

**Importancia del buen control y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.**

Enrique Méndez Martínez

*Médico de Familia Centro de Salud Membibre. León.*

**Manejo integral temprano de la diabetes.**

Francisco Javier Ortega Ríos

*Médico de Familia Centro Salud “Campos-Lampreana”. Zamora. Red GDPS. SED.*

**Programa de deshabituación tabáquica, una realidad en medio penitenciario.**

Beatriz Armenteros López

*Servicio Sanitario Quatre Camins. Barcelona.*

18:30 – 19:30  
Salón Giralda

**Simposio ViiV HEALTHCARE**

**Retos de las personas con VIH en prisiones.**

**Ponentes**

Santiago Moreno Guillén

*Servicios de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

Pablo Saiz de la Hoya Zamacola

*Servicio Sanitario Centro Penitenciario Alicante I. Alicante.*

19:30 – 20:30  
Salón Alhambra

**TALLERES PARALELOS:**

**ARRITMIAS MÁS FRECUENTES Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Diego Utrera López

*Enfermero instructor en soporte vital avanzado cardiológico.*

Salón Torre  
del Oro

**SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PACIENTE EMBARAZADA.**

David Carrasco Beltrán

*Matrón del Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.*

|                |                                                                                                                                                              |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Salón Mezquita | <b>BÁSICO DE SUTURAS.</b><br>José Miguel Guzmán<br><i>Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario de Córdoba. Doctorando en la Universidad de Córdoba.</i> |
| 21:00 – 21:30  | Salida del traslado a la cena desde el Hotel Sherry Park<br><b>CENA ENTREGA DE PREMIOS EN LAS BODEGAS TÍO PEPE</b>                                           |

## SÁBADO 5 DE NOVIEMBRE DE 2022

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:30 – 11:30  | <b>MESA DE INFECCIOSAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Salón Giralda | <b>Actualización en enfermedades infecciosas.</b><br>Moderadores:<br>Andres Marco Mouriño<br><i>Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.</i><br>Pablo Saiz de la Hoya Zamacola<br><i>Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario Alicante I.</i> |
|               | <b>Ponencias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|               | <b>Envejecimiento del paciente VIH.</b><br>Santiago Moreno Guillen<br><i>Servicio de Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.</i>                                                                                                                                                               |
|               | <b>Enfermedades importadas.</b><br>Montserrat de Oca Arjona<br><i>Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.</i>                                                                                                                                                                                 |
|               | <b>Papel del microbiólogo en el diagnóstico precoz de las hepatitis víricas.</b><br>Carolina Freyre Carrillo<br><i>U.G.C. Microbiología. Hospital Universitario de Puerto Real.</i>                                                                                                                 |
|               | <b>ITS en el adulto, atención inmediata.</b><br>Andrés Martín Aspás<br><i>Hospital Puerta del Mar. Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.</i>                                                                                                                                     |
| 11:30 – 12:30 | <b>Simposio JANSSEN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Salón Giralda | <b>Avances en Psiquiatría y entorno penitenciario: ¿qué hay de nuevo?</b><br>Pedro Massé García<br><i>Psiquiatra- Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Sevilla.</i>                                                                                                                                 |
| 12:30 – 13:00 | Café<br>Zona Exposición Comercial                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13:00 – 14:00 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Salón Giralda | <b>Acto de clausura</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14:00 – 15:00 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Salón Giralda | <b>Asamblea de la SESP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |

# XIV Congreso Nacional y XXII Jornadas Nacionales de la SESP

José Joaquín Antón Basanta

Presidente de la SESP

---

Estimados/as compañeros/as,

Volvemos a juntarnos en nuestro Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria y reanudamos nuestra cadencia habitual tras los duros años de la pandemia. Con ese motivo me enorgullece volver a presentar un número especial de la RESP donde se publican las ponencias y comunicaciones que habéis enviado en este XIV Congreso Nacional y XXII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

Una ocasión más en la que se pone de manifiesto el enorme esfuerzo que los profesionales de la sanidad penitenciaria hacen cada día, no solo para dar una asistencia sanitaria de la máxima calidad posible para cada circunstancia particular, sino también para mostrar el fruto de su trabajo en forma de comunicaciones.

Hace un año, escribía que había distintas sanidades penitenciarias según la comunidad autónoma en la que estábamos y de si esta había asumido o no la transferencia de las competencias. Desgraciadamente, poco ha cambiado en este año y la realidad es que solo tres comunidades, Cataluña, Navarra y País Vasco las tienen transferidas y no lo están en el resto del país, donde seguimos sin relevo generacional: cada año quedan menos profesionales y los que quedan están trabajando en unas condiciones precarias. Hay muchos centros que ya solo pueden atender urgencias lo que redundará, de forma inevitable, en una merma importante de la salud de la población que atendemos.

Sin embargo, quisiera mandar un mensaje positivo, aunque ni es fácil mandarlo ni lo es recibirlo para muchos de nosotros. Creo, sinceramente, que viendo a nuestros/as compañeros/as de las comunidades que tienen asumidas las transferencias, que pueden trabajar en condiciones dignas, que están dando una asistencia sanitaria de calidad y que son referentes en cuanto a la divulgación de conocimiento, y viendo, por otro lado, el esfuerzo que hacen los que trabajan en el resto del país, el futuro tiene que ser esperanzador. Tengo el convencimiento de que antes que después conseguiremos estar todos, de nuevo, en igualdad de condiciones y dejará de haber distintas sanidades penitenciarias para volver a ser el ejemplo, conjunto, de buen hacer que siempre fuimos. Sigamos trabajando con esfuerzo y dignidad. Desde luego la SESP, que sois vosotros, lo hará y estará siempre donde sea necesario para tratar de mejorar la salud de nuestra población y la del conjunto de la sociedad.

Por último, mi reconocimiento y agradecimiento a los Comités Organizador y Científico, en especial a sus presidentes, por el esfuerzo realizado en este Congreso, a todos los que han presentado trabajos y comunicaciones y como no puede ser menos al Comité Editorial de la RESP, como órgano de expresión de nuestra sociedad, por la extraordinaria calidad de su trabajo.

Gracias a todos: médicos/as, farmacéuticos/as, enfermeros/as, auxiliares y todos los que trabajáis en la Sanidad Penitenciaria por vuestro esfuerzo, vuestra dedicación y vuestro compromiso.

Jueves 3 noviembre 2022

# MESA. FARMACIA

## Papel del farmacéutico penitenciario y su relación con los servicios médicos de prisiones

Jose Joaquín Machí Ribes<sup>1</sup>, María Casadó Alfaro<sup>2</sup>, María José Bonet Igual<sup>3</sup><sup>1</sup>Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Centro Penitenciario de Valencia.<sup>2</sup>Estudiante de Prácticas Externas del Grado de Farmacia. Universitat de València.<sup>3</sup>Subdirectora Médica. Centro Penitenciario de Valencia.

### RESUMEN

El farmacéutico penitenciario juega un papel importante en el aumento de la calidad asistencial al poner sus conocimientos clínicos a disposición de la institución. Es un hecho que el ejercicio de la farmacia clínica a través de la validación farmacéutica ligada a la prescripción electrónica garantiza los mejores resultados en cuanto a seguridad y eficiencia. En el mismo sentido, las intervenciones farmacéuticas permiten una comunicación óptima con los servicios médicos, coordinando todas las acciones necesarias para que se minimicen los problemas detectados en el proceso farmacoterapéutico. Además, el desarrollo de farmacia clínica implica un acto de responsabilidad conjunta con el prescriptor en lo referente al plan terapéutico del paciente. Cualquier acción que potencie la realización de farmacia clínica y la automatización de los procesos relacionados con los servicios de farmacia de centros penitenciarios se verá reflejada en resultados de salud y la mejor gestión de los recursos humanos tan limitados en nuestro medio.

### INTRODUCCIÓN

Las funciones del farmacéutico de centros penitenciarios se resumen en cuatro grandes grupos de gestión: económica, logística, técnica y clínica<sup>1</sup>. Las tres primeras son las que clásicamente se relacionan con los servicios de farmacia, asegurando la adquisición, custodia y dispensación; y la última, pero no por ello menos importante, es la gestión clínica, desconocida en gran parte para otros profesionales de la salud en el medio penitenciario.

Los servicios de farmacia (SF) se organizan y planifican por procesos, y para poder gestionarlos se utilizan indicadores con la finalidad de evaluarlos<sup>2</sup>. Los indicadores son necesarios para poder mejorar, ya que lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar. Para poder realizar

sus funciones de forma que queden integrados todos los procesos relacionados con los SF es fundamental disponer de sistemas automatizados, desde la prescripción electrónica y la preparación automatizada hasta el registro automatizado de la administración de medicamentos, de esta forma se garantiza la trazabilidad, seguridad y calidad de todos los procesos<sup>3-5</sup>.

Mediante la gestión clínica, a través de la farmacia clínica, el farmacéutico puede detectar problemas relacionados con los medicamentos (PRM), errores de medicación (EM) y proponer soluciones eficientes y de calidad. El proceso de validación farmacéutica permite integrar todas las funciones del farmacéutico para que el proceso farmacoterapéutico sea eficiente y seguro, facilitando la coordinación con otros procesos en los que intervienen profesionales de la salud implicados en el cuidado de los pacientes.

El objetivo de este artículo es describir la gestión clínica a través de la validación farmacéutica ligada a la prescripción electrónica, las intervenciones farmacéuticas y el seguimiento farmacoterapéutico en el medio penitenciario, y la importancia de la automatización de todos los procesos implicados en la gestión del Servicio de Farmacia.

### Farmacia clínica

La Farmacia Clínica y la Atención Farmacéutica representan el paradigma de la profesión farmacéutica en relación con el uso racional de los medicamentos. El farmacéutico está capacitado para identificar, integrar y aplicar la información de las ciencias médicas y farmacéuticas para detectar los problemas farmaco-

terapéuticos potenciales y/o reales relacionados con los medicamentos y resolverlos mediante la comunicación, la información y la educación, de manera integrada y corresponsable con el resto de los profesionales sanitarios<sup>6</sup>.

En Farmacia Clínica el receptor primario es el médico, quien recibe información sobre el uso apropiado de los medicamentos por parte del farmacéutico; mientras que, desde la perspectiva de la Atención Farmacéutica, el paciente es el principal beneficiario de las acciones y decisiones del farmacéutico. En ambos casos se trata de la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de obtener resultados específicos que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Ambos conceptos se pueden utilizar indistintamente en el medio penitenciario, ya que son médico y paciente a los que van dirigidas nuestras intervenciones.

El desempeño profesional del farmacéutico ha adquirido una importante dimensión asistencial mediante el desarrollo de la farmacia clínica. El papel del farmacéutico clínico en la mejora de la calidad asistencial para que los pacientes reciban el tratamiento más eficaz, seguro y coste-efectivo, es un hecho indiscutible. Esto es posible gracias al desempeño de una de sus funciones clave, la validación farmacéutica de las prescripciones médicas, fruto de la cual surge la intervención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico.

### Validación farmacéutica

La validación farmacéutica (VF) es el proceso de evaluación de las prescripciones médicas por el farmacéutico con el fin de aumentar la efectividad y dismi-

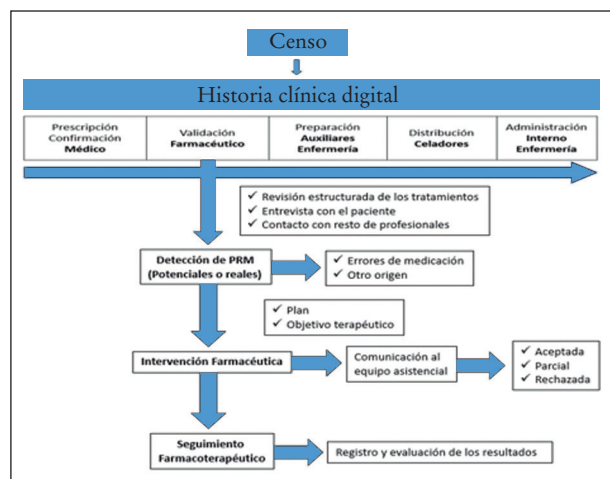


Figura 1. Validación farmacéutica integrada en la prescripción electrónica.



Figura 2. Puntos que considerar en la validación farmacéutica.

nir los riesgos de la farmacoterapia y que ésta sea lo más coste-efectiva<sup>6</sup>. Se trata de una de las principales herramientas del farmacéutico para la aplicación de la farmacia clínica a través de la revisión estructurada de los tratamientos. Una propuesta muy adecuada para la revisión de las prescripciones es la metodología SOAP. S significa subjetivo, O es objetivo, A es análisis y P es plan (en inglés: *Subjective, Objective, Assessment, Plan*). Permite identificar datos objetivos y/o subjetivos, de los que se hace un análisis utilizando los datos de la Historia Clínica Digital (HCD) y respecto al que se propone un plan. Este plan será la intervención farmacéutica.

Como podemos ver en la Figura 1, la validación farmacéutica integrada en la prescripción electrónica

es la fuente de todas las intervenciones que repercuten necesariamente en un aumento de la calidad del proceso farmacoterapéutico. Toda la información necesaria la tenemos disponible en la HCD, de ahí la importancia de reflejar todas las intervenciones de cualquier profesional sanitario en la misma para poder hacer la valoración del tratamiento. Los puntos que considerar durante la revisión estructurada de los tratamientos o validación farmacéutica se muestran en la Figura 2.

La finalidad de la validación farmacéutica es la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con el medicamento (PRMs) que pueden ser potenciales o reales<sup>6</sup>. Se entiende por PRM

Tabla 1. Clasificación de los problemas relacionados con los medicamentos según la etiología.

| Tipo        | Subtipo                               | Causa                                          |
|-------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| Indicación  | 1. Necesidad de tratamiento adicional | 1.1 Indicación no tratada                      |
|             |                                       | 1.2 Continuación del tratamiento               |
|             |                                       | 1.3 Tratamiento combinado                      |
|             |                                       | 1.4 Tratamiento profiláctico o premedicación   |
|             | 2. Medicamento innecesario            | 2.1 No indicado                                |
|             |                                       | 2.2 Alternativa más coste-efectiva             |
|             |                                       | 2.3 Duración inadecuada                        |
|             |                                       | 2.4 Vía de administración alternativa          |
|             |                                       | 2.5 Adicción/ingesta accidental o intencionada |
|             |                                       | 2.6 Alternativa no farmacológica               |
|             |                                       | 2.7 Duplicidad terapéutica                     |
|             |                                       | 2.8 Tratamiento para RAM prevenible            |
| Efectividad | 3. Medicamento inadecuado             | 3.1 No indicado para la situación              |
|             |                                       | 3.2 No efectivo para la indicación/resistencia |
|             |                                       | 3.3 Forma de dosificación inapropiada          |
|             |                                       | 3.4 Otro medicamento más efectivo              |
|             | 4. Infradosificación                  | 4.1 Dosis/Intervalo inadecuado                 |
|             |                                       | 4.2 Duración inadecuada                        |
|             |                                       | 4.3 Administración inadecuada                  |
|             |                                       | 4.4 Interacciones (fármacos y/o alimentos)     |
|             |                                       | 4.5 Conversión de vía o formulación incorrecta |
| Seguridad   | 5. Reacción adversa                   | 5.1 Alergia                                    |
|             |                                       | 5.2 Administración inadecuada                  |
|             |                                       | 5.3 Efecto adverso                             |
|             |                                       | 5.4 Contraindicado por factores de riesgo      |
|             |                                       | 5.5 Interacción (fármacos o alimentos)         |
|             | 6. Sobredosificación                  | 6.1 Dosis/Intervalo inadecuado                 |
|             |                                       | 6.2 Duración inadecuada                        |
|             |                                       | 6.3 Administración inadecuada                  |
|             |                                       | 6.4 Interacciones (fármacos o alimentos)       |
|             |                                       | 6.5 Conversión de vía o formulación incorrecta |
| Adherencia  | 7. Incumplimiento                     | 7.1 Falta de adherencia a las recomendaciones  |
|             |                                       | 7.2 Dificultades de administración             |
|             |                                       | 7.3 Motivos económicos                         |
|             |                                       | 7.4 Falta de comprensión                       |
|             |                                       | 7.5 Otras                                      |

**Nota.** RAM: Reacción adversa a un medicamento.

“cualquier suceso indeseable que experimenta un paciente relacionado con la medicación y que interfiere o puede interferir con los resultados deseados en el paciente”. El sistema de farmacovigilancia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios define los PRMs como “cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento”. Y aclara que «no sólo incluye efectos nocivos e involuntarios derivados del uso de un medicamento en dosis normales, sino también relacionados con errores de medicación y usos al margen de los términos de autorización de la comercialización, incluidos el uso equivocado, la sobredosis y el abuso del medicamento». Según la etiología los PRM pueden estar relacionados con la indicación, eficacia, seguridad y adherencia (Tabla 1).

En ocasiones los PRMs nacen de errores de medicación (EM). El Instituto para el Uso Seguro del Medicamento en España, define el error de medicación como “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitario. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos”. El concepto de EM es más restrictivo que el de PRM ya que se refiere únicamente a incidentes prevenibles, y, por tanto, sobre los que podemos actuar. El registro de los errores de medicación debería seguir las recomendaciones del Instituto para el uso seguro del Medicamento en España. Este es el enlace para la notificación de EM <http://www.ismp-espana.org/notifies/add>. En la Tabla 2 podemos consultar la clasificación de los errores de medicación.

En algunos casos no se trata de EM sino de PRM que están relacionados con algunas características específicas del paciente, la enfermedad o el medicamento. Dentro de esta clasificación más amplia se pueden distinguir algunos subtipos. En el caso de las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), el Sistema de Farmacovigilancia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios tiene un sitio web para registrar las notificaciones de posibles efectos adversos <https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx#no-back-button>. Todo profesional sanitario debe notificarlas en caso de sospecha.

Los PRM/EM detectados mediante la VF deben ser anotados en el curso clínico como parte de la consiguiente intervención farmacéutica, para que estén disponibles para el resto de los profesionales sanitarios. Finalmente, el farmacéutico tiene que establecer el objetivo terapéutico para cada paciente, y proponer las intervenciones farmacéuticas adecuadas para conseguir dicho objetivo.

### Intervenciones farmacéuticas

Las intervenciones farmacéuticas (IF) son las acciones que lleva a cabo el farmacéutico en la toma de decisiones sobre la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados, con el fin de mejorar la terapia del paciente<sup>6,7</sup>. Desde el punto de vista de la clasificación de las intervenciones farmacéuticas, las más utilizada es la recogida en el Manual de Atención Farmacéutica 2005 de Climente Martí y Jiménez Torres. Según su objetivo se clasifican como preventivas, terapéuticas o educativas (Tabla 3).

Todas ellas deben ser comunicadas a los profesionales sanitarios mediante la Historia Clínica Digital para que se pueda llevar a cabo la acción propuesta. Disponemos de tres opciones que se pueden combinar como son: la anotación de la intervención en el curso clínico, la creación de un flash informativo, o

Tabla 2. Clasificación de los errores de medicación.

| Tipo                                    | Fase en que se produce | Causa                                 |
|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| 1. Dosis                                | 1. Prescripción        | 1. Falta conocimiento del medicamento |
| 2. Duración del tratamiento             | 2. Validación          | 2. Incumplimiento normas/protocolos   |
| 3. Medicamento                          | 3. Preparación         | 3. Identificación del paciente        |
| 4. Forma farmacéutica                   | 4. Dispensación        | 4. Seguimiento inadecuado             |
| 5. Técnica de administración            | 5. Administración      | 5. Etiquetado erróneo/equívoco        |
| 6. Condiciones de conservación          | 6. Seguimiento         | 6. Nombres similares                  |
| 7. Condiciones de preparación           | 7. Desconocida         | 7. Similitud de envases               |
| 8. Paciente                             |                        | 8. Fallo memoria/descuido             |
| 9. Vía de administración                |                        |                                       |
| 10. Horario (fecha/hora administración) |                        |                                       |
| 11. Otros                               |                        |                                       |

Tabla 3. Tipos de intervenciones farmacéuticas.

| Tipo        | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preventiva  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevenir reacción alérgica</li> <li>2. Prevenir efectos adversos</li> <li>3. Prevenir interacción</li> <li>4. Clarificar/confirmar la prescripción</li> <li>5. Clarificar/corregir transcripción</li> <li>6. Prevenir fallo de tratamiento</li> <li>7. Cambiar a medicamento más seguro</li> <li>8. Cambiar a método o vía de administración más seguro</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Terapéutica | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar medicamento</li> <li>2. Suspender medicamento</li> <li>3. Modificar dosis y/o intervalo posológico</li> <li>4. Modificar forma de dosificación</li> <li>5. Cambiar a medicamento más coste/efectivo</li> <li>6. Cambiar a medicamento más efectivo</li> <li>7. Cambiar a método o vía de administración más efectivo</li> <li>8. Cambiar a método o vía de administración más coste/efectivo</li> <li>9. Recomendar monitorización farmacocinética</li> <li>10. Cambiar a medicamento incluido en la guía (equivalentes terapéuticos)</li> <li>11. Cambiar a horario de administración más adecuado</li> <li>12. Cambiar a forma de administración más adecuada</li> </ol> |
| Educativa   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proveer información al médico</li> <li>2. Proveer información a la enfermera/auxiliar</li> <li>3. Proveer información al médico y enfermera/auxiliar</li> <li>4. Proveer información al paciente</li> <li>5. Proveer información al médico, enfermera/auxiliar y paciente/familiar</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

el envío de un correo a través de la Historia clínica Digital dirigido al personal sanitario. De esta forma queda registrado y ponemos en marcha la solución del problema detectado.

Permiten una comunicación óptima con los servicios médicos, coordinando todas las acciones necesarias para que se minimicen los problemas detectados en el proceso farmacoterapéutico. No debemos olvidar que el desarrollo de la farmacia clínica implica un acto de responsabilidad conjunta con el prescriptor en lo referente al plan terapéutico del paciente, de ahí que nuestras acciones deben ser registradas, comunicadas y programadas para su revisión como parte del seguimiento<sup>7,8</sup>.

### Seguimiento farmacoterapéutico

Una vez realizada la intervención, el siguiente paso es el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), que supone un compromiso de evaluación continuada<sup>9,10</sup>. Como hemos descrito hasta este punto, mediante la validación farmacéutica podemos detectar PRMs, cada PRM genera una intervención farmacéutica, ésta se comunica al profesional sanitario e iniciamos el seguimiento para saber si la propuesta ha sido acep-

tada, aceptada parcialmente o no aceptada y el motivo.

Para hacer el SFT en nuestro medio podemos utilizar las opciones que nos ofrece la Historia Clínica Digital. Mediante el dietario programamos una cita a través de la opción número de días por línea o a partir del icono de asignación de citas, así podremos comprobar si se ha resuelto el problema y organizar nuestro trabajo. Además, podemos ver si tiene programadas extracciones, salidas al hospital, etc... información que nos puede ser de utilidad para el seguimiento.

Es importante establecer los periodos de seguimiento y la prioridad de nuestras intervenciones. Por ejemplo, si la intervención es urgente se debe contactar directamente por vía telefónica o presencial con el personal sanitario implicado. En caso de no tener respuesta en un tiempo razonable o no se ha producido ningún cambio relacionado con nuestra intervención, es recomendable reunirse con el subdirector/a médico para resolver el problema detectado y plantear propuestas para solucionar otros problemas recurrentes detectados al analizar los datos recogidos.

Se puede extraer de la Historia Clínica Digital el historial de las intervenciones y pacientes en seguimiento para analizar los datos posteriormente con la

extracción del informe Citas por Agenda/Módulo. De esta forma se pueden analizar los datos recogidos para proponer medidas correctoras, ya que muchos PRM/EM son recurrentes.

### **Prescripción electrónica y sistemas automatizados de preparación**

La prescripción de órdenes médicas de tratamiento de forma manuscrita, es uno de los puntos débiles del proceso de utilización de medicamentos, por permitir prescripciones incorrectas (selección inadecuada del medicamento, indicación, dosis, pautas, vía de administración, duplicidades); ilegibles (frecuentemente asociadas a nombres similares de medicamentos, uso de abreviaturas); incompletas (omisión de dosis, frecuencia, vía de administración, duración tratamiento) o ambiguas; que generan errores de interpretación y transcripción, y tiempos de espera prolongado entre la prescripción y la disponibilidad de medicamentos. La implantación de la prescripción electrónica reduce los errores de medicación, porque elimina los debidos a la transcripción de la prescripción manuscrita y asegura que la prescripción esté completa y en la forma correcta. Esto es particularmente útil cuando la prescripción médica se integra en la historia clínica desde un punto de vista global (analíticas, pruebas de imagen, informes...) y/o con sistemas de información de medicamentos o de ayuda a la decisión clínica<sup>11</sup>.

Actualmente, existen sistemas automatizados de dispensación que preparan la medicación y que van ligados a la prescripción electrónica, minimizando de esta forma el error humano. Estos sistemas permiten una trazabilidad absoluta, además, proporcionan indicadores de gestión que facilitan la organización del servicio de farmacia y de los recursos humanos disponibles<sup>12</sup>.

La incorporación de la validación farmacéutica ligada a la prescripción electrónica y a la dispensación automatizada nos permite alcanzar unos niveles óptimos de seguridad y la calidad de la atención del paciente y la gestión adecuada en todos los aspectos: económico, logístico, técnico, clínico y de los recursos humanos.

### **CONCLUSIONES**

El farmacéutico de centros penitenciarios tiene como funciones la gestión económica, logística, técnica y clínica, y como consecuencia, debe garantizar desde la profesionalidad y responsabilidad la obtención de resultados en términos de salud. Para ello es fundamental que disponga de todos los medios necesarios, tanto

humanos como tecnológicos para poder optimizar la gestión.

La validación farmacéutica de las prescripciones médicas ligada a la prescripción electrónica y a la dispensación automatizada es la base de la optimización de los tratamientos y de la coordinación con los servicios médicos a través de las intervenciones farmacéuticas. Además, permite la organización y planificación eficiente de los servicios de farmacia mediante la obtención de indicadores reales y fiables.

Por otra parte, es necesaria la creación en la Historia Clínica Digital de un registro de problemas relacionados con los medicamentos, errores de medicación e intervenciones farmacéuticas que pueda ser explotable para poder analizar los datos, y para obtener indicadores de calidad para la mejora continua de nuestra gestión.

Desde el punto de vista clínico y legal, es muy importante informar en la historia clínica todas nuestras actuaciones como profesionales sanitarios. La falta de información es un obstáculo para la mejora de la calidad asistencial.

Finalmente, el farmacéutico debe de poder liberarse de las cuestiones burocráticas y administrativas para poder aportar a la institución la gestión clínica, siendo esta de gran importancia para mejorar la calidad asistencial.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Garcia-Pellicer J, Poveda-Andrés, JL. Dirección estratégica de un servicio de farmacia hospitalaria. Editorial Ergon, Madrid 2007.
2. Moro Agud M. Análisis de la mejora continua de la calidad de un Servicio de Farmacia certificado por la Norma ISO 9001. Evolución de 8 años. Tesis doctoral.
3. Sistemas automatizados de dispensación de medicamentos en el almacén general de farmacia. Septiembre 2007. Grupo Tecno. SEFH.
4. Sistemas automatizados de dispensación de medicamentos en unidades clínicas. Septiembre 2007. Grupo Tecno. SEFH.
5. Grupo de nuevas Tecnologías de la SEFH (TECNO). Disponible en: <http://www.sefh.es/01grupotecno.php>.
6. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Valencia: AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset; 2005.
7. Bertoldo P y Paraje MG. Intervenciones farmacéuticas: desarrollo e implementación metodoló-

- gica a partir de la evaluación de dos cohortes. *Ars Pharm.* 2015;56(3):149-53.
8. Silva-Castro MM, et al. Systematic review of the implementation and evaluation of Pharmaceutical Care in hospitalised patients. *Farm Hosp.* 2010;34(3):106-124.
  9. Hepler CD y Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43. 10. Strand LM, et al. Drug-related problems: their structure and function. *DICP.* 1990;24(11):1093-7.
  10. Martí Gil C, et al. Impacto de las actuaciones farmacéuticas realizadas en un servicio de farmacia hospitalaria. *Pharm Care Esp.* 2011; 13(2):66-73.
  11. Solà Bonada N, Álvarez Díaz AM, Codina Jané C, TECNO Work Group of the SEFH. The role of the Pharmacist in the design, development and implementation of Medication Prescription Support Systems. *Farm Hosp.* 2016;40(6):457-6.
  12. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. March 2007.

# Programas de uso correcto de antibióticos (PROA)

Daniel Gutiérrez Saborido

Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

---

## RESUMEN

El desarrollo de las resistencias a antimicrobianos en últimas décadas, así como la escasez de nuevos antibióticos implica necesario un mejor uso de los mismos. Las unidades PROA son equipos multidisciplinares formados a nivel hospitalario o en el ámbito de atención primaria cuya función es conseguir una adecuada prescripción de antibióticos y una mejora de los resultados clínicos en los pacientes asociado a un uso más eficiente de los recursos.

---

## INTRODUCCIÓN

La llegada del pasado siglo XX trajo consigo uno de los mayores avances de la historia de la humanidad con el descubrimiento de los antibióticos. Este hecho conllevó una serie de ventajas en términos de mejoría en la supervivencia frente a infecciones graves, así como favoreció el desarrollo de nuevos avances médicos como los trasplantes. Sin embargo, también se objetivó el desarrollo de mecanismos de resistencia por parte de las bacterias que favorecieron una menor sensibilidad a dichos antibióticos. Al desarrollo de las resistencias a antibióticos se sumó la falta de síntesis de nuevos antimicrobianos en las últimas décadas lo que complica cada vez más el uso de un tratamiento eficaz frente a infecciones graves y representa un verdadero problema de salud pública<sup>1,2</sup>.

Para enfrentarse a este hecho se han desarrollado diferentes estrategias desde las distintas instituciones científicas, sanitarias y políticas. La primera de estas estrategias favorece una mayor inversión económica para agilizar la síntesis de nuevas moléculas antimicrobianas fundamentalmente dirigidas frente a las bacterias que ocasionan mayores problemas de resistencia. La segunda intenta mejorar los métodos de prevención de infecciones en el entorno sanitario. La tercera forma de lucha frente al problema de las resistencias es optimizando el uso de los viejos antimicrobianos favoreciendo un mejor empleo de los mismos para obtener mejores resultados clínicos fundamentalmente en infecciones graves<sup>3</sup>.

## Definición de los PROA

Se trata de intervenciones coordinadas diseñadas para mejorar y poder medir el uso apropiado de los antimicrobianos favoreciendo la selección del régimen óptimo incluyendo la dosis, duración y vía de administración adecuados<sup>4</sup>.

## Organización de los PROA

En los hospitales, la comisión de infecciones es la encargada de dirigir la política de uso de antimicrobianos del centro. Es, por tanto, bajo el amparo de esta comisión la que promovería la creación de un grupo operativo que se encargue de diseñar, desarrollar, implementar y seguir la evolución de un PROA.

Según la *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) uno de los pasos clave para el éxito de estos programas es la creación de un equipo encargado de llevar a cabo esta tarea<sup>3</sup>. Las recomendaciones para la creación de este equipo deben seguir una serie de premisas:

- Equipo multidisciplinar con un número reducido de componentes.
- Presencia de un infectólogo experto como coordinador del equipo.
- Un farmacéutico clínico y un microbiólogo experto en resistencias antimicrobianas.
- Un especialista en Medicina Preventiva para trabajar de la forma más coordinada posible con el equipo de control de infecciones hospitalarias.
- Inclusión de otros miembros del equipo priorizando aquellos procedentes de unidades con un mayor peso en el consumo de antibióticos como son las unidades de Cuidados intensivos, un

pediatra o un facultativo procedente del área quirúrgica con especial interés en las infecciones<sup>5,6</sup>.

En el ámbito de la atención primaria, la creación de PROA debe encuadrarse dentro del marco organizativo correspondiente, como por ejemplo las áreas sanitarias, partiendo de la creación de una comisión de Optimización del uso de antimicrobianos.

Debe coordinarse con otros niveles de la atención sanitaria y es recomendable que tenga como referencia un PROA hospitalario. Es un factor clave la adaptación a las características de la población que atiende como la distancia al centro de salud, medio urbano o rural, nivel socioeconómico, etc.

Respecto a los integrantes del equipo se recomiendan que formen parte facultativos de atención primaria y pediatría con especial interés por las enfermedades infecciosas y el uso adecuado de la antibioterapia.

Es fundamental el apoyo de la gerencia del área sanitaria correspondiente para dotar de los recursos necesarios<sup>4</sup>.

### Objetivos de los PROA

Entre los objetivos PROA se incluyen los siguientes:

- Mejora en los resultados clínicos de los pacientes: resulta bien conocido que el tratamiento antibiótico inadecuado en determinadas infecciones graves se asocia a un resultado negativo en términos de salud. Aunque haya determinantes de dicho resultado que son inherentes al propio microorganismo o al sistema inmune del paciente, siguen existiendo factores como son el momento de inicio del tratamiento, la correcta elección del agente, su dosificación, la duración, la instauración de medidas adyuvantes o el conocimiento de las interacciones farmacológicas que tienen un impacto definitivo en el pronóstico.
- Reducción de efectos adversos asociados a un mal uso de los antibióticos incluyendo, por ejemplo, la infección por *Clostridium difficile*.
- Mejora en los porcentajes de sensibilidad a los diferentes antimicrobianos de las bacterias: aunque éste no sea un hecho que se constata de forma homogénea en los diferentes estudios realizados hasta la fecha.
- Optimizar el uso de recursos promoviendo la eficiencia de los mismo: La inclusión de estrategias de reducción de costes a igualdad de resultados clínicos es un aspecto institucionalmente relevante de este tipo de programas<sup>7</sup>.

Para el desempeño de su misión este tipo de programas deben dar soporte a los prescriptores en los procesos de toma de decisiones (tratamiento de infecciones), primando preferentemente los aspectos formativos y educativos sobre los restrictivos.

### Indicadores de calidad

Los PROA no dejan de ser un programa de calidad y la forma de medir la consecución de los objetivos expresados anteriormente es a través de la medición de determinados indicadores. Éstos últimos deben cumplir una serie de características como son el ser indicadores específicos, realizables, relevantes, medibles y precisos en el tiempo.

Los indicadores pueden ser de 2 tipos:

- De proceso (cómo se prescriben actualmente los antimicrobianos). Son más precisos e informan directamente del funcionamiento de una intervención. Así mismo permite comparaciones con otros servicios o centros.
- De resultado (mide el efecto real de la intervención que ha sido dirigida al objetivo) como por ejemplo la tasa de mortalidad o el porcentaje de efectos adversos asociados. Son indicadores más relevantes que los indicadores de proceso, pero también más influenciados por diferentes factores externos<sup>8</sup>.

Los PROA deben elegir fundamentalmente indicadores y objetivos clínicos, a pesar de ser los más difíciles de medir, al ser mucho más relevantes y que puedan relacionarse con los económicos mediante ratios coste/efectividad<sup>8</sup>.

### Consumo de antimicrobianos y su monitorización

El consumo de antibióticos se mide a través de datos agregados como los antibióticos comprados, administrados o dispensados, prefiriéndose estos últimos al ser más exactos. Se prefiere monitorizar de forma global los antimicrobianos y por determinadas unidades permitiendo así establecer comparaciones.

La principal unidad de medida es la dosis diaria definida (DDD) que consiste en la dosis media de mantenimiento diaria de un determinado antibiótico utilizado para su principal indicación en adultos. Tiene unas ventajas fundamentales sobre otras unidades como es su sencillez al igual que permite comparaciones con otros servicios y centros hospitalarios. Entre sus principales inconvenientes destaca principalmente una menor utilidad en poblaciones de pacientes con dosificaciones diferentes a las habituales como son los niños o ancianos. Como denominador suele emplearse las estancias hospitalarias e ingresos. Los antibióticos se pueden agrupar por familia (p.ej. quinolonas) o por su forma de empleo (p.ej. fármacos antipseudomónicos). Permite un cálculo de forma semanal, mensual o semestral. Puede medirse el cómputo total del hospital o determinadas unidades con un mayor volumen de prescripción.

Este hecho favorece establecer un seguimiento de la evolución de consumo de antimicrobianos en el hospital y compararlo con otros centros sanitarios o determinados servicios aportando una información muy útil a los PROA<sup>9,10</sup>.

### Evaluación de la calidad de las prescripciones

Es un proceso fundamental que permite a los PROA poder detectar los problemas locales asociados al empleo de antimicrobianos. Se pueden realizar en determinadas unidades o centrarse en algunos síndromes y cuadros infecciosos (un ejemplo clásico es las bacteriemias). Dichas evaluaciones pueden realizarse de manera transversal (es decir, un día aleatorio) con la principal ventaja de la sencillez en su realización y uso de menos recursos o de manera longitudinal (a lo largo de la prescripción) con lo que permite determinar con mayor precisión los puntos de intervención. Ésta última tiene la desventaja principal de ser más costosos y complejos de analizar.

Uno de los principales indicadores analizados en los estudios realizados al respecto son los de seguridad. El objetivo es demostrar que la intervención sea capaz de reducir el consumo de antimicrobianos sin perjudicar los resultados clínicos. Se analiza mortalidad o aparición de determinados efectos adversos asociados al uso de antimicrobianos.

### Intervenciones a realizar por los PROA

Los PROA deben planificar las intervenciones que deben seguir una vez se haya analizado el uso de antibióticos y se hayan empleado los indicadores para su medición. Entre las intervenciones a realizar hay de varios tipos:

- **Restringidas:** Las estrategias restrictivas se basan en limitar el uso de determinados antimicrobianos a unas indicaciones específicas mediante fórmulas diversas que restringen su uso. En general, las experiencias publicadas han mostrado una reducción substancial en el uso de los fármacos restringidos, una disminución de costes asociados a dichos fármacos e incluso reducciones en determinadas tasas de resistencias bacterianas. Ofrece una serie de ventajas como su efecto inmediato y directo sobre el consumo de antibióticos. Sin embargo, comportan una notable sensación de pérdida de autonomía para los médicos prescriptores y ocasionan frecuentemente mecanismos o estrategias que obvian la restricción<sup>11</sup>.
- **Educativas:** propone el desarrollo de medidas educativas encaminadas a promover el uso prudente de los antimicrobianos en los prescriptores

y dispensadores tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario<sup>1079</sup>.

- **Medidas no impositivas de ayuda a la prescripción:** medidas de ayuda a la prescripción. Se consideran como las que tienen un mayor impacto por su mejor aceptación por parte de los profesionales y por su potencial eficacia a largo plazo. Como ayuda para lograr una prescripción optimizada por parte del prescriptor, los PROA desarrollan una serie de medidas:
  - **Guías de tratamiento antibiótico y protocolos locales:** se trata de la elaboración en cada hospital de protocolos de tratamiento empírico y dirigido, así como profilaxis antibiótica. Para su desarrollo se emplean guías de sociedades científicas y requieren una adaptación al medio local y a un conocimiento de las resistencias a antimicrobianos de los gérmenes más frecuentes de dicho medio. Para favorecer la aceptación y seguimiento de las guías se necesita que la elaboración sea multidisciplinar. Estas guías requieren una actualización periódica para adaptarse a las nuevas opciones terapéuticas y a los cambios de patrones de resistencia<sup>12</sup>.
  - **Auditorías:** se basa en recomendaciones personalizadas no impositivas. Intenta evaluar una prescripción y elabora unas recomendaciones específicas para los médicos prescriptores que deben realizarse en tiempo real. Las principales recomendaciones que pueden establecerse en las auditorías son: el paso a la vía oral (tratamiento secuencial), la optimización de la dosis o forma de administración, el cambio del antimicrobiano prescrito y la suspensión de uno o todos los antimicrobianos. Estas auditorías destacan por el grado de aceptación que supera el 80% en los programas realizados en nuestro país<sup>13</sup>. Se asocia a una reducción del consumo de antibióticos, ahorro económico directo en gasto de antibióticos y reducción de incidencia de algunas infecciones como la producida por *Clostridium difficile*<sup>14</sup>.
  - **Consultoría de expertos y apoyo a determinados problemas infectológicos:** se ha demostrado en algunos estudios que la evolución es más favorable en determinados síndromes infecciosos cuando el abordaje se ha realizado en conjunción con un especialista en enfermedades infecciosas. Este hecho se asocia a un menor uso de antibioterapia de amplio espectro y a una secuenciación a la terapia oral de forma más frecuente. Según propone *Center of Disease Control* (CDC) norteamericano, se recomienda la disponibilidad de infectólogos para realizar la

- consultoria en el manejo de infecciones diversas y uso de antibióticos. Hay programas que se utilizan como complementos dentro de los PROA para abordar determinados procesos infecciosos como el programa de bacteriemias<sup>15</sup>.
- Sistemas informáticos de apoyo a la prescripción de antibióticos: también llamados CDSS (*Computerized Decision Support System*) son sistemas de consulta que se apoya en uso de estadística poblacional y datos del paciente para asistir al diagnóstico y en la elección de tratamiento. No deben sustituir el juicio clínico sino aumentar la información disponible al clínico prescriptor para que tome la decisión correcta<sup>16</sup>.

## CONCLUSIÓN

El uso prudente y adecuado de la terapia antimicrobiana es el eje principal sobre el que se fundamentan los PROA. Para el éxito de estos programas es necesario el trabajo entusiasta de un equipo médico y una educación en uso de antibióticos. Las consultas que se realizan basadas en casos clínicos individuales refuerzan los principios PROA cada día. La confianza de los prescriptores en los PROA se consigue con el paso del tiempo al ir experimentando de primera mano la efectividad de sus intervenciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The white house. National action plan for combating antibiotic-resistant bacteria Title. 2015.
2. Rodríguez-Baño J, Paño-Pardo JR, Álvarez-Rocha L, Asensio A, Calbo E, Cercenado E, et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH, SEIMC, SEFH y SEMPSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(1):e1-22.
3. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, Macdougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis*. 2016;62(10):e51-77.
4. Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, Agenda N, et al. Programas de optimización de uso de antibióticos (PROA). *Syria Stud*. 2015;7(1):37-72.
5. JE M. Minimizing Antimicrobial Resistance: The Key Role of the Infectious Diseases Physician. *Clin Infect Dis*. 2004;38:939-42.
6. Patterson D. The Role of Antimicrobial Management Programs in Optimizing Antibiotic Prescribing within Hospitals. *Clin Infect Dis*. 2006;42(Suppl 2):S90-5.
7. MacDougall C PR. Antimicrobial stewardship programs in health care systems. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18:638-56.
8. Davey P, Brown E, Fenelon L, Roger Finch, Ian Gould GH et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;19:CD003543.
9. Polk RE, Fox C, Mahoney A, Letcavage J MC. Measurement of adult antibacterial drug use in 130 US hospitals: comparison of defined daily dose and days of therapy. *Clin Infect Dis*. 2007;44:664-70.
10. Vander Stichele RH, Elseviers MM, Ferech M, Blot S GH. European Surveillance of Antibiotic Consumption (ESAC) Project Group. Hospital consumption of antibiotics in 15 European countries: results of the ESAC Retrospective Data Collection (1997-2002). *J Antimicrob Chemoter*. 2006;58:159-67.
11. Woodward RS, Medoff G, Smith MD GJ. Antibiotic cost savings from formulary restrictions and physician monitoring in a medical-school-affiliated hospital. *Am J Med*. 1987;83:817-23.
12. Kett D, Cano E, Quartin AA, Mangino JE, Zervos MJ PP. Implementation of guidelines for management of possible multidrug-resistant pneumonia in intensive care: an observational, multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2011;11:181-9.
13. Cobo Reinoso J, Oliva Domínguez J, Soler Vigil M, Martínez-Beltrén J, Pedraza Cezon L MGS. Evaluación de un programa de asesoramiento en tratamiento antibiótico. *Rev Clin Esp*. 2002;202:78-83.
14. Paño-Pardo JR, Padilla B, Romero-Gómez M, Moreno-Romero F, Rico-Nieto A M-RM et al. Actividades de monitorización y mejora del uso de antibióticos en hospitales españoles: resultado de una encuesta nacional. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;1:19-25.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's campaign to prevent antimicrobial resistance in health-care settings. Vol. 51, *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 2002. p. 343.
16. Evans RS, Pestotnik SL, Classen DC, Cletcher TP, Weaver LK OJ et al. A computer-assisted management program for antibiotics and other anti-infective agents. *N Engl J Med*. 1998;338:232-8.

Viernes 4 noviembre 2022

# MESA. SALUD MENTAL Y DROGADICCIÓN

## Paciente psiquiátrico adicto a drogas legales e ilegales

Antonio Terán Prieto

Especialista en Psiquiatría. Valladolid.

### RESUMEN

La coexistencia de trastornos mentales y adicción a drogas es frecuente en la práctica clínica tanto en los centros de salud mental como en los de atención a las adicciones. Varias son las hipótesis, no excluyentes, que intentan explicar esta comorbilidad que, en los últimos años, es conocida con el término de “Patología Dual”. Los efectos asociados al consumo de drogas suponen un “factor de confusión” que generan problemas de diagnóstico, abordaje y tratamiento, al tiempo que complican la evolución y el pronóstico para ambos trastornos. Estamos ante Trastornos Mentales Graves, de importante severidad clínica, coexistencia de patologías orgánicas, elevada morbilidad y mortalidad, mayor riesgo de cronicidad, seria interferencia en el funcionamiento psicosocial y empobrecimiento en la calidad de vida de estos pacientes y sus familias. Una temprana identificación y un correcto diagnóstico serán fundamentales a la hora de diseñar estrategias de tratamiento eficaces.

**Palabras clave:** drogas; tabaco; salud mental; trastornos duales; servicios de salud.

### ABSTRACT

Polymedication is a global public health problem, although it has special repercussions in the case of psychotropic drugs. The number of prescriptions multiplies the possibility of poor adherence and, for some pharmacological and population groups, this implies a risk of abuse and dependence behaviors. It is necessary to develop strategies aimed at reducing this problem and the adverse consequences it entails in the form of loss of quality of life and increased mortality through the empowerment of individuals.

**Key words:** drugs; tobacco; mental health; dual disorders; health services.

### INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es una práctica habitual en la población de nuestro país tal y como señala la encuesta EDADES 2019-2020 del Plan Nacional Sobre Drogas. Los datos confirman que en la población entre 15 y 64 años las sustancias más consumidas, en el último año, son las legales. En primer lugar, el alcohol (77,2%) y en segundo lugar el tabaco (39,4%). Los hipnosedantes con o sin receta médica representan

el 12,0%. El cannabis es la droga ilegal más consumida (10,5%) seguida de la cocaína polvo y/o base (2,5%). El resto de sustancias ilegales estudiadas tienen unas prevalencias de consumo en los últimos doce meses por debajo del 1%. Asimismo, llama la atención que el patrón de policonsumo (consumo de 3 o más sustancias psicoactivas) continúa estando muy extendido; se concentra en hombres de 15 a 24 años e incluye muy frecuentemente (en el 90% de los casos) el consumo de alcohol, tabaco y cannabis<sup>1</sup>.

Estas prevalencias de consumo de drogas en población general, se ven claramente superadas cuando coexisten trastornos mentales. Existen múltiples estudios epidemiológicos que destacan la importante prevalencia en la coexistencia de adicción a drogas y otros trastornos mentales. Los resultados son muy heterogéneos y están en función tanto del tipo de droga estudiada (legal vs ilegal) como de la población estudiada (población general, pacientes en tratamiento ambulatorio, pacientes en unidades de hospitalización, centros de salud mental, centros de atención a adicciones, prisiones, sin techo, etc). The *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) señala a la depresión y los trastornos por uso de sustancias como la comorbilidad más habitual con prevalencias que varían entre el 12% al 80%. Los trastornos de ansiedad, en particular el trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático, presentan prevalencias en torno al 35%. Cuando se trata de valorar la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y las psicosis, se obtienen prevalencias del 30%-66% para los pacientes con esquizofrenia y del 40%-60% para el trastorno bipolar. Los trastornos de personalidad también coexisten con la adicción a drogas, principalmente el trastorno antisocial y el trastorno límite, con prevalencias en torno al 46%. Porcentajes similares los encontramos para los trastornos de la conducta alimentaria 35%-50%. Finalmente, el creciente interés de los últimos años en la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con prevalencias 5%-30%<sup>2</sup>.

Un ejemplo muy significativo de esta comorbilidad lo observamos al analizar el consumo de tabaco en ambas poblaciones. El tabaquismo es de dos a tres veces más frecuente entre las personas con problemas de salud mental en comparación con la población general. Así, para las personas con esquizofrenia, la prevalencia es dos a tres veces mayor que en la población general (70%-80% vs 39,4%). La consecuencia directa del tabaquismo en este grupo de pacientes es la presencia de patologías físicas graves: enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar, diabetes, cáncer, etc; que reducen su esperanza de vida en torno a 5-10 años en comparación con la población general<sup>3</sup>.

## ETIOPATOGENIA

La complejidad en la relación de los trastornos adictivos y otros trastornos mentales, así como la existencia de múltiples factores implicados, explicaría que existan diferentes y no excluyentes hipótesis

que intentan aportar luz a la coexistencia de ambos trastornos. La Asociación Española de Patología Dual señala que: “son factores sociales los que ponen en contacto a la población con las drogas, pero son factores individuales, genéticos, biológicos, de personalidad y otros trastornos mentales, los determinantes para la aparición de las conductas adictivas”<sup>4</sup>. Entre las hipótesis más estudiadas destacan<sup>2,5</sup>:

- La combinación del uso de sustancias y otros trastornos mentales está determinada por factores independientes. La comorbilidad puede ser fruto de la casualidad o debido a factores predisponentes/factores de riesgo comunes: vulnerabilidad genética y epigenética, anomalías neurobiológicas, estrés, influencias ambientales como experiencias infantiles adversas (exposición temprana al estrés o trauma), etc.
- El trastorno mental que no sea el trastorno por uso de drogas es un factor de riesgo para el consumo de drogas y el desarrollo del trastorno adictivo. Así, las personas con trastornos mentales graves, leves o incluso subclínicos consumirían drogas como una forma de automedicación en un intento de aliviar los síntomas del trastorno mental o los efectos secundarios del fármaco utilizado para tratarlo.
- El consumo de sustancias y la adicción pueden contribuir al desarrollo de enfermedades mentales. El consumo de drogas puede actuar como desencadenante de un trastorno mental subyacente. En otros casos, el consumo repetido de drogas produce cambios neurobiológicos, a través de mecanismos de neuroadaptación, en áreas del cerebro implicadas en otros trastornos mentales.
- El trastorno psiquiátrico se produce como consecuencia de intoxicación o abstinencia de un tipo específico de sustancia (trastorno inducido por sustancias). Finalizada la situación que generó la sintomatología psiquiátrica (intoxicación o abstinencia) debiera desaparecer el trastorno. Sin embargo, existen estudios que postulan como los trastornos inducidos por sustancias pueden ser un estado transitorio previo a un trastorno independiente, sugiriendo que en ambos casos podrían existir factores etiológicos subyacentes comunes.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los trastornos comórbidos por uso de sustancias y otras enfermedades mentales (Patología Dual) es complejo. La presencia de drogas siempre supone un factor de confusión ya que, con fre-

cuencia, se superponen los síntomas agudos (intoxicación o abstinencia) o crónicos del consumo de drogas con los propios de los otros trastornos mentales. También las drogas pueden modificar la expresión clínica de los trastornos mentales primarios tanto en su inicio como en su evolución. La dificultad es aún mayor si estamos ante pacientes policonsumidores en los que se mezclan los síntomas relacionados con cada una de las drogas consumidas. En definitiva, establecer el diagnóstico diferencial entre los trastornos mentales primarios y los relacionados con el consumo agudo o crónico de drogas no está exento de dificultad. Todo ello puede complicarse aún más si la evaluación clínica psiquiátrica se centra únicamente en uno solo de los trastornos obviando, pasando por alto, quitando importancia o no profundizando en la existencia del otro. También la actitud del propio paciente es fundamental a la hora de facilitar el diagnóstico, con el reconocimiento y la descripción del consumo de drogas y/o los otros trastornos mentales asociados de forma clara y concisa, más allá del temor a la estigmatización o el rechazo que, con frecuencia le hacen ocultar o minimizar una u otra patología.

La realización de una evaluación clínica completa (psiquiátrica y clínico-toxicológica) es inexcusable y fundamental para establecer un diagnóstico correcto. Valoraremos los síntomas psiquiátricos, el consumo de “todas” las drogas, legales e ilegales, la edad de

inicio del consumo, el momento de aparición de los trastornos mentales y su relación con las drogas, el funcionamiento global del paciente, los antecedentes personales y familiares, la existencia de tratamientos previos y la respuesta a estos. En ocasiones, podrá ser necesario contrastar y/o ampliar la información del paciente con personas de su núcleo más próximo de relación (padres, hermanos, pareja, etc). La anamnesis se completará con análisis clínicos de sangre y orina (tóxicos en orina) y todas aquellas pruebas objetivas que posibiliten el diagnóstico<sup>6</sup>. La reevaluación del paciente pasadas unas semanas, con la certeza de la ausencia de síntomas de intoxicación o abstinencia y/o mayor estabilidad a nivel psicopatológico, favorecerá el rigor diagnóstico.

Los datos aportados por la anamnesis pueden complementarse con instrumentos validados de detección y diagnóstico que permitirán una mayor precisión y la evitación de posibles errores. Contamos con múltiples entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas que pueden agruparse en dos tipos<sup>2</sup>:

- Instrumentos de detección (*Screening instruments for comorbid mental and substance use disorders*).
- Instrumentos de diagnóstico (*Diagnostic interviews for comorbid mental and substance use disorders*).

Tabla 1. Características clínicas en la comorbilidad trastornos por uso de drogas/otros trastornos mentales.

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mayor número de reagudizaciones / recidivas del trastorno mental comórbido (depresión, ansiedad, psicosis, etc).                                                                  |
| Edad de inicio más temprana del Trastorno Mental Primario.                                                                                                                        |
| Aumento del número de recaídas en el consumo de drogas.                                                                                                                           |
| Mas conductas disruptivas y violentas.                                                                                                                                            |
| Mayor prevalencia de tentativas y suicidios consumados.                                                                                                                           |
| Frecuentación de los servicios de urgencias.                                                                                                                                      |
| Mayores tasas de rehospitalización psiquiátrica.                                                                                                                                  |
| Más problemas y patologías orgánicas asociadas a comportamientos de riesgo (ETS, Infecciones por VIH, VHB y VHC, Tuberculosis, Enfermedades cardiovasculares, EPOC, Cáncer, etc). |
| Afectación de la capacidad funcional más severa.                                                                                                                                  |
| Más problemas en las relaciones sociales que propician el estigma, la marginación social y la soledad.                                                                            |
| Mayores tasas de paro, pobreza y falta de vivienda.                                                                                                                               |
| Frecuentes problemas legales.                                                                                                                                                     |
| Dificultad en la relación personal sanitario-paciente (dificultad en la adherencia y cumplimentación de las pautas de tratamiento, tendencia a la automedicación).                |
| Refractariedad al tratamiento.                                                                                                                                                    |
| Cronificación de ambos trastornos.                                                                                                                                                |
| Peor calidad de vida.                                                                                                                                                             |
| Mayores tasas de mortalidad y disminución de la esperanza de vida.                                                                                                                |

## CLÍNICA

Los pacientes con un trastorno por consumo de drogas y otra/s enfermedad/es mental/es a menudo presentan síntomas que son más persistentes, graves y resistentes al tratamiento en comparación con los pacientes que tienen cualquiera de los dos trastornos solos<sup>5</sup>. Estas manifestaciones clínicas más graves y complejas son fruto de la interacción e interferencia de uno sobre el otro, en ambas direcciones, alargando los procesos de recuperación, reduciendo las tasas de remisión y favoreciendo la cronificación. La Tabla 1 muestra las características clínicas más importantes que podemos observar en la comorbilidad de los trastornos por uso de drogas y otros trastornos mentales.

## TRATAMIENTO

La adecuada identificación y el diagnóstico correcto y completo de la comorbilidad de los trastornos por consumo de drogas y los otros trastornos mentales comórbidos son fundamentales a la hora de diseñar estrategias de tratamiento eficaces. En esta línea, la Sociedad Española de Patología Dual destaca la necesidad de que la patología dual no sea abordada utilizando categorías diagnósticas y sean dimensiones de síntomas, que no pueden alcanzar el umbral diagnóstico, los que marquen los principios del tratamiento: “Un diagnóstico psicopatológico dimensional y longitudinal es crítico para asegurar tratamientos adecuados y eficaces en Patología Dual”<sup>7</sup>. El tratamiento abordará todos los trastornos de forma simultánea y desde el primer contacto del paciente con el dispositivo asistencial. Recordemos que estos pacientes presentan problemas y dificultades en la adherencia y cumplimentación de las pautas de tratamiento, por lo que tener en cuenta las características individuales, permitirá optar por la mejor opción para cada paciente: “el mejor tratamiento es el que se cumple”. En nuestro país, la existencia de dos redes diferenciadas de asistencia a los trastornos mentales y las adicciones, hasta el momento no integradas en todas las Comunidades Autónomas, ha generado problemas y dificultades en el acceso al tratamiento de los pacientes con patología dual produciendo el fenómeno conocido como “síndrome de la puerta equivocada” o “síndrome de la puerta giratoria”. En definitiva, en uno y otro caso, la ausencia de una intervención adecuada, el alejamiento del sistema asistencial y el agravamiento del problema. A pesar de que, por el momento, no existen evidencias científicas suficientes en cuanto a la eficacia y eficiencia de los

diferentes modelos de tratamiento existentes: modelo secuencial, modelo paralelo, modelo matricial, modelo integrado y modelo de cuidado escalonado; todo parece indicar que el “tratamiento integrado” es el que aporta resultados más positivos en: reducción de consumo, mejoría de síntomas psiquiátricos, mejoría del funcionamiento general, disminución de hospitalizaciones, mayor estabilidad de la residencia, menos detenciones, mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida. Por su parte, la Confederación de Salud Mental de España, en una reciente comunicación, abogaba por la necesidad de disponer de dispositivos de intervención integrados, de mejorar la coordinación entre recursos y eliminar los criterios de exclusión existentes para acceder o permanecer en programas de salud mental a personas que consumen drogas<sup>8</sup>.

El tratamiento deberá ser multidisciplinar implicando a los profesionales de las diferentes áreas afectadas (psiquiatría, especialistas en patologías orgánicas, enfermería, psicología, trabajo social, etc) e interinstitucional por las complicaciones asociadas responsabilidad de diferentes administraciones: laborales, económicas, judiciales, vivienda, etc. La creación de un “gestor del caso” como profesional de referencia que ejerza la función de coordinación de todas las intervenciones y jerarquice cada una de ellas en los distintos momentos evolutivos, facilita el seguimiento y favorece la adherencia y cumplimentación de los tratamientos.

El tratamiento centrado en la comorbilidad de ambos trastornos incluirá de forma integrada y simultánea estrategias psicosociales y farmacológicas valorando las características individuales de cada paciente<sup>7</sup>. Muy importante tener en cuenta las características especiales de grupos como adolescentes, mujeres, ancianos, migrantes, etc. Dentro de los tratamientos psicosociales adquieren una relevancia especial las intervenciones motivacionales, la terapia cognitivo-conductual orientada a la adquisición de habilidades interpersonales y de afrontamiento, la prevención de recaídas, estrategias de control de contingencias, etc. El tratamiento psicofarmacológico también precisará de la adaptación a las características de estos pacientes “duales” de forma que se facilite su cumplimentación. Estar abiertos a escuchar su opinión y facilitar los cambios de medicación cuando esta sea ineficaz o produzca efectos adversos mal tolerados también mejorará la adherencia y cumplimentación. La Tabla 2 resume las características más importantes que debieran presentar estos fármacos. No queremos finalizar el apartado del tratamiento sin dar la importancia que merece a la familia.

Tabla 2. Tratamientos psicofarmacológicos en la comorbilidad trastornos por uso de drogas/otros trastornos mentales.

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Eficaces.                                                             |
| Faciliten la adherencia y cumplimentación.                            |
| Preferiblemente monoterapia / inyectables de acción prolongada.       |
| Multimodales (perfil receptorial amplio).                             |
| Efecto rápido / remisión lo más rápido posible.                       |
| Reducción del deseo compulsivo y del consumo de drogas.               |
| No produzcan “craving” de drogas.                                     |
| Eficaces en los síntomas residuales / prevención de recaídas.         |
| Posibiliten la recuperación de la capacidad funcional.                |
| Bien tolerados / efectos secundarios mínimos.                         |
| Perfil mínimo de interacción con drogas u otros fármacos (CYP P-450). |
| No afectación de la capacidad cognitiva.                              |
| No afectación de la función metabólica/ no aumento de peso.           |
| No afectación cardiovascular / QTC.                                   |
| Respeten la capacidad hedónica / no afectación de la función sexual.  |
| Respeten la arquitectura del sueño.                                   |
| Eviten el exceso de sedación.                                         |
| No síndrome de discontinuación.                                       |

La familia juega un papel esencial en la identificación de la patología dual, y su implicación activa y positiva en el tratamiento contribuye a la recuperación e inclusión social. Tener en cuenta que determinadas actitudes de la familia pueden constituirse como factores de protección o de riesgo en la recuperación de las personas con patología dual, nos compromete en el proceso de información y formación de las personas convivientes y de relación estrecha con el paciente<sup>8</sup>.

## CONCLUSIÓN

A pesar de lo comentado hasta el momento, mucho nos resta aún por mejorar y cambiar. Precisamos de una mayor y mejor coordinación de los recursos asistenciales de salud mental y atención a las adicciones que den una respuesta global a la problemática asociada a la comorbilidad del consumo de

drogas con las otras patologías psiquiátricas. Asimismo, son necesarios un mayor número de estudios que aporten altos niveles de evidencia a las guías de actuación especializadas en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes “duales”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.
2. Torrens M, Mestre-Pintó JI and Domingo-Salvany A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
3. World Health Organization. Tobacco Use and Mental Health Conditions and Policy Brief. WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen. 2020.
4. Asociación Española de Patología Dual. Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Patología Dual. 2011. <http://www.patologiadual.es>
5. NIDA. “Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness.” National Institute on Drug Abuse, 13 Apr. 2021, <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1>.
6. Toranzo E, Noval C, Cepello S, Terán A. La historia clínica en adicciones. En. Guía de Adicciones para especialistas en formación. Ed. Pereiro C & Fernández JJ. Socidrogalcohol. 2018: 21-40.
7. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Libro Blanco sobre recursos para pacientes con Patología Dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional. Sociedad Española de Patología Dual. SANED 2015.
8. Confederación Salud Mental España. Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red Salud Mental España. Ed. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. 2020.

# Alternativas a la pena de prisión en los pacientes psiquiátricos

Myriam Tapia Ortiz

Directora de programas. Coordinación Territorial de Andalucía y de Justicia Restaurativa.  
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

---

## RESUMEN

Existen personas con problemas de salud mental, cuya enfermedad no ha sido detectada o lo ha sido de manera inadecuada, o ni siquiera tienen conciencia de la misma, y pasan a una situación muy vulnerable al protagonizar actos delictivos de entidad menor que, pueden predecir una trayectoria delincencial mayor, de no abordarse de forma correcta. Las condenas a penas comunitarias, pueden ser una oportunidad de enganche asistencial. El cumplimiento de estas medidas con herramientas específicas que pongan su atención en la salud mental del infractor evita situaciones futuras más graves y el ingreso en prisión.

---

## ALTERNATIVAS A LA PENA DE PRISIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Hablar de “enfermedad mental” y de “prisión”, desgraciadamente, es hablar de dos conceptos que conforman y describen, demasiadas veces, la situación de una misma persona. Es adentrarnos en supuestos muy comunes desde la óptica penitenciaria y, con frecuencia, olvidamos que deberían ser antagonistas. Padecer una enfermedad mental, y cumplir una pena de prisión, o una medida de seguridad en prisión, es una triste realidad en la vida de muchos enfermos con trastornos mentales graves. Realidad, que en numerosos casos se prolonga por varios años, tantos como dure la pena o medida de seguridad impuestas en su integridad.

Ambos conceptos, enfermedad mental y prisión, vienen soportando desde siempre esa “unión”, y ni en el mejor de los escenarios hemos podido romper la misma, por mucho que los penitenciarios tengamos muy claro que la última opción para una persona con enfermedad mental grave, debe ser su ingreso en un establecimiento penitenciario. Es más, los recientes estudios realizados por la Administración Penitenciaria y por entidades colaboradoras en este ámbito, que han analizado e investigado sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica en prisión, frente a la población española en general, lejos de presentarnos un panorama en el que ese vínculo inexorable se esté reduciendo, apuntan en sentido contrario. En dichos

estudios se concluye que en los últimos años se ha incrementado dicha prevalencia y que, por tanto, la población interna en nuestros establecimientos penitenciarios que presenta un trastorno mental grave es mayor. Prevalencia entre 5 y 6 veces superior a la de la población en su conjunto.

Varias causas se han señalado, para dar explicación a este hecho. Las más comunes, apuntan a la falta de sensibilización judicial (fiscalía, abogados, tribunales y jueces) a la hora del enjuiciamiento de unos hechos delictivos, en los que no se ha profundizado en las circunstancias específicas de salud psíquica de quienes los cometieron, dictándose una condena que no atiende a estos parámetros; otras indican que la peligrosidad, la posible peligrosidad social de la persona que presenta una enfermedad mental, es el motivo principal de su internamiento, y más si unimos a ello otros factores asociados, como las drogodependencias u otras adicciones, lo que deja muy poco margen de actuación a la administración de justicia, siendo conscientes, además, de la falta de otros mecanismos y medios de respuesta, principalmente la falta de centros especializados en salud mental no penitenciarios, resultando a la postre el único medio “efectivo” el cumplimiento en prisión. No podemos obviar la pesada carga que soporta quien padece un trastorno mental y su consideración social, donde existen estereotipos, prejuicios... discriminación y exclusión.

Respecto a otras medidas penales, de nada o muy poco sirve en la práctica que el Real Decreto 840/2011,

de 17 de junio, al hablar de las Medidas de Seguridad, especifique que las mismas deben cumplirse en “los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes por razón de la materia y territorio”. Es decir, de muy poco vale que no se haga mención expresa a la Administración Penitenciaria para ser la competente en la ejecución de estas medidas sino, por el contrario, que se indique que deben ser asumidas estas medidas por otras instituciones o administraciones según la materia (salud mental) y territorio (cada comunidad autónoma, nos atrevemos a afirmar)<sup>1</sup>.

Igualmente, las últimas reformas operadas en el Código Penal, en 2010 y 2015, dan muestras de cierta sensibilización en el cumplimiento no penitenciario en las Medidas de Seguridad, al hablarnos de “servicios de asistencia social competentes” (en razón de la materia y del territorio) que deben prestar “la ayuda y atención que precisen y legalmente les corresponda...”<sup>2</sup>.

De poco sirve, pero esta realidad no puede desalentarnos. La Administración Penitenciaria, a pesar de las dificultades y obstáculos indicados, debe dar una respuesta comprometida.

Así las cosas, desde nuestros centros penitenciarios, no podemos evitar la orden judicial, el mandamiento de prisión, pero si debemos actuar respondiendo a las necesidades que presenten estos internos. Como trabajadores públicos que somos al servicio de nuestros administrados, nuestra obligación profesional para con estas personas, una vez detectada/conocida la enfermedad, y a la mayor brevedad desde el momento de su ingreso, nos debe conducir a mantener una sensibilización y tutela especial hacia las mismas. Esta sensibilización debe dirigirse principalmente a la salvaguarda del paciente mental en su desenvolvimiento y estancia cotidiana en prisión, con específica atención a su clasificación penitenciaria y su clasificación interior más adecuadas, en las que se considere su condición de enfermedad psiquiátrica sobre otros indicadores y circunstancias.

Es fundamental en esta labor de concienciación y sensibilidad hacia estas personas, plantear su vida en prisión previniendo obstáculos: que no sean protagonistas de incidentes regiminales, anticipándonos a circunstancias que pudiesen derivar en tales sucesos, pues, en ocasiones, cuando una persona con trastorno mental grave sufre una descompensación, es confun-

dida la misma con un altercado, poniendo en peligro su propia integridad física, o alterando la convivencia en el centro, lo que conduce a consecuencias regiminales no deseadas. Es de la misma forma primordial que se configuren planes de intervención y tratamiento que les faciliten el acceso a programas específicos para enfermos en salud mental, como es nuestro Programa PAIEM.

Iniciada la vida en prisión con estos parámetros de actuación, en un centro penitenciario de régimen ordinario, lo deseable es una trayectoria penitenciaria que se prolongue y evolucione positivamente hacia las “Unidades Puente” de los centros de inserción social.

En ambos ámbitos, tanto en el del centro penitenciario como en el centro de inserción social, la coordinación entre diferentes instituciones y administraciones públicas encargadas de la atención y asistencia a enfermos psiquiátricos, es la mejor fórmula para una futura vida en libertad sin volver a la comisión de un hecho delictivo. Es esencial el trabajo que realizan –a pesar de las muchas dificultades encontradas– los equipos multidisciplinarios de profesionales penitenciarios y no penitenciarios que, en una apuesta común, velan por evitar recaídas y nuevas judicializaciones, y buscan la rehabilitación del usuario con su “enganche” asistencial comunitario, pudiendo detenerse la estigmatización social y su carrera delincuencial.

En la Administración Penitenciaria, se cuenta, por tanto, con dos valiosísimos elementos de apoyo a la hora de abordar el problema de enfermedad mental-prisión:

- Con el Programa PAIEM (Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental), implementado en los centros penitenciarios.
- Con el Programa PUENTE, cuya ejecución se lleva a cabo en los centros de inserción social, para facilitar precisamente los procesos de reinserción de las personas con trastorno mental grave, una vez ya están clasificadas en una modalidad de régimen abierto, o se encuentran en libertad condicional, o en libertad vigilada postpenitenciaria, si así se recoge en la sentencia correspondiente.

Ambos programas (PAIEM y PUENTE) están destinados a personas que parten de una pena/medida privativa de libertad.

### Otro camino: alternativas al ingreso en prisión

Además de las situaciones descritas, hay personas con enfermedad mental grave, que no siendo condenadas a una pena privativa de libertad, se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, pues han sido autores de diferentes hechos de entidad menos grave o leve -desde el punto de vista del ilícito penal

<sup>1</sup>Artículo 20 del Real Decreto 840/2011 de 17 de junio, sobre cumplimiento de determinadas penas y medidas de seguridad.

<sup>2</sup>Artículo 105 del Código Penal, Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, en su redacción de 2015.

cometido-, pero pasan desapercibidas, probablemente por la propia falta de conciencia de enfermedad que sostienen, y son condenadas al cumplimiento de una medida alternativa al ingreso en prisión, sin atender a su patología. A estas condiciones, se añade, en la mayoría de los casos, que cuentan con escaso apoyo familiar y social.

En estos perfiles de baja criminalidad, la pena más común que se impone al infractor es la pena de trabajos en beneficio de la comunidad. Esta pena, definida en el artículo 49 del C. Penal, es una pena privativa de derechos. Su ejecución radica en la realización de determinadas actividades y tareas de utilidad pública, que puedan reparar, al menos de forma simbólica, el daño causado a las víctimas del delito. Estas tareas y actividades pueden consistir en determinados talleres y programas.

Junto a las penas de trabajos en beneficio de la comunidad, existen muchos casos de suspensiones de condenas, conforme indican los artículos 80 y siguientes del Código Penal, que ponen como condición al inculcado realizar una determinada regla de conducta, para evitar el ingreso en prisión y la efectividad de la pena suspendida. Regla de conducta que deberá consistir en la realización de un determinado programa, junto a la obligación de no volver a delinquir durante el tiempo que marque el juez.

Y de la mano de estas penas comunitarias (penas de trabajos en beneficio de la comunidad y suspensiones de condenas), llegamos a la gran pregunta: ¿Qué alternativas pueden ofrecerse a los pacientes psiquiátricos que eviten el ingreso en prisión? A ello da respuesta el que denominamos “Programa Puente Extendido”.

## EL PROGRAMA PUENTE EXTENDIDO

Es un programa de intervención psicosocial, destinado a personas que deben cumplir una medida comunitaria, y que presentan un trastorno mental grave.

Recogemos brevemente su historia:

El excelente equipo de profesionales penitenciarios del CIS de Santander (perteneciente al Centro Penitenciario de El Dueso), encabezado por el doctor Miguel Mateo Soler, a partir de 2016, iniciaron una andadura singular. Gracias al trabajo coordinado por este equipo con personas e instituciones diversas, contando con la implicación de la Administración Cantabra responsable del Área de Salud Mental, y con la inestimable ayuda del Centro Hospitalario “Padre Menni”, pusieron en marcha un nuevo modelo de

abordaje para los pacientes psiquiátricos que deben cumplir una medida comunitaria.

Desde la Subdirección General de Medio Abierto y Penas y Medidas Alternativas (en aquel momento yo era la Subdirectora General), se valoró de forma extraordinaria esta iniciativa, impulsando que este modelo diese lugar a la creación de un nuevo programa, que pudiese ser implementado no sólo en Cantabria, sino en el resto de las Unidades administrativas de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, que se encargan de la ejecución de las Penas y Medidas Alternativas. Dichas Unidades son las denominadas Servicios de gestión de Penas y Medidas Alternativas. Este empuje, junto con la colaboración de la Unidad de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, dio como fruto que desde el año 2017 contemos con esta nueva herramienta tratamental. El Programa Puente Extendido ha sido publicado oficialmente por el Ministerio del Interior, como documento penitenciario número 18<sup>3</sup>.

## Descripción del programa

Este modelo, esta herramienta de intervención, es un instrumento que consigue dos finalidades fundamentales:

- Por una parte, el cumplimiento de la pena comunitaria o pena alternativa impuesta. Si el paciente con trastorno mental grave incumple la pena alternativa al ingreso en prisión, declarándose su quebrantamiento, acabará sin remedio ingresando en un centro penitenciario, dado el fracaso de la medida primeramente acordada. Es un hecho patente que las dificultades personales que sufren las personas con trastorno mental aumentan las posibilidades del fracaso del plan de ejecución de la medida impuesta. Para que ello no suceda, debe adaptarse este cumplimiento a las necesidades de la persona condenada, mediante el programa que describimos.
- Por otra parte, y de vital importancia, este modelo logra “visualizar” a la persona penada, en la búsqueda de un recurso comunitario que le atienda, le ayude, le preste la atención y dedicación necesarias, dada su condición de sufrir una enfermedad mental. La persona con trastorno mental grave, ante su judicialización, necesita más que nunca ser atendido, escuchado, orientado...y máximo al inicio de su trayectoria delincencial, evitando una potencial escalada.

<sup>3</sup>El Programa Puente Extendido está disponible en la página web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Por ello, con el Programa Puente Extendido se pretende dar un cambio cualitativo en el abordaje de estos casos: conseguir una detección temprana de las personas con enfermedad mental, en los inicios de sus problemas delincuenciales, mejorando a la vez su salud, a través de su inclusión en los dispositivos socio-sanitarios disponibles. Y todo ello, cumpliendo con la responsabilidad penal adaptando ese cumplimiento a sus particularidades.

### ¿Cómo se desarrolla este programa?

Mediante tres acciones y partes fundamentales:

- Detectar la presencia de un trastorno mental grave en la persona que va a cumplir la medida alternativa.
- Ofrecer una forma de cumplimiento de esta causa penal a través de un taller o un programa (según los casos) que contemple la situación de salud de la persona en cuestión.
- Facilitar su inclusión en los dispositivos sociales y sanitarios comunitarios.

Dado que el Programa Puente Extendido está publicado oficialmente, su contenido puede consultarse sin que en este breve artículo debamos extendernos en exceso. Pero si es importante señalar algunas consideraciones del mismo, que exponemos a continuación.

*En cuanto a la detección de la enfermedad mental.* Se realiza una vez es citada la persona por el Servicio de gestión de Penas y Medidas Alternativas correspondiente.

En su presentación en este Servicio, ante cualquier indicio de problema de salud mental subyacente, se ofrece a la persona la oportunidad de hacer una “Declaración voluntaria de problemas de salud”. Si accede a realizar esta declaración, se efectúa posteriormente una entrevista especializada de cribado, por personal cualificado. Esta declaración voluntaria de problemas de salud debe servir también para ser un primer paso que permita acceder a otras actuaciones de especial importancia: acceso a la historia clínica electrónica, si es viable,... o llevar el tema a comisiones de análisis de casos...si existe esta posibilidad, entre otros.

*En cuanto al cumplimiento de la Medida Alternativa impuesta.* Debe realizarse el plan de ejecución de la medida impuesta (en los casos de penas de trabajos en beneficio de la comunidad), o el plan de intervención y seguimiento (en el caso de cumplir una suspensión de condena), teniendo en cuenta la presencia de la patología mental. El plan de ejecución en los casos de condena a trabajos en beneficio de la comunidad debe ser remitido al Juez de Vigilancia Penitenciaria, para su conformidad. El plan de intervención y seguimiento debe ser elevado al juez sentenciador para su conocimiento, manifestándose que con ello se cumple

la regla de conducta penalmente imputada, propia de las suspensiones de condenas.

El plan de ejecución puede consistir en la realización de determinadas actividades (taller) o en un programa propiamente dicho. La diferencia estriba en la cuantía<sup>4</sup> de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad impuesta: si es inferior a 60 jornadas, se llevará a cabo un taller (menor intervención). Si es superior a 60 jornadas, se desarrollará un programa (mayor duración temporal). En el caso de las suspensiones de condenas los planes de intervención y seguimiento siempre lo son en la modalidad de ejecución de programas.

Realizado el plan de ejecución o el plan de intervención y seguimiento, las personas condenadas deben ser derivadas a la entidad colaboradora, donde precisamente deben realizarse dichos planes; en nuestro caso corresponde derivarlas a una entidad colaboradora que acredite ser un centro de rehabilitación para personas con trastorno mental.

Las particularidades esenciales de estos planes de ejecución, o planes de intervención y seguimiento, vienen marcadas por primar en ambos las necesidades asistenciales específicas de la persona que deba cumplir la medida. Fundamental en su trayectoria es su acompañamiento en todo momento, y la búsqueda de su vinculación a los recursos de atención sanitaria y social comunitarios, insistimos en ello. Debe tenerse en consideración el horario más adecuado para realizar las actividades encomendadas y el lugar de realización de las mismas.

Es importante resaltar que todos los datos relativos a la salud de la persona sometida a una medida alternativa, deben estar sujetos a la legislación vigente en materia de protección de datos y sus normas de desarrollo.

### CONCLUSIÓN

La detección de un trastorno mental grave en las personas que cumplen una medida alternativa es fundamental para evitar una carrera delictiva mayor, y un hipotético ingreso en prisión por el quebrantamiento de la medida inicialmente impuesta. Ofrecer el cumplimiento de estas penas a través de la participación activa en unidades especializadas en salud mental, que desarrollen el Programa “Puente Extendido” y realicen a su vez una labor de acompañamiento a estos usuarios, contribuye eficazmente al enganche comunitario de estos pacientes.

<sup>4</sup>Las penas de trabajos en beneficio de la comunidad se cuantifican según las jornadas de trabajo impuestas.

# Papel de enfermería en el seguimiento de pacientes con problemas de salud mental y adicciones

Enrique Pérez-Godoy Díaz

Profesor del Centro Universitario de Enfermería S. Juan de Dios. Centro provincial de drogodependencias de Sevilla. Sevilla.

---

## RESUMEN

El seguimiento de pacientes con problemas de salud mental y adicciones es un campo de trabajo cada vez más desarrollado por las enfermeras, y especialmente las especialistas en salud mental. La formación, la capacitación y el seguimiento de un modelo basado en el establecimiento de una buena relación terapéutica y un enfoque más centrado en las necesidades del paciente y en su recuperación, más allá de la curación, administración de tratamientos o eliminación de los síntomas psiquiátricos, se convierten en el objetivo principal de las enfermeras de salud mental. También lo será, cada vez más, en las prisiones al verse integrados algunos equipos de salud mental dentro de éstas, donde también trabajan enfermeras especialistas.

---

## PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Según la OMS<sup>1</sup>, la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad mental, sino un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Esta visión positiva de la salud mental, en la que la Enfermería especializada intenta profundizar, permite atender a las personas con problemas de salud mental desde una visión holística de la persona, incluyendo su salud física y teniendo en cuenta el contexto social y cultural en el que se encuentra, yendo más allá de los síntomas psiquiátricos.

Por otra parte, desde la perspectiva de la atención a personas con problemas de adicción en los centros públicos, se evidencia un alto porcentaje de personas que están pasando o han pasado en alguna ocasión por algún proceso penal que, en muchos casos, ha requerido de un ingreso en prisión<sup>2</sup>. Pero eso a los profesionales de salud mental no nos interesa más allá de lo que pueda afectarles en su salud mental, en general, o en su adicción, en particular.

Muchas personas a lo largo de su vida presentan problemas de salud mental. Algunas con un impacto

más grave y duradero, como ocurre en el trastorno mental grave, requiriendo de una atención y un seguimiento permanente, y otros como consecuencia de una situación con dificultades para su afrontamiento y requiriendo de un abordaje corto o puntual. Tanto unos como otros pueden verse complicados con una forma desadaptativa de afrontamiento, como puede ser el consumo de sustancias, una forma de paliar el malestar que puede complicarse en lo que se denomina patología dual.

En este campo de la atención, como en cualquier otro, el objetivo central de la intervención de Enfermería es relacionar a la persona con su salud y su enfermedad. Son las respuestas humanas ante estas situaciones las que son objeto de nuestro trabajo y donde más tenemos que aportar, abordando a la persona de manera holística y acompañándola en ese viaje hacia la mejora de su salud.

Es por ello que el papel de Enfermería en las situaciones de cronicidad es crucial. La mirada enfermera que se manifiesta con cercanía, aceptación incondicional y compromiso permite adentrarse en las necesidades y valores de la persona. El acompañamiento en el proceso de recuperación caracteriza a la labor de la profesión enfermera, que trasciende la simple administración de medicación o valoración básica, implicándonos en mejorar su salud física como una forma también de mejorar su salud mental y su proyecto de vida.

Para ello, es importante establecer una buena relación terapéutica que permita ese acompañamiento y apoyo y en la que la persona se sienta cómoda y pueda abrirse. Hay que conocer sus miedos y dificultades para poder ayudarla a afrontarlos aportándole las herramientas necesarias para hacerlo.

Ya en 1952 Hildegard E. Peplau publicó su libro “Relaciones interpersonales en Enfermería”<sup>3</sup> en el que propone su modelo de relaciones interpersonales. A Peplau se la considera la madre de la Enfermería de salud mental al sentar las bases y crear escuela en esta área del conocimiento. De hecho, la AEESME (Asociación española de Enfermería en salud mental) ha propuesto el 1 de septiembre (fecha de nacimiento de Peplau) como el Día Internacional de la Enfermería de Salud Mental y que se ha celebrado este año por primera vez con el apoyo de la Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Esta autora profundiza en su modelo sobre las relaciones que se establecen entre enfermera y paciente según las necesidades de éste y en los procesos en las que se establecen. Según Peplau, establecemos un rol de relación que puede ser el de extraño, persona-recurso, profesor, líder, sustituto o asesor. En ese proceso que se establece entre enfermera y paciente, la relación va cambiando, como también van cambiando paciente y enfermera en función de los objetivos planteados y la consecución de los mismos, provocando una serie de cambios bidireccionales.

Así se establece, según Peplau, una serie de fases en esa relación: orientación, identificación, explotación y resolución, cada una de las cuales tiene sus propios objetivos y un tiempo más o menos pactado de ejecución.

El tiempo de relación que se establece dependerá de las necesidades del paciente y de su propia evolución, así como de las circunstancias que rodeen a la persona y que le obliguen a requerir un recurso u otro.

La enfermera aprovecha esa relación, constituida formalmente, para evaluar las necesidades y las capacidades del paciente, para afrontar ese problema de salud (mental, en este caso). En eso consisten los diagnósticos de enfermería, que nos permiten ver dónde están los mayores problemas y cuáles son los prioritarios, pues en muchas ocasiones, abordando algunos problemas, quedan resueltos otros. A partir de ahí, y siempre en trabajo colaborativo con el paciente, establecemos objetivos, realizamos intervenciones y evaluamos resultados.

Esta evaluación se puede realizar a través de los patrones funcionales de Marjorie Gordon<sup>4</sup>, en los cuales podemos ver el funcionamiento del individuo en relación a su salud. Concretamente son:

- Percepción-manejo de la salud
- Nutricional-metabólico
- Eliminación
- Actividad-ejercicio
- Sueño-descanso
- Cognitivo-perceptual
- Autopercepción-autoconcepto
- Rol-relaciones
- Sexualidad-reproducción
- Adaptación-tolerancia al estrés
- Valores-creencias

Al no ser la salud física y la salud mental dos departamentos estancos, es importante valorar aspectos relacionados con la salud física, y muchas veces comprobamos cómo pequeñas intervenciones que tienen un impacto en la salud física también lo tienen en la salud mental (mejora nutricional, mejora de la actividad, etc.).

La recogida de información ha de estar marcada por la identificación de problemas. A partir de éstos, junto con la capacidad del paciente para hacerles frente, se pueden emitir diagnósticos sobre su situación (diagnósticos de enfermería).

Los datos más interesantes en la recogida de información por patrones funcionales los encontraríamos en la Tabla 1<sup>5</sup>.

Esta atención de Enfermería a las personas con problemas de salud mental dentro de la función asistencial engloba atenciones tanto en situaciones de crisis como en seguimiento y que son desarrolladas en los distintos recursos asistenciales (unidades de hospitalización, comunidades terapéuticas, hospital de día, consulta de Enfermería en Equipo de salud mental o unidades de conductas adictivas). También incluye la intervención como coterapeuta en las diversas actividades que se desarrollen como parte del tratamiento, así como la participación en las decisiones y planteamientos terapéuticos desarrollados por el Equipo de Salud Mental. Así, la enfermera ha de participar y conducir diferentes grupos definidos, llevando a cabo un seguimiento del comportamiento y la evolución de los mismos<sup>6</sup>.

Es muy importante la atención en situaciones de crisis llevando a cabo actuaciones como el diálogo, la desescalada y la administración de medicación previamente prescrita o pactada con el facultativo de referencia.

Cabe destacar que el papel fundamental del profesional que asiste es el de atender a las demandas de los pacientes, informándoles sobre sus alternativas y participando en la toma de decisiones.

Pero la función de Enfermería no se limita a la asistencia al individuo con problemas de salud mental,

Tabla 1.

| Patrones                        | Valoración                                                                                                                   |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Percepción-manejo de la salud   | Aspecto personal                                                                                                             |
|                                 | Actitud frente a la enfermedad                                                                                               |
|                                 | Adaptación al régimen terapéutico                                                                                            |
|                                 | Conciencia de enfermedad                                                                                                     |
| Nutricional-metabólico          | Hábitos de comida y líquidos, uso de nutrientes                                                                              |
| Eliminación                     | Función excretora (vesical, intestinal y cutánea), uso de laxantes                                                           |
| Actividad-ejercicio             | Ocio, autonomía en vida cotidiana, comportamiento motriz, factores fisiológicos                                              |
| Sueño-descanso                  | Hábitos de sueño, descanso, horas, la edad, pesadillas                                                                       |
| Cognitivo-perceptivo            | Conciencia, orientación espacio/tiempo/persona, percepción, memoria, inteligencia, pensamiento: contenido y curso, lenguaje  |
| Autopercepción-autoconcepto     | Autodescripción de sí mismo-general y competencia personal, sentimientos, comportamientos, identidad personal                |
| Rol-relaciones                  | Estructura y roles familiares, laborales y sociales, responsabilidades personales, factores sociolingüísticos y fisiológicos |
| Sexualidad-reproducción         | Cambios reales o percibidos, sentimientos frente a ellos, conductas alteradas                                                |
| Adaptación-tolerancia al estrés | Resistencias a los cambios, control al estrés, soporte familiar                                                              |
| Valores y creencias             | Lo que una persona considere importante en su vida                                                                           |

sino que también interviene con grupos y comunidades desde distintas perspectivas: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación<sup>6</sup>.

De hecho, no podemos olvidar la visión del paciente dentro de su sistema familiar y social, por lo que la valoración de su entorno es muy importante, y en algunas ocasiones la intervención sobre este es más importante que sobre el propio usuario.

Igualmente, hay que recordar la función docente, no solo con pacientes y su núcleo familiar y social, sino también con otros profesionales de salud dentro y fuera del equipo, y especialmente con Atención Primaria.

También, la función investigadora debe formar parte del quehacer de la enfermera de Salud Mental a la hora de profundizar en las intervenciones y en recursos más eficientes.

Y sin olvidarnos de la función administrativa o de gestión, que nos permite hacer un uso eficiente de los servicios, generando lazos y una buena coordinación con otros recursos y facilitando una buena coordinación de los cuidados.

Para todo ello, es preciso que la enfermera adquiera las competencias necesarias para esa labor, que especialmente en España se consiguen a través de la formación especializada por la vía EIR<sup>7,8</sup>.

## LA RECUPERACIÓN COMO NUEVO PARADIGMA EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Los manuales diagnósticos y estadísticos de trastornos mentales establecen muy bien los criterios de inclusión y exclusión para su diagnóstico, pero dan pocas pistas sobre los cuidados que hay que brindar a estas personas, pues en muchas ocasiones no solo están relacionadas con los síntomas o las alteraciones conductuales que presentan, sino también con sus valores e historias personales.

Es muy interesante profundizar en esos valores, que son los que en ocasiones impiden que determinados cambios puedan producirse. No podemos luchar contra los valores de las personas, especialmente si son valores que van muy unidos a su identidad (como ocurren en determinadas etnias o culturas) y que a veces pueden generar resistencias a la hora de permitir cambios en los estilos de vida.

El paradigma de la recuperación en salud mental<sup>9</sup> plantea la atención a las personas con trastorno mental dejando a un lado la idea de la curación y pasando a la de adaptación, donde lo importante es aprender a vivir con su trastorno/enfermedad, recuperando su vida, planteándose nuevos objetivos en base a la nueva realidad que presenta y empleándose en un nuevo proyecto de vida.

Recuperar es diferente que curar y, desde esta perspectiva, a los profesionales se nos exige tener una visión de la persona más humana y menos dependiente del saber y la decisión de los profesionales. Quizá también esto nos ayuda a facilitar la consciencia de enfermedad y la autonomía del paciente, dando herramientas para facilitar la toma de decisiones y explicando bien las posibles consecuencias de esas decisiones.

Para eso es también importante conocer al paciente. Valores, gustos, miedos, dificultades nos pueden ayudar a las enfermeras a aconsejar, explicar, apoyar o reforzar decisiones relacionadas con su salud. De esta forma, ellos nos ven como alguien cercano, que les entiende o que al menos se esfuerza por entenderles, lo que hace ganar su confianza.

Dentro de esta visión, es muy interesante la propuesta que hace Phil Barker con el Modelo de Mareas en Enfermería de Salud Mental<sup>10</sup>.

El Modelo de Mareas o Tidal se basa en que la vida de las personas con trastorno mental cursa en medio de un océano de experiencias en el que hay tempestades, naufragios, piratería y en el que no hay estabilidad. La incertidumbre caracteriza a la vida y es

la que le da fuerza, y en las personas está aprender a gestionar esa inestabilidad e incertidumbre.

Quizá los profesionales somos los faros que ayudan a alumbrar dentro de la tormenta, o los que lanzamos el salvavidas para que el paciente no se ahogue. También nos permite invitarle a subir a nuestro barco para poder resguardarse. Pero no siempre quieren subirse a ese barco, lo que nos obliga, al menos, a seguir sujetando esa balsa o salvavidas desde nuestra posición de seguridad.

Barker propone para esa ingente tarea que las enfermeras adquieran una serie de competencias acordes con una serie de compromisos que se han de plantear en su relación con los pacientes. Casi todos ellos están basados en partir de la realidad del paciente, permitir su autonomía y adaptarse en la comunicación con ellos, realizando un trabajo colaborativo y partiendo del conocimiento de sus valores personales y su historia de vida<sup>11</sup> (Tabla 2).

El Modelo Tidal se centra en la historia de la persona y en sus significados personales. A partir de ahí, la persona debe construir su propia realidad recuperando su vida.

Tabla 2.

| Compromisos de la enfermera (Adaptado de <sup>10</sup> )                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El valor de la voz: la historia de cada persona sobre su sufrimiento mental, o los problemas de vivir ligados al sufrimiento mental, son el principio y el final del encuentro completo de ayuda. La historia de la persona no abarca sólo el sufrimiento de la persona, sino también la esperanza de su resolución. | El regalo del tiempo: el tiempo que el profesional y la persona pasan juntos es la primera piedra del proceso de cambio.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Respetar el lenguaje: la persona ha desarrollado una manera especial y única de contar su vida, y así presenta a otros lo que ella misma ha vivido.                                                                                                                                                                  | El desarrollo de una curiosidad auténtica: la persona está escribiendo una historia de vida, pero no es un libro abierto. Los profesionales necesitan desarrollar maneras de expresar auténtico interés en la historia para poder entender mejor al narrador.                                                                                                                                      |
| Convertirse en aprendiz: la persona es la experta en la historia de su propia vida. El profesional aprende de la persona sobre “qué es lo que se necesita hacer” o “qué funciona.                                                                                                                                    | Saber que el cambio es constante: el principio clave del Modelo Tidal es que el cambio es inevitable porque el cambio es constante. La tarea del profesional es desarrollar la toma de conciencia de cómo ese cambio está ocurriendo y cómo podría usarse ese conocimiento para guiar a la persona lejos del peligro y del sufrimiento, y retomar el rumbo de la reivindicación y la recuperación. |
| El uso de las herramientas disponibles: la historia de la persona contiene ejemplos de “lo que ha funcionado” o de “lo que podría funcionar” para esa persona. Estas son las herramientas principales necesarias para desbloquear o construir la historia de la recuperación.                                        | La revelación de la sabiduría personal: la persona ha desarrollado un poderoso depósito de sabiduría personal al describir su propia historia. Una de las tareas clave del profesional es ayudar a la revelación de esa sabiduría.                                                                                                                                                                 |
| La habilidad de dar un paso más allá: el profesional y la persona trabajan juntos para construir una apreciación de lo que se necesita hacer “ahora”. El primer paso es revelar el poder del cambio y apuntar hacia la meta final.                                                                                   | Sé transparente: la relación está basada en la confianza mutua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Lo que la persona que padece un trastorno mental siente son problemas de la vida humana que se ven acrecentados por el desequilibrio que les provoca su alteración en la salud mental.

La perspectiva tidal nos obliga a ayudar a la persona a afrontar o gestionar esos problemas de la vida humana desde su perspectiva personal, ayudándonos de los recursos disponibles.

## SALUD MENTAL COMUNITARIA

Hace mucho tiempo que se trabaja en salud mental desde la perspectiva comunitaria. Trabajar desde la comunidad nos permite no solo tener una visión más real de la persona y su entorno, sino que nos permite alcanzar las claves para dar con las posibles soluciones o recursos necesarios.

El trabajo desde los centros de salud mental comunitaria es el enfoque primordial en la atención a las personas con problemas de salud mental. Incluso en aquellas comunidades autónomas donde las competencias en prisiones están transferidas, hay centros de salud mental integrados dentro de algunas instituciones penitenciarias, como el caso de Vizcaya<sup>12</sup>.

Actualmente, las enfermeras especialistas en salud mental trabajan desde ese ámbito comunitario que ya no solo se reducen a la consulta en el centro de salud mental, sino que también se viene avanzando en los equipos de tratamiento intensivo comunitario, basados en las experiencias de tratamiento asertivo comunitario<sup>13</sup>.

Este trabajo comunitario se lleva a cabo especialmente con las personas con trastorno mental grave que tienen mala adherencia a los recursos de salud, pero aborda también cualquier intervención con pacientes con otros problemas de salud mental.

También, desde una perspectiva comunitaria, se está interviniendo en los problemas de adicción y de patología dual. De hecho, como nos recuerdan en las unidades de hospitalización de salud mental, gran parte de los primeros episodios psicóticos que ingresan en dichas unidades se dan en contextos de consumo de sustancias<sup>14</sup>.

Mención especial cabe analizar la atención a los problemas de adicción. En la mayoría de las comunidades autónomas en España la atención a los problemas de adicción sigue formando parte de un sistema paralelo de, aunque con una tendencia cada vez mayor a la coordinación con Salud. En Andalucía, por ejemplo, solo hace 4 años que se trasladaron las competencias de la Consejería de Servicios Sociales a la Consejería de Salud y la mayor parte de los profesionales trabajamos aún desde los Servicios Sociales

de las entidades locales, aunque en coordinación con los profesionales del Sistema de Salud.

Urge una mejor integración en los Servicios de Salud y una mejor clarificación de los recursos y servicios disponibles.

En su aplicación desde la perspectiva de los cuidados de Enfermería, cada vez se está apostando más por la perspectiva de la recuperación que hemos mencionado antes, facilitando la gestión de casos desde Enfermería como terapeutas de referencia dentro del equipo de salud. La visión de la recuperación, a partir de una relación terapéutica estable, permite mejorar su salud, que no siempre coincide con la “curación” de la adicción. Los programas de control y seguimiento permiten ayudar a los pacientes a facilitar esa recuperación, incluyendo en los casos que se requiera la estrategia de reducción de daños.

Para ello, es un recurso fundamental el uso de la Entrevista Motivacional como herramienta/filosofía en la relación con el paciente con problemas de adicción que iniciaron Miller y Rollnick<sup>15</sup>. Hay evidencias más que suficientes de que el uso de esta herramienta mejora la actitud de los pacientes hacia la consideración de la mejora de su salud, frente a una actitud más directiva por parte de los profesionales.

Enfermería participa de una manera intensa no solo en el seguimiento de los pacientes que tiene asignados, sino también en la coordinación con otros recursos de salud como equipos de salud mental, centros dispensadores de metadona, mesas de salud de zonas básicas de salud, etc.

Por último, querríamos hacer mención a la necesidad de coordinación entre los recursos del Sistema de Salud y los profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias. Quizá cabría mejorar la coordinación de cuidados en pacientes que salen de prisión a la hora de retomar su atención, especialmente en problemas de salud mental y adicciones. Es frecuente la pérdida de pacientes y las fuertes recaídas cuando salen en libertad, no disponiéndose en muchos casos de información contrastada o contrastable sobre la evolución de los pacientes en dicho medio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.M.S. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra.
2. Santamaría Herrero JJ. CL. Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión. Adicciones. 2004; 16(3).
3. Peplau H. Relaciones interpersonales en Enfermería Barcelona: Salvat; 1990.

4. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros: Mosby/Doyma; 2003.
5. Arce A, de Gamiz E, Navarro F, Martinez H. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M Gordon. A propósito de un caso práctico. Trastornos adictivos. 2003; 5(2): p. 58-74.
6. Cortés A, Granados G. Rol de la enfermera en el campo de la salud mental. En Megías F; Castro, FJ. Manual de la enfermera residente de salud mental. Madrid; 2017. p. 71-80.
7. Tomé M. Evolución histórica de los programas formativos de la especialidad: plan formativo actual y futuro de la especialidad. En Megías, F; Castro FJ. Manual de la enfermera residente de salud mental. Madrid; 2017. p. 39-53.
8. Cibanal Juan L. A propósito de la especialidad de Enfermería en salud mental. Revista española de sanidad penitenciaria. 2007; 9: p. 34-37.
9. Zaraza D, JR C. El modelo de recuperación en salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. Revista colombiana de psiquiatría. 2020; 49(4): p. 305-310.
10. Brookes N. Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación en salud mental. En Raille Alligood M, A M. Modelos y teorías en enfermería.: Elsevier; 2011. p. 673-705.
11. Barker P, P BB. El modelo tidal. Salud mental. Reivindicación y recuperación salud. Servicio andaluz de salud, editor.; 2015.
12. Arnau Peiró F. Atención psiquiátrica en prisiones: hacia la inevitable integración de los servicios de salud autonómicos en el abordaje de los internos con problemas de salud mental. Revista española de sanidad penitenciaria. 2022; 24(2): p. 40-42.
13. LA F, S M, Herrera M, C L. Recuperación personal desde un modelo de tratamiento asertivo comunitario: a propósito de un caso clínico. Norte de salud mental. 2021; 16(64).
14. Palma C, Cañete J, N F, F S, Juliá J. Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. Anales de psicología. 2005; 21(2): p. 286-293.
15. Miller W, Rollnick S. Entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 3ª ed.: Paidós; 2015.

Viernes 4 noviembre 2022

# MESA.

## ATENCIÓN PRIMARIA

### El enfermo respiratorio crónico en tiempos de la COVID

José Antonio Rodríguez Portal

Servicio de Neumología. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

#### RESUMEN

La COVID-19 es la enfermedad causada por la infección aguda por el virus SARS-CoV-2. La gravedad depende de la afectación respiratoria. Hay determinadas comorbilidades que se relacionan con mayor afectación. Esto se ha demostrado con el cáncer, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, las enfermedades renales crónicas y el trasplante. En cuanto a las enfermedades respiratorias solo ha podido encontrarse con el tabaquismo y la EPOC. Se relacionó la mortalidad con la mayor gravedad en su presentación, sobre todo con los niveles de dímero D y la presencia de fallo renal agudo. Solo en el caso de la EPOC dentro de las enfermedades respiratorias se ha encontrado relación con mayor mortalidad. La mayoría de los pacientes mejoran tanto clínica como radiológicamente, pero en un 39,8% hay alteraciones en la función pulmonar al año y persisten alteraciones radiológicas en un 22,7% de los casos. Además, hay una prevalencia de COVID-19 persistente entre 4,7% y 80% entre la 3ª a 24ª semanas después de la fase aguda o el alta hospitalaria, siendo los síntomas más frecuentes el dolor torácico, la disnea y la tos. La astenia mostró una prevalencia de hasta el 65%. Estos pacientes requieren de un estudio y seguimiento específico.

#### INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es la enfermedad causada por la infección aguda por el virus SARS-CoV-2. Puede presentarse como una infección de la vía aérea superior o bien con afectación pulmonar en forma de neumonía, que en un 30% de los casos evoluciona a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), fallo multiorgánico, con necesidad ventilación mecánica y elevada mortalidad. La gravedad sobre todo en las primeras olas de la pandemia dependía de la afectación respiratoria<sup>1</sup>.

Al igual que ocurre con otros virus que causan enfermedades respiratorias, parece lógico pensar que, en el caso de la COVID, los pacientes con enfermedades respiratorias iban a ser los más afectados.

Afortunadamente la evolución de la pandemia ha cambiado de forma radical. Las cifras de incidencia acumulada, el número de personas que requieren

ingreso en el hospital o en las UCIs ha disminuido de manera muy considerable. Estamos muy lejos de la incidencia y la gravedad alcanzada en las primeras olas. Esto se debe principalmente a la amplia difusión de la vacunación entre la población española, sobre todo entre aquellos grupos de riesgo que suponen las poblaciones más vulnerables, entre las que incluimos los mayores de 80 años y aquellos que están en tratamiento inmunosupresor y los que se han sometido a un trasplante tanto de órgano sólido como de precursores hematopoyéticos.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido una clara repercusión en los pacientes respiratorios crónicos. Se modificó la asistencia tanto en atención primaria como hospitalaria. Hubo que adaptarse a las circunstancias, diseñando estrategias de seguimiento que pudieran realizarse de manera no presencial. Hubo una gran proliferación de las visitas telefónicas, el desarrollo de la telemedicina y la asistencia telemática. Este cambio

ha tenido algunas ventajas, pero no debemos ignorar que también ha supuesto algunos problemas sobre todo en pacientes que requerían atención por primera vez. Se han producido algunas demoras y también retrasos en el diagnóstico. Debido a la expansión del virus por aerosoles respiratorios, la realización de las pruebas funcionales respiratorias, se suspendieron en los momentos álgidos de la pandemia, lo que supuso no poder diagnosticar pacientes con EPOC de una manera correcta. Las sociedades científicas elaboraron protocolos de actuación y se limitaron las pruebas funcionales para aquellos casos que fueran imprescindibles para el inicio de un determinado tratamiento como en una Fibrosis Pulmonar Idiopática o cuando la función pulmonar fuera un requisito imprescindible para la realización de una cirugía como podría ocurrir en el cáncer de pulmón. Los servicios de neumología también tuvieron que adaptarse a esta nueva realidad y se han desarrollado pautas de actuación en las unidades de función pulmonar lo que ha supuesto tomar medidas en cuanto al espacio, la limpieza de equipos, la ventilación de las salas, y la reducción del número de pruebas que se pueden realizar. Todo ello ha podido provocar retrasos en el diagnóstico.

Afortunadamente parece que estamos en una nueva fase de la evolución de la pandemia en la que nos enfrentamos con otros retos. Estamos ante una enfermedad nueva que hemos tenido que estudiar y comprender sobre la marcha y de la que hemos necesitado saber su evolución para poder tener datos fiables y estudios bien realizados. Esto solo ha podido hacerse teniendo datos en diferentes periodos evolutivos. Aunque es mucho lo que nos queda por saber, es cierto que ya podemos aclarar algunas cuestiones<sup>2</sup>.

## ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y RIESGO DE COVID-19

La mayoría de los afectados han sufrido síntomas leves, siendo preciso el ingreso hospitalario en un 20% de los casos y en UCI en un 5%. Cuando se ha analizado que factores se relacionaban con la gravedad, el más claro era la edad. Así la mayoría de los fallecimientos se han producido en mayores de 70 años y sobre todo en los mayores de 80 años. En este grupo de población es muy frecuente la presencia de comorbilidades sobre todo enfermedades cardiovasculares, diabetes, EPOC y cáncer.

Si revisamos la literatura hay un grupo de enfermedades en los que podemos decir que disponemos de evidencia robusta para poder afirmar que hay determinadas comorbilidades cuya presencia se rela-

cionaba con mayor afectación por la COVID. Esto se ha demostrado con el cáncer, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, las enfermedades renales crónicas y el trasplante. En cuanto a las enfermedades respiratorias, esta relación solo ha podido encontrarse con el tabaquismo y la EPOC<sup>3</sup>.

El tabaquismo se ha relacionado con las enfermedades respiratorias y con una afectación de la inmunidad local lo que favorece las infecciones en el tracto respiratorio. En los fumadores hay una mayor expresión del receptor de Enzima Convertidor de Angiotensina (ECA2) lo que supone una mayor susceptibilidad a la infección por virus. El SARS-CoV-2, utiliza este receptor como puerta de entrada en la célula.

La EPOC también supone un factor de riesgo. En el metaanálisis de Wang et al, la presencia de EPOC era un factor de riesgo independiente asociado a la COVID-19 con una OR de 5,97 ( $p < 0,001$ )<sup>4</sup>. Esta mayor predisposición también se ha asociado a una mayor expresión de receptores de ECA2 y menor actividad del plasminógeno<sup>5</sup>.

Hay otras enfermedades en las que hay menos evidencia o los datos que disponemos son contradictorios. Es el caso de la inmunodeficiencia, el embarazo, las enfermedades cerebrovasculares y entre las respiratorias crónicas, el Asma.

En los primeros datos obtenidos de Wuhan se reveló que la incidencia de asmáticos con COVID-19 era de un 0,9%, muy por debajo de la incidencia de asma en la ciudad<sup>6</sup>. Hay algunos trabajos que encuentran que no hay más incidencia de COVID entre asmáticos pero que puede presentarse con mayor gravedad mientras que en otros estudios parece que la presencia de asma puede suponer un factor protector debido principalmente al menor número de receptores de ECA2 en los pacientes tratados con corticoides inhalados. Parece que los pacientes asmáticos pueden sufrir exacerbaciones de su enfermedad por la infección, al igual que con otros virus respiratorios, pero que esta exacerbación no es el principal determinante de la necesidad de ingreso hospitalario<sup>7</sup>.

## GRAVEDAD DE LA COVID-19 EN ENFERMOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS

Se han analizado en diferentes metaanálisis los factores asociados con una mayor mortalidad en los pacientes con COVID-19. De la revisión de 42 estudios en los que se incluyeron 423.117 pacientes, se concluye que la mortalidad global de los pacientes

hospitalizados con COVID-19 es de un 17,62% (95% CI 14,26–21,57%), la edad se mostró como el principal factor asociado a mortalidad con una Odds Ratio de 2,61 (95% CI 1,75–3,47). También se ha encontrado una asociación significativa con ser varón OR 1,45 (95% CI 1,41–1,51) y fumador activo OR 1,42 (95% CI 1,01–1,83). La mortalidad durante el ingreso hospitalario se relacionó con la presencia de EPOC, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer, pero con menor significación estadística. Si se relacionó la mortalidad con la mayor gravedad de la presentación de la COVID sobre todo con los niveles de dímero D y la presencia de fallo renal agudo<sup>8</sup>. Por lo tanto, solo en el caso de la EPOC dentro de las enfermedades respiratorias se ha encontrado relación con mayor mortalidad.

### SECUELAS RESPIRATORIAS TRAS LA FASE AGUDA

Pan et al, clasificaron a los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en cuatro estadios según el grado de afectación pulmonar. Inicialmente, las opacidades en vidrio deslustrado es el patrón predominante, combinando consolidaciones en torno a la tercera semana y conforme avanza la enfermedad, se produce la resolución de las mismas<sup>9</sup>. Wang et al, mostraron unos resultados similares, observando cómo hasta el 94% de los pacientes dados de alta tras neumonía por COVID-19, presentaban opacidades en vidrio deslustrado en resolución<sup>10</sup>. Otro estudio en 119 pacientes que evaluó las secuelas radiológicas de los pacientes con COVID-19, mostró que el 50,4% mostraban radiografías alteradas a los tres meses del alta hospitalaria, correlacionándose con la Saturación de oxígeno (satO<sub>2</sub>) al alta y el número de días de hospitalización<sup>11</sup>. No podemos establecer si estas lesiones se van a mantener de manera crónica o que si son irreversibles sin estudios a medio y largo plazo.

En España se ha publicado un estudio multicéntrico con seguimiento a 12 meses en el que se demuestra que la mayoría de los pacientes mejoran tanto clínica como radiológicamente pero que hay un 39,8% de ellos en los que hay alteraciones en la función pulmonar al año de seguimiento, sobre todo en la difusión de CO y esto es independiente de la gravedad durante la fase aguda. También persisten alteraciones radiológicas en un 22,7% de los casos que se relacionan con la gravedad y la extensión de las alteraciones radiológicas que sufrieron durante su ingreso por la COVID-19<sup>12</sup>.

### COVID PERSISTENTE

La organización mundial de la salud ha definido como condición post COVID-19 (SPC) como aquellos síntomas y signos que se desarrollan durante o después de la infección aguda y continúan presentes durante más de 12 semanas, no siendo atribuibles a otra causa. Se encuentra codificado como ICD-10 (U09) ICD-11 (RA02)<sup>13</sup>. En la mayoría de los casos el síntoma principal es la disnea de esfuerzo y de manera característica su prevalencia es independiente de la gravedad inicial de la infección, siendo muy frecuente su aparición en personas que no tuvieron neumonía ni requirieron ingreso hospitalario<sup>14</sup>. En una revisión sistemática de 5440 pacientes publicada en octubre de 2021, se ha documentado una prevalencia de COVID-19 persistente entre 4,7% y 80% presentándose entre la 3ª a 24ª semanas después de la fase aguda o el alta hospitalaria, siendo los síntomas más frecuentes el dolor torácico (hasta un 89%), disnea (hasta 61%) y tos, siendo productiva hasta en un 59%. Además la astenia mostró una prevalencia de hasta el 65%, entre otros<sup>15</sup>.

Entre los factores de riesgo relacionados con padecer SPC, el sexo femenino se ha asociado independiente con un riesgo de 3,3 veces mayor de sín-

Tabla 1. Enfermedades relacionadas con mayor riesgo de COVID.

| Relación con fuerte evidencia | Relación con débil evidencia   |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Diabetes                      | Asma                           |
| Cáncer                        | Inmunodeficiencia              |
| Enfermedades cardiovasculares | Embarazo                       |
| Obesidad                      | Enfermedades cerebrovasculares |
| Tabaquismo                    |                                |
| Trasplante                    |                                |
| EPOC                          |                                |
| Enfermedad renal crónica      |                                |

Tabla 2. Síntomas asociados a COVID persistente.

| Sistema                | Síntomas                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respiratorio           | Tos<br>Disnea                                                                                                                                                                                                                                       |
| Cardiovascular         | Dolor torácico<br>Opresión<br>Palpitaciones<br>Hipotensión ortostática (disfunción autonómica)<br>Debut hipertensivo<br>Miocarditis/pericarditis<br>Taquicardia/ bradicardia sinusal                                                                |
| Neurológicos           | Cefaleas<br>Mareos y/o inestabilidad<br>Delirium<br>Parestesias, disestesias<br>Trastornos del sueño<br>Síntomas cognitivos (“niebla mental” problemas de memoria y problemas de concentración)<br>Neuropatías<br>Hipoacusia, acúfenos, hiperacusia |
| Psiquiátricos          | Ansiedad<br>Depresión<br>Estrés post-traumático                                                                                                                                                                                                     |
| Gastrointestinales     | Nauseas<br>Diarrea<br>Anorexia y pérdida de apetito<br>Dolor abdominal                                                                                                                                                                              |
| Sistémicos             | Fiebre<br>Astenia<br>Dolor                                                                                                                                                                                                                          |
| Musculoesqueléticos    | Mialgias<br>Altralgias<br>Calambres y contracturas en reposo<br>Dolor de espalda<br>Atrofia y debilidad muscular                                                                                                                                    |
| Dermatológicos         | Erupciones en la piel                                                                                                                                                                                                                               |
| Otorrinolaringológicos | Acúfenos<br>Odinogafia<br>Otalgia<br>Anosmia y/o disgeusia                                                                                                                                                                                          |
| Endocrinológicas       | Desnutrición<br>Pérdida de peso y de masa muscular<br>Hiperglucemia de estrés, diabetes<br>Tiroiditis, disfunción tiroidea<br>Otras endocrinopatías (hipofisitis)<br>Alteraciones hidroelectrolíticas, hipo-fosfatemia                              |

drome de COVID persistente, así como otros factores como la edad avanzada, el tabaquismo activo, comorbilidades, necesidad de ingreso hospitalario y uso de oxígeno<sup>16</sup>. En muchos casos se ha podido comprobar cómo esta sintomatología de disnea y astenia no está relacionada con alteraciones en la función pulmonar pero si con alteraciones a nivel de la musculatura periférica. Estos pacientes tienen debilidad muscular y

un patrón de hiperventilación con función pulmonar normal<sup>17</sup>. La mayoría de las consultas en los servicios de neumología en pacientes que han tenido COVID, son debidas a síntomas persistentes en pacientes con o sin enfermedad respiratoria crónica e independiente de la gravedad inicial.

Para este tipo de pacientes se han establecido protocolos de seguimiento específicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salian VS, Wright JA, Vedell PT, Nair S, Li C, Kandimalla M, et al. COVID-19 Trans-mission. Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Mol Pharm*. 2021;18:754–71.
2. Sibila O, Molina-Molina M, Valenzuela C, Ríos-Cortés A, Arbillaga-Etxarri A, Torralba García Y, et al. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Consensus for post-COVID-19 Clinical Follow-up. *Open Respir Arch*. 2020;2:278–83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2020.09.002>
3. Gasmi A, Peana M, Pivina L, Srinath S, Gasmi Benahmed A, Semenova Y, et al. Interrelations between COVID-19 and other disorders. *Clin Immunol*. 2021;224:108651. doi: 10.1016/j.clim.2020.108651.
4. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging (Albany NY)* 2020;12:6049–57.
5. H.-L. Ji, R. Zhao, S. Matalon, M.A. Matthay, Elevated plasmin (ogen) as a common risk factor for COVID-19 susceptibility. *Physiol Rev* 2020;100:1065–75.
6. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, et al. Hu, Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133:1032–8.
7. Skevaki C, Karsonova A, Karaulov A, Xie M, Renz H. Asthma-associated risk for COVID-19 development. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 doi: [10.1016/j.jaci.2020.09.017](http://10.1016/j.jaci.2020.09.017).
8. Dessie ZG, Zewotir T. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):855. doi: 10.1186/s12879-021-06536-3.
9. Pan F, Ye T, Sun P, Gui S, Liang B, Li L, et al. Time Course of Lung Changes On Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia. *Radiology [Internet]*. 2020;200370. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32053470>
10. Wang Y, Dong C, Hu Y, Li C, Ren Q, Zhang X, et al. Temporal Changes of CT Findings in 90 Patients with COVID-19 Pneumonia: A Longitudinal Study. *Radiology [Internet]*. 2020;296(2):E55–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32191587>
11. Fogante M, Cavagna E, Rinaldi G. COVID-19 follow-up: Chest X-ray findings with clinical and radiological relationship three months after recovery. *Radiography [Internet]*. 2021 Oct 22;14(4) (January):337–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34728138>
12. Tarraso J, Safont B, Carbonell-Asins JA, Fernandez-Fabrellas E, Sancho-Chust JN, Naval E, et al. Lung function and radiological findings 1 year after COVID-19: a prospective follow-up. *Respir Res*. 2022;23(1):242. doi: 10.1186/s12931-022-02166-8.
13. Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak [consultado 29 Mar 2021] Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/emergency-use-icd-codes-for-covid-19-disease-outbreak>
14. López Bauzá A, Rodríguez Portal JA. Afectación pulmonar tras la infección aguda por SARS-Cov 2. *Open Respiratory archives*. 2022;4:100167.
15. Cabrera Martimbianco AL, Pacheco RL, Bagattini ÂM, Riera R. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *Int J Clin Pract [Internet]*. 2021;75(10):1–16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.14357>
16. Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, Barbanotti D, Castoldi R, Mulè G, et al. Female gender is associated with “long COVID” syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect [Internet]*. 2021 Nov 8;(8:S1198-743X(21)00629-7). Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1198743X21006297>
17. Singh I, Joseph P, Heerdt PM, Cullinan M, Lutchmansingh DD, Gulati M, et al. Persistent Exertional Intolerance After COVID-19: Insights From Invasive Cardiopulmonary Exercise Testing. *Chest*. 2022;161(1):54–63. doi: 10.1016/j.chest.2021.08.010

# Importancia del buen control y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso

Enrique Méndez Rodríguez

Especialista en Medicina de Familia Comunitaria.

## RESUMEN

La hipertensión se define como la elevación mantenida de las cifras de presión arterial (PA). Según las principales sociedades científicas europeas esta cifra de PA debe ser inferior a 140/90 mmHg. Es una enfermedad muy prevalente llegando al 43% en algunos estudios, y con una gran influencia de la edad, aumentando hasta el 60% en mayores de 65 años. El diagnóstico de la hipertensión comienza con un screening en los pacientes que acuden a consulta con una toma de PA, y posteriormente confirmando con una toma estandarizada en la consulta o bien recurriendo a la automedición ambulatoria de la presión arterial o a la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Es necesario tras el diagnóstico la valoración del riesgo cardiovascular global del paciente. Se mantienen los objetivos de las guías de ESC/ESH de 2018, de valores de PA inferiores a 130/80 mmHg, implementando la terapia farmacológica o no farmacológica que sea necesaria, en el menor tiempo posible. La adherencia terapéutica es un problema multicausal siendo necesario la identificación y resolución de las posibles causas de la misma.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) se define como la elevación mantenida de las cifras de presión arterial (PA).

El umbral se estipula de forma arbitraria, en base a la premisa de que los beneficios de tratar sean superiores a los de no tratar. Por esto surgen diferencias entre las guías. Según la guía europea ESC/ESH se considera HTA cifras superiores a 140/90 mmHg<sup>1</sup>, sin embargo, las guías americanas ACC/AHA 2017 ponen el límite en 130/80 mmHg<sup>2</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

En España, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en población adulta oscila entre el 33 y el 43%, y aumenta con la edad de tal forma que en mayores de 65 años supera el 60%<sup>3</sup>. El grado de conocimiento (en torno al 60%) y el control global (en torno al 25%) son bajos. Este último dato se ha relacionado con tasas de cumplimiento de las modificaciones del estilo de vida y de uso de tratamiento farmacológico combinado inferiores al 50%<sup>2-4</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Debido a la alta prevalencia, a su papel primordial en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y los beneficios demostrados en la bajada prematura y mantenida, hacen que la medida de la PA deba realizarse, de forma sistemática, en cualquier tipo de contacto sanitario ya sea con el sistema público de salud o con cualquier tipo de reconocimiento médico<sup>5</sup>. Y en función de esta toma se realizará y se propondrá la periodicidad de las próximas tomas y el seguimiento del paciente.

Para confirmar el diagnóstico se recomienda repetir la toma con medidas estandarizadas, 3 tomas espaciadas 1 o 2 minutos en dos sesiones separadas 1 o dos semanas. Y si el paciente y sus circunstancias lo permiten, cada vez se pone más énfasis en confirmar el diagnóstico con AMPA, o MAPA si se dispone de él.

## CLASIFICACIÓN

A continuación, se describen las diferentes categorías de diagnóstico en función de las guías, tanto la española de 2022<sup>7</sup>, basada en la ESC/ESH de 2018<sup>1</sup> (Tabla 1).

Tabla 1. PA clínica (en consulta)<sup>5</sup>.

| Categoría de PA* †                         | PAS          |   | PAD          |
|--------------------------------------------|--------------|---|--------------|
| PA óptima                                  | < 120 mmHg   | y | < 80 mmHg    |
| PA normal                                  | 120-129 mmHg | y | 80-84 mmHg   |
| PA normal-alta                             | 130-139 mmHg | o | 85-89 mmHg   |
| HTA grado 1                                | 140-159 mmHg | o | 90-99 mmHg   |
| HTA grado 2                                | 160-179 mmHg | o | 100-109 mmHg |
| HTA grado 3                                | ≥ 180 mmHg   | o | ≥ 110 mmHg   |
| HTA sistólica aislada                      | ≥ 140 mmHg   | y | < 90 mmHg    |
| PA fuera de la consulta                    |              |   |              |
| Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) |              |   |              |
| Media diurna (actividad)                   | ≥ 135 mmHg   | o | ≥ 85 mmHg    |
| Media nocturna (sueño)                     | ≥ 120 mmHg   | o | ≥ 70 mmHg    |
| Media 24 horas                             | ≥ 130 mmHg   | o | ≥ 80 mmHg    |
| Automedida de la PA (AMPA)                 |              |   |              |
| Automedida domiciliaria‡                   | ≥ 135 mmHg   | o | ≥ 85 mmHg    |

## EVALUACIÓN DEL RCV

La HTA rara vez se produce sola y con frecuencia se agrupa con otros factores de riesgo CV, como la dislipemia y la intolerancia a la glucosa. Esta agrupación de riesgo metabólico tiene un efecto multiplicador en el riesgo CV. Así, la cuantificación del riesgo CV total (es decir, la probabilidad de que una persona sufra una complicación CV en un periodo de tiempo determinado) es una parte importante del proceso de estratificación del riesgo de las personas con HTA<sup>1</sup>. Para evaluar el riesgo cardiovascular las guías recomiendan que se utilicen índices de evalua-

ción del RCV debidamente validados y contrastados. Estos índices se refieren a la probabilidad que tiene una persona de desarrollar un evento cardiovascular mortal o no mortal en un tiempo determinado. En nuestro medio el índice utilizado es el SCORE2 y SCORE2OP implementado por la Sociedad Europea de cardiología<sup>6</sup>.

## OBJETIVOS DE CONTROL

Los objetivos de control los podemos ver en la Tabla 2.

Tabla 2. Objetivos de control.

| Grupo de edad                              | Objetivos del tratamiento para la PAS medida en consulta (mmHg) |    |                         |                                           |         | Objetivos de PAD medida en consulta (mmHg) |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----|-------------------------|-------------------------------------------|---------|--------------------------------------------|
|                                            | HTA                                                             | DM | ERC                     | EC                                        | ACV/AIT |                                            |
| 18-65                                      | <130 o más bajo si se tolera No <120 mmHg                       |    | >140 a 130 si se tolera | <130 o más bajo si se tolera No <120 mmHg |         | 70-79                                      |
| 66-79                                      |                                                                 |    | 130-139 si se tolera    |                                           |         |                                            |
| >80                                        |                                                                 |    |                         |                                           |         |                                            |
| Objetivos de PAD medida en consulta (mmHg) |                                                                 |    | 70-79                   |                                           |         |                                            |

**Nota.** Modificado de ESC/ESH 2018.

## TRATAMIENTO

Los metanálisis de ECA que incluyeron a varios cientos de miles de pacientes han demostrado que una reducción de 10 mmHg de la PAS o 5 mmHg de la PAD se asocia con significativas reducciones de las complicaciones CV graves (~20%), mortalidad por todas las causas (10-15%), ictus (~35%), complicaciones coronarias (~20%) e insuficiencia cardiaca (~40%). Estas reducciones relativas del riesgo son constantes, independientemente de los valores basales de PA en la franja de HTA, el nivel de riesgo CV, las comorbilidades (p. ej., diabetes y ERC), la edad, el sexo y el grupo étnico.

El estudio SPRINT<sup>7</sup> se aleatorizó a 9.361 pacientes con presión arterial sistólica  $\geq 130$  mmHg y riesgo cardiovascular elevado, pero sin diabetes, a un objetivo de control de presión arterial sistólica intensivo (TAS 120 mmHg). En el primer año, la presión arterial sistólica fue 121,4 mmHg en el grupo de tratamiento intensivo y 136,2 mmHg en el grupo de tratamiento estándar. El estudio fue interrumpido precozmente, tras una media de seguimiento de 3,26 meses, debido a una incidencia significativamente inferior en el objetivo primario en el grupo de tratamiento intensivo (1,65% por año frente a 2,19% por año; HR 0,75 IC95% 0,64-0,89;  $p < 0,001$ ). La mortalidad por cualquier causa fue también significativamente inferior en el grupo de tratamiento intensivo (HR: 0,73 IC95% 0,60-0,90;  $p = 0,003$ ). La incidencia de efectos secundarios graves de hipotensión, síncope, anormalidades en electrolitos o fallo renal agudo, pero no en caídas, fue ligeramente superior en el grupo de tratamiento intensivo.

En la Figura 1 se objetiva los beneficios a lo largo de la vida de reducir la PA 10 mmHg para personas aparentemente sanas, según los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad. El modelo actualmente está validado para países de riesgo bajo (como el nuestro) y moderado<sup>8-9</sup>.

Si bien en la hipertensión normal-alta con necesidad de tratamiento farmacológico y en casos seleccionados de hipertensión grado uno, se podría utilizar en monoterapia<sup>1-10</sup>. Pero la mayoría de los pacientes con HTA será necesaria la combinación de dos o más fármacos para conseguir los objetivos terapéuticos. Sobre todo, por la necesidad de alcanzar la cifra de  $<130/70$  mmHg en amplio espectro de los pacientes. La terapia combinada es más eficaz para conseguir el control terapéutico de inicio, incluso a dosis menores

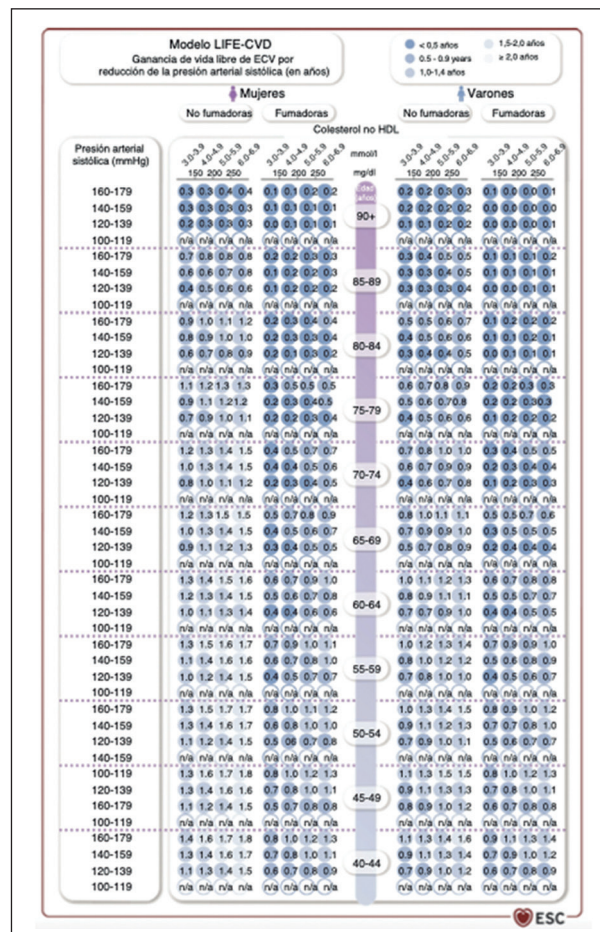


Figura 1. Beneficios de bajada de PA<sup>6</sup>. Tratamiento.

que las utilizadas en monoterapia al implicar a distintos mecanismos acción. Además, siendo seguro y bien tolerado<sup>1-5-8</sup>.

Estrategias básicas para planificar un correcto control de la presión arterial (Modificado de: Gorostidi M, et al. 2022 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension; Masana L, et al. Curr Cardiol Rep. 2020;22(8):66<sup>8</sup>).

- Evaluar el riesgo CV total del paciente.
- Objetivos de PA a alcanzar.
- Planificar el control de la HTA en un plazo máximo de 2-3 meses.
- Características del paciente: comorbilidades y polifarmacia.
- Posibles efectos adversos del tratamiento.
- Implicar al paciente en las decisiones sobre el control del riesgo CV en general y objetivos de PA en particular.
- Condiciones de financiación.

- Tratamiento no farmacológico para todos los pacientes. Refuerzo del mismo en cada visita. Solamente se utilizará de forma exclusiva en HTA de grado 1 y bajo riesgo CV por tiempo limitado.
- No retrasar el inicio del tratamiento farmacológico.
- Inicio del tratamiento farmacológico combinado para la mayoría de los pacientes. Monoterapia farmacológica solo en paciente con HTA grado 1 y riesgo bajo y con niveles basales de PA cercanos al objetivo. Con cambio precoz a tratamiento combinado si así lo requiriese, incluso llegando a una combinación triple si así lo necesitara.
- La respuesta al tratamiento es variable, por lo que puede ser necesario titular la dosis.

Con estas directrices se persigue principalmente evitar inercia, y en consecuencia prevenir la lesión de órgano subclínica que conlleve dificultades futuras de control de la PA y por tanto evitar eventos cardiovasculares. Para ello debemos evitar monoterapias secuenciales que retrasen el inicio de una terapia combinada. Ya que la terapia combinada es más eficaz que el aumento de dosis. Nos debemos plantear una terapia combinada si el objetivo es superior a 20 mmHg en PAS o 10mmHg en PAD. El inicio temprano de la terapia combinada mejorará el control inicial y por lo tanto el pronóstico.

De forma global un 25-30% de los pacientes con HTA necesitará llegar a una combinación triple<sup>10</sup>.

## ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se entiende por cumplimiento o adherencia terapéutica como el grado en que la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o realizar cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica<sup>9</sup>.

Según la OMS el término adherencia se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”<sup>10</sup>. La OMS, en este informe, también nos plantea la magnitud del problema en términos generales ya que estima en un 50% la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas en los países desarrollados.

La adherencia al tratamiento farmacológico en la enfermedad cardiovascular varía del 50% en prevención primaria al 66% en prevención secundaria. Siendo menor en las medidas no farmacológicas.

Los médicos deben considerar la falta de adherencia ante todo paciente y preguntar activamente sobre ella. La anamnesis sobre la adherencia se debe hacer sin juzgar evitando que el paciente presente un rechazo a la comunicación con el profesional.

Un metaanálisis promovido por la ESC en 2013<sup>11</sup>, para determinar como la falta de adherencia influye en el riesgo relativo de la ECV y de mortalidad por todas las causas. Se incluyeron 44 estudios incluidos, 1.978.919 participantes que padecieron 135.627 eventos cardiovasculares y 94.126 muertes

Tabla 3.

| Categoría de no adherencia | Desglose de causas                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedad                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomática (falta de recordatorios físicos)</li> <li>• Enfermedades mentales (por ejemplo, depresión)</li> </ul>                                                                              |
| Paciente                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedimentos físicos</li> <li>• Alteraciones cognitivas</li> <li>• Problemas psicológicos o de comportamiento</li> <li>• Jóvenes</li> <li>• Falsas creencias</li> <li>• Vivir solo</li> </ul>   |
| Tratamiento                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complejidad de los tratamientos</li> <li>• Efectos adversos</li> <li>• Coste del fármaco</li> </ul>                                                                                             |
| Razones socioeconómicas    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabetismo; bajo nivel cultural</li> <li>• Falta de apoyo social</li> </ul>                                                                                                                  |
| Sistema sanitario          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja calidad de la relación entre el paciente y el proveedor</li> <li>• Falta de tiempo de consulta</li> <li>• Falta de comunicación</li> <li>• Falta de continuidad en los cuidados</li> </ul> |

por cualquier causa. Consideraron una buena adherencia si cumplían más del 80% del tratamiento. Y se observó que el grupo con buena adherencia tenía un 20% menos de riesgo de ECV y un 38% de disminución de la mortalidad por todas las causas. Calcularon que entorno al 9% de todos los eventos son atribuidos a la baja adherencia. Si se eliminaran los factores de riesgo, podríamos disminuir hasta un 80% de las ECV<sup>12</sup>.

Son muchos los factores que contribuyen a la baja adherencia al tratamiento, según el estudio Prescap se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad media (DE) de 66,3 (11,4) años. El 46,3% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 45,4-47,1) presentó buen control de PA sistólica y diastólica; con valores <140/90mmHg el buen control fue del 61,1% (IC 95% 60,2-61,9). El 63,6% recibía terapia combinada (44,1% 2 fármacos, 19,5% 3 o más). El porcentaje de control fue mayor ( $p<0,001$ ) por las tardes (50,4%) que por las mañanas (45,1%), y en pacientes que habían tomado el tratamiento antihipertensivo el día de la visita (47,9%) frente a los que no lo habían tomado (30,5%). No tomar la medicación el día de la visita, el consumo elevado de alcohol y el antecedente de dislipidemia fueron los factores más asociados al mal control<sup>13</sup>. También el estudio FOCUS<sup>14</sup> realizado con 2.118 pacientes de 5 países de Sudamérica y Europa que habían tenido un IM. Se compuso de dos fases, en la fase inicial se hizo un estudio transversal dirigido a identificar los factores que contribuía a la falta de adherencia. Los factores asociados a la falta de adherencia identificados en la primera fase fueron: juventud, depresión, régimen terapéutico complejo, escasa cobertura del seguro médico y escaso apoyo social.

De forma general los podemos clasificar en cuatro grupos, en función de si son debidos a la enfermedad, al propio paciente, al fármaco o al profesional sanitario (Tabla 3).

## CONCLUSIONES

La hipertensión es un de las enfermedades más importantes en nuestra sociedad. Creando un verdadero problema de salud pública derivado de los actuales estilos de vida. Pero a pesar de su importancia estamos lejos de conseguir un correcto control, siendo aún una enfermedad infradiagnosticada, infratratada e infracontrolada, a pesar de tener los medios para conseguirlo. Los problemas derivados de la falta de la inercia y de la falta de adherencia terapéutica hacen

que sea una asignatura pendiente de todos los profesionales sanitarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr. DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71:e13-e115. <http://dx.doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>.
3. Banegas JR, Graciani A, De la Cruz JJ, León L, Guallar P, Coca A, et al. Achievement of cardiometabolic goals in aware hypertensive patients in Spain: a nationwide population-based study. *Hypertension*. 2021;60:898-905. <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONA-HA.112.193078>.
4. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:572-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2015.11.034>.
5. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension. 2022;39(4):174-94. doi: 10.1016/j.hipert.2022.09.002.
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-37.
7. The SPRINT Research Group. *N Engl J Med*. 2015;373:2103-16.
8. Masana L, Ibarretxe D, Plana N. Reasons Why Combination Therapy Should Be the New Standard of Care to Achieve the LDL-Cholesterol

- Targets: Lipid-lowering combination therapy. *Curr Cardiol Rep.* 2020;22(8):66.
9. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Cumplimiento terapéutico. *SEMERGEN.* 2008;34(5):235-43.
  10. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
  11. Chowdhury et al. *Eur Heart J* 2013.
  12. 2019 ESC/EAS Guía Europea Dislipemias.
  13. Llisterri JL, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010.
  14. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, Bansilal S, Fernández-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:2071-82.

# Manejo integral temprano de la diabetes

Francisco Javier Ortega Ríos

Médico de Familia del Centro Salud “Campos-Lampreana”. Zamora. Fundación redGDPS. Sociedad Española de Diabetes (SED).

---

## RESUMEN

Hay un creciente aumento de la prevalencia de diabetes a nivel mundial lo que conlleva la aparición de múltiples complicaciones con una gran morbimortalidad cardiovascular. Tiene enorme importancia el tratamiento precoz y adecuado del problema para evitar el “efecto legado” o “memoria metabólica” que lleva a estas complicaciones; y para evitarlo es preciso implementar un Manejo Integral Temprano de la Diabetes que comprenda el diagnóstico precoz, el control de todos los factores de riesgo cardiovascular, y la utilización de los fármacos más beneficiosos. Debemos hacer una búsqueda oportunista de nuevos casos de diabetes y prediabetes e instaurar programas de cambio del estilo de vida (dieta mediterránea y ejercicio físico). Y cuando sea necesario el tratamiento farmacológico, emplear de manera precoz aquellos fármacos que han demostrado beneficios cardiovasculares, renales y pérdida de peso. No debemos olvidar la importancia de las nuevas tecnologías que nos ayudan en el manejo del paciente y, sin duda, la monitorización continua de glucosa adquiere trascendencia en determinados casos. Y por supuesto, realizar todas nuestras actuaciones centradas en el paciente, consiguiendo su participación activa en la instauración de estas medidas mediante técnicas de motivación más o menos sencillas.

---

La prevalencia actual de la diabetes mellitus en España según el estudio di@bet.es es de un 13,8% (7,8% conocida; 6% desconocida).

La publicación de las guías de práctica clínica sobre el control glucémico ha causado confusión entre los profesionales de la salud debido a que cuestionan la prioridad de reducir la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Los datos de ensayos clínicos sobre los beneficios de la reducción de HbA1c han sido contradictorios. Hoy en los foros médicos se discute sobre la necesidad de sustituir la estrategia terapéutica glucocéntrica por una estrategia adipocéntrica más acorde con la fisiopatología de la enfermedad, acompañada de un control paralelo estricto de otros factores de riesgo cardiovascular.

La hiperglucemia crónica se asocia a un mayor riesgo eventos cardiovasculares y de mortalidad por todas las causas entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), independiente de otros factores de riesgo convencionales.

El creciente aumento de la prevalencia de la diabetes a nivel mundial aumentará aún más la carga de complicaciones en las próximas décadas y, por lo tanto, la prioridad debe ser el diagnóstico precoz, la implementación del control temprano de múltiples factores de riesgo (incluidos los lípidos y la presión

arterial), usar terapias asequibles para reducir la glucosa y disminuir las cargas micro y macrovascular crecientes en personas con y sin enfermedad cardiovascular establecida, y avanzar en la terapia temprana. Todo ello es lo que podemos denominar Manejo Integral Temprano de la Diabetes.

El efecto legado —o memoria metabólica— es el fenómeno que explica por qué el mal control glucémico aumenta el riesgo de complicaciones de la diabetes a largo plazo, un riesgo que persiste incluso cuando ya se ha conseguido un buen control de la enfermedad. La duración de la diabetes puede influir en el impacto del efecto legado, ya que los beneficios del tratamiento intensivo en pacientes con diabetes de tipo 2 ya establecida o con comorbilidades son menos evidentes<sup>1,2</sup>.

La hiperglucemia provoca cambios en el endotelio vascular que sientan las bases para desarrollar complicaciones vasculares a largo plazo<sup>3</sup>.

Un mal control glucémico durante el primer año posterior al diagnóstico de la diabetes podría ser suficiente para aumentar de forma irreversible el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo.

Las consecuencias negativas del efecto legado ponen de relieve la importancia del diagnóstico pre-

coz y la necesidad de alcanzar un buen control glucémico de forma temprana tras el diagnóstico para reducir las complicaciones de la diabetes<sup>4</sup>.

Por ello, es fundamental en el momento actual un Manejo Integral Temprano de la diabetes, con el fin de disminuir las complicaciones y la mortalidad.

Recientemente, la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ha desarrollado un Documento sobre el “Abordaje integral de las personas con diabetes tipo 2” (2022)<sup>5</sup> que tiene como punto de partida recomendaciones que recogen los principales puntos que deben tenerse en cuenta, en lo relativo a la selección de tratamiento y a la detección de complicaciones asociadas a la diabetes, intentando avanzar en el concepto de medicina personalizada.

Incluye los siguientes puntos:

- Considerar terapia combinada de inicio de elección, según las comorbilidades y el control glucémico.
- Intensificar precozmente el tratamiento (y reevaluar cada 3-6 meses) hasta alcanzar los objetivos terapéuticos.
- Individualizar los objetivos de control glucémico, de forma dinámica durante la evolución de la diabetes.
- Uso de terapias con beneficio cardiorenal demostrado, independientemente del grado de control glucémico, valorando si son necesarios ajustes del resto de terapias.
- Tratamiento intensivo de factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión arterial, tabaquismo) junto con la prevención y el tratamiento del sobrepeso / obesidad.
- Realizar una detección sistemática de complicaciones micro y macrovasculares, y de otras comorbilidades asociadas a la DM2, como la enfermedad metabólica hepática.
- La presencia de alto o muy alto riesgo cardiovascular, de enfermedad cardiovascular establecida / insuficiencia cardíaca o de enfermedad renal diabética deben ser factores determinantes para la selección del tratamiento farmacológico.
- La prevención y tratamiento del sobrepeso y de la obesidad deben ser uno de los factores determinantes del tratamiento.
- Prescribir dieta y ejercicio físico en cualquier momento de la evolución de la diabetes, adaptando según las comorbilidades. Asegurar educación terapéutica personalizada, como pilar de la asistencia integral a la persona con diabetes.
- Priorizar la conversación centrada en el paciente (orientación anticipatoria). Informar a la persona con diabetes de los beneficios de las terapias, así

como de los eventos adversos posibles, para mejorar la adherencia.

- Valorar la desintensificación del tratamiento si fragilidad, manteniendo fármacos con beneficio cardiorenal de forma individualizada.

Lo primero que debemos realizar en nuestra labor preventiva y asistencial es realizar un diagnóstico temprano de la diabetes y prediabetes<sup>6</sup>.

Siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) podremos diagnosticar la diabetes de las siguientes maneras:

- Glucemia plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/dl.
- HbA1c  $\geq 6,5\%$ .
- Glucemia plasmática a las 2 horas del test de sobrecarga oral a la glucosa  $\geq 200$  mg/dl.
- Glucemia plasmática  $\geq 200$  mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

También podemos encontrar situaciones de prediabetes (también denominada “hiperglucemia intermedia”). De acuerdo al Consenso español de prediabetes quedarían reflejadas 3 categorías:

- Glucemia basal alterada (GBA): glucemia en ayunas 110 – 125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa (ITG): Glucemia a las 2 h tras SOG 140-199 mg/dl (con glucemia en ayunas  $< 100$  mg/dl).
- Riesgo elevado de diabetes: HbA1c: 6 – 6,4%.

Para la detección de la diabetes y la prediabetes debemos realizar un cribado oportunista, a partir de los 45 años o antes si existen factores de riesgo de diabetes (antecedentes familiares, hipertensión, dislipemia, obesidad, sedentarismo, etc.) mediante la realización de glucemia plasmática basal, y en caso necesario, determinación de HbA1c.

También puede ser útil la cumplimentación de cuestionarios sobre el riesgo de desarrollar diabetes, siendo el más utilizado en nuestro medio el Test Findrisk (8 preguntas).

Para evitar el paso de prediabetes a diabetes se hace prioritario la modificación del estilo de vida (dieta mediterránea y ejercicio) con programas especializados. Solo se utilizan fármacos (metformina) en aquellas personas con prediabetes que han fracasado con el cambio del estilo de vida y presentan un índice de masa corporal  $> 35$  kg/m<sup>2</sup> o historia de diabetes gestacional y edad  $< 60$  años.

Otro aspecto importante es calcular el riesgo cardiovascular (RCV) de la persona con diabetes mediante una de las escalas validadas para población española, recomendándose la derivada del estudio REGICOR (punto de corte  $> 10\%$  para RCV alto)<sup>6</sup>.

Una vez diagnosticado al paciente y calculado su riesgo cardiovascular o detectada una enfermedad cardiovascular, debemos plantearnos unos objetivos de control de los distintos parámetros que actúan como factores de riesgo cardiovascular: glucemia (en ayunas y postprandial), HbA1c, lípidos (colesterol no-HDL, LDL y HDL) y cifras de presión arterial. También es necesario que se abandone el hábito tabáquico si la persona es fumadora.

Para el control integral de la diabetes es preciso no solo mejorar el control de la glucemia y la HbA1c, sino también minimizar la hipoglucemia y limitar la variabilidad glucémica<sup>7</sup>.

Es muy difícil implementar los cambios del estilo de vida y el tratamiento farmacológico sin lograr la participación activa de la persona con diabetes. Para ello es fundamental que logremos motivarlo, utilizando herramientas sencillas, p. e. el “Método del Semáforo” (Figura 1), que nos sirve para fomentar la adherencia al estilo de vida, evitar nuestra inercia terapéutica y calcular de manera cualitativa el RCV del paciente<sup>8</sup>.

La persona con diabetes, dependiendo de la fase evolutiva y la complejidad del tratamiento, debe realizar autocontrol, que al menos debe comprender 4 aspectos básicos:

1. Autoanálisis de glucemia capilar y registro de los valores.
2. Determinación y control del peso.

3. Auto-medición de la presión arterial.
4. Auto-inspección de los pies.

Cuando sea posible y esté indicado por las características del paciente (DM tipo 1 o DM tipo 2 en tratamiento con multidosis de insulina) es muy conveniente, para conseguir un buen control glucémico, la utilización de algún sistema de monitorización continua de la glucosa (MCG), siendo el más utilizado el sistema flash con el sensor FreeStyle Libre (Monitorización Flash de Glucosa -MFG-). Es un cambio de paradigma, pasando del control a través de glucemias capilares y HbA1c a la glucometría<sup>9</sup>.

El sistema FreeStyle Libre (MFG) funciona a través de un sensor de glucosa que se cambia cada 14 días y un lector o teléfono móvil. En este último caso es necesario descargar la aplicación LibreLink. Los valores se descargan en una plataforma denominada LibreView, aportando numerosos datos sobre el control de la glucosa del paciente, siendo el más interesante el informe AGP (*Ambulatory Glucose Profile*) basado en el Consenso Internacional de Tiempo en Rango<sup>10</sup>.

Para su interpretación, se hace necesaria seguir una sistemática, en 5 pasos (Figura 2):

1. Calidad de los datos y tiempo en rango.
2. Buscar patrón de hipoglucemia.
3. Buscar patrón de hiperglucemia.
4. Evaluar la variabilidad glucémica.
5. Acordar plan con la persona con diabetes.

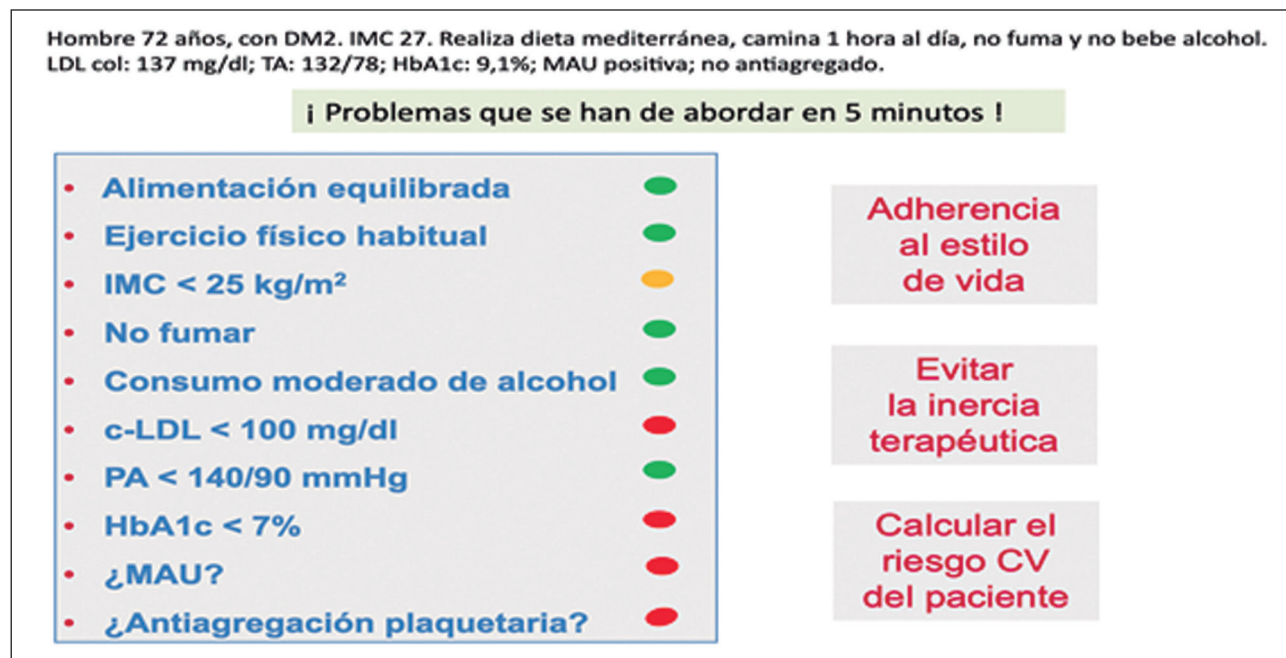


Figura 1. Motivación del paciente con DM2.

Finalmente, para el manejo integral temprano de la diabetes, será preciso instaurar un tratamiento adecuado, que comprenda una correcta alimentación, la práctica de ejercicio físico, la utilización de los fármacos más adecuados y el autocontrol por parte del paciente.

Se hace necesario individualizar el tratamiento, involucrar a los pacientes para favorecer la adherencia y utilizar fármacos eficaces y seguros respecto a la hipoglucemia, el control del peso y la protección vascular<sup>11</sup>.

Respecto a la alimentación deberemos aprender de manera sencilla a establecer una “dieta” (valorar la adiposidad, calcular las necesidades calóricas, distribuir los principios inmediatos y distribución horaria de los hidratos de carbono). En nuestra Fundación redGDPS recomendamos la dieta mediterránea y la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) como las más útiles y efectivas para el control de la glucemia y mantenimiento del peso<sup>12</sup>.

Otro aspecto fundamental del tratamiento es la realización de ejercicio físico regular, ya que tanto el ejercicio aeróbico como el de resistencia mejoran de forma aguda la sensibilidad a la insulina. También puede recomendarse un plan de entrenamiento basado en *High Intensity Interval Training* (HIT). Estas recomendaciones deben realizarse por escrito, en forma de una “hoja de prescripción de ejercicio” que detalle el tipo, la duración, la frecuencia y la intensidad del ejercicio<sup>13</sup>.

El último apartado comprende el tratamiento farmacológico, complejo muchas veces por los dis-

tintos mecanismos de acción de los fármacos, la cantidad de grupos terapéuticos, principios activos, nombres comerciales y posibles combinaciones. Para simplificarlo (aunque a veces se logra el efecto contrario) hay numerosas Guías de Práctica Clínica y diversos Algoritmos de Tratamiento Farmacológico, basados generalmente en las directrices que publica la ADA.

Hay que hacer especial mención a los dos grupos terapéuticos que se han desarrollado en los últimos años, los iSGLT2 y los arGLP1.

Los inhibidores del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT2), también denominados “glucosúricos”, inhiben la reabsorción renal de glucosa, provocando glucosuria entre 70-120 gr/día, sin riesgo de hipoglucemia. Disminuyen un 1% la HbA1c, provocan disminución de peso y descenso de la presión arterial. Han demostrado grandes beneficios para disminuir la morbilidad por eventos cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal crónica.

Los análogos de los receptores del péptido similar al glucagón (arGLP1) sustituyen el efecto fisiológico de las hormonas incretinas, aumentando la insulina y bajando el glucagón. Tienen potencia moderada (descenso de 1% HbA1c), disminuyen la presión arterial, tienen acciones extrapancreáticas (saciedad, retraso del vaciamiento gástrico, etc), disminuyen la morbilidad cardiovascular y son muy útiles en la obesidad por provocar pérdida de peso más o menos importante.

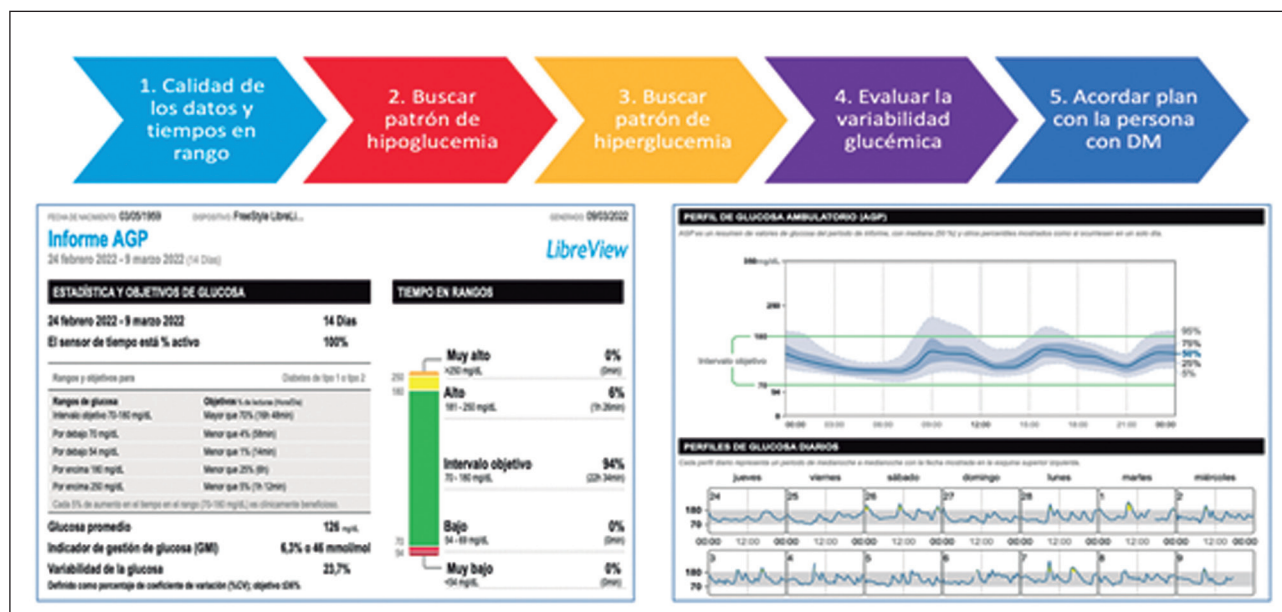


Figura 2. Informe AGP: interpretación.

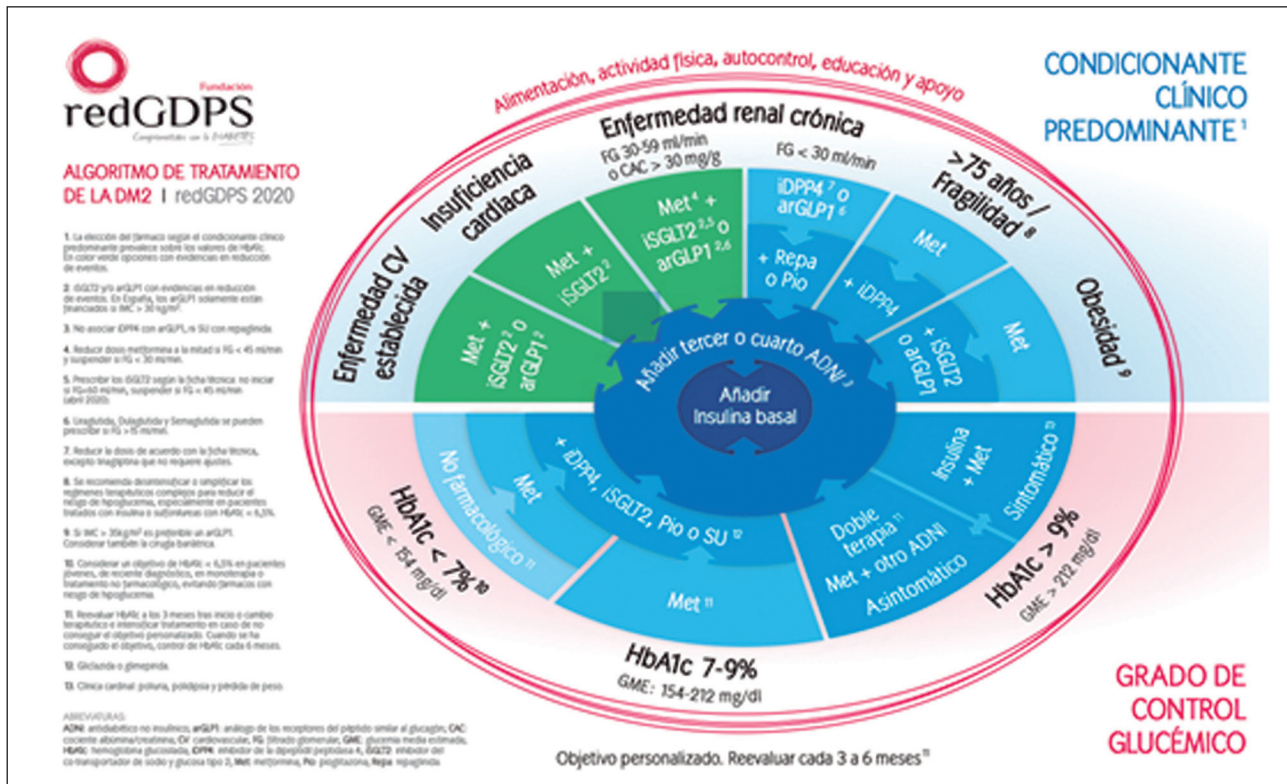


Figura 3. Algoritmo de tratamiento de la DM2. redGDPS 2020.

En la práctica habitual en Atención Primaria, los Médicos de Familia solemos utilizar el Algoritmo de Tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2020<sup>14</sup> (Figura 3).

En nuestro algoritmo se da prioridad al condicionante clínico predominante del paciente (enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, ancianos / fragilidad, obesidad) frente al grado de control glucémico (HbA1c < 7%, entre 7-9% o > 9%).

En muchas de las situaciones, tras metformina, se recomienda el empleo de los iSGLT2 y de los arGLP1 por sus beneficios demostrados en insuficiencia cardíaca, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica y obesidad, quedando la indicación de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) para casos de fragilidad y en personas ancianas. Las sulfonilureas, repaglinida y pioglitazona se recomiendan sobre todo cuando consideramos triple terapia. Y cuando con los anti-diabéticos no insulínicos no obtenemos un buen control metabólico, se hará necesaria la insulino-terapia en modalidad de insulina basal, añadiendo posteriormente insulina prandial en sus distintas modalidades (insulinas premezcladas, pauta basal

plus o pauta basal-bolus). Algunos pacientes (sobre todo con diabetes tipo 1) pueden ser buenos candidatos a la utilización de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Folz R, Laiteerapong N. The legacy effect in diabetes: are there long-term benefits? *Diabetologia*. 2021;64(10):2131-7.
- Testa R, et al. The «Metabolic Memory» Theory and the Early Treatment of Hyperglycemia in Prevention of Diabetic Complications. *Nutrients*. 2017;9(5):E437.
- Laiteerapong N, et al. The Legacy Effect in Type 2 Diabetes: Impact of Early Glycemic Control on Future Complications (The Diabetes & Aging Study). *Diabetes Care*. 2018;42(3):416-26.
- Lind M, et al. Historical HbA1c Values May Explain the Type 2 Diabetes Legacy Effect: UKPDS 88. *Diabetes Care*. 2021;dc202439.
- Reyes García, R. et al. Abordaje Integral de las Personas con Diabetes tipo 2. Área de Conocimiento de Diabetes de la Sociedad Española de

- Endocrinología y Nutrición. 2022. Disponible en <http://www.seen.es/>
6. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS, 2018. Disponible en <http://www.redgdps.org>
  7. Wright LA, Hirsch IB. Metrics Beyond Hemoglobin A1c in Diabetes Management: Time in Range, Hypoglycemia, and Other Parameters. *Diabetes Technol Ther.* 2017;19(Suppl.2):S16-S26
  8. Ortega Ríos FJ. Decálogo de prevención cardiovascular en la diabetes mellitus. El método del semáforo en la consulta de Atención Primaria. *Diabetes Práctica* 2013;4:68-71.
  9. Beck et al. The Fallacy of Average: How Using HbA1c Alone to Assess Glycemic Control Can Be Misleading. *Diabetes Care.* 2017;40:994-9.
  10. Ana Chico et al. Clinical Approach to Flash Glucose Monitoring: An Expert Recommendation. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2020, Vol 14(1) 155-164.
  11. Modificado de American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2016;39(Suppl.1):S13-S22.
  12. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. Capítulo 2: Tratamiento de las personas con DM2. Fundación redGDPS. 2021. Disponible en <http://www.redgdps.org>
  13. Guía RECORD: Recomendaciones clínicas para la práctica del deporte en personas con diabetes mellitus. SEEN. Actualización 2021.
  14. Algoritmo de tratamiento de la DM2. Fundación redGDPS, 2020. Disponible en <http://www.redgdps.org>

# Programa de deshabituación tabáquica, una realidad en medio penitenciario

Beatriz Armenteros López

Servicio Sanitario Quatre Camins. Barcelona.

---

## RESUMEN

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte, directa o indirectamente prevenible, debiendo ser abordado desde los programas de promoción y prevención de la salud.

No obstante, a pesar de tener en España una legislación vigente sobre el tabaquismo, las prisiones han sido ámbitos exonerados de su parcial cumplimiento, vulnerando así los derechos de los no fumadores que están en constante contacto con los efectos nocivos del humo del tabaco.

Las prisiones españolas presentan, en consecuencia, un grave problema de salud a causa de la alta prevalencia de tabaquismo existente. Y a su vez carecen del desarrollo de programas de deshabituación tabáquica y la ausencia de tratamientos de primera línea para su intervención.

Asimismo, el perfil de las personas encarceladas presenta una mayor prevalencia para su consumo dada su vulnerabilidad y su concepto de salud como ausencia de enfermedad.

Aconsejar dejar de fumar junto con ofrecer ayuda y seguimiento a los fumadores ha de ser incluido y normalizado en las actividades asistenciales del personal sanitario en el ámbito penitenciario; acción fundamental para crear un contexto donde muchos reclusos fumadores se vean beneficiados y cesen el consumo de tabaco.

---

## PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, UNA REALIDAD EN EL MEDIO PENITENCIARIO

El tabaquismo sigue siendo la primera causa de muerte prevenible en el mundo desarrollado en la actualidad. Su consumo es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura demostradas por ser un factor de riesgo<sup>1,2</sup>.

Según la OMS, cada año mueren a causa de esta enfermedad más de 8 millones de personas, de las cuales, más de 7 millones, son por consumo directo de tabaco y alrededor de 1,2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al aire contaminado por el humo del tabaco<sup>1</sup>. Es decir que el tabaquismo mata en nuestro país a más de 53.000 personas cada año<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta estas cifras, se puede concluir la gravedad de esta enfermedad y el potente impacto que tiene para la salud pública el consumo de tabaco.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), que proporciona información de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, la prevalencia de fumadores

diarios en población mayor de 15 años es de 23,3% en hombres y 16,4% en mujeres<sup>4</sup>.

Fumar es fisiológica y psicológicamente adictivo (el riesgo de adquirir dependencia en el hábito de fumar es similar al de la heroína). Esto es debido a que la nicotina es el componente psicoactivo principal del humo del tabaco<sup>5</sup>.

El hábito tabáquico es una causa potente y contundente de disparidad de salud con un marcado gradiente socioeconómico<sup>6</sup>. Aproximadamente un tercio de las diferencias socioeconómicas en la mortalidad pueden ser explicadas por las desigualdades en el tabaquismo en los grupos de más bajo nivel social. Así mismo, la exposición al humo de segunda mano, con más exposición en los de gradiente socioeconómico desfavorecido, aumenta la morbilidad y la mortalidad en los no fumadores expuestos<sup>6,7</sup>.

Las intervenciones en salud pública sobre el control del tabaquismo y el desarrollo de las actividades de promoción de la salud nos demuestran que la salud puede crearse a través de ciertas estrategias combinadas y mantenidas el tiempo suficiente para que produzcan resultados medibles<sup>8,9</sup>.

Por esta razón desarrollar programas de promoción de la salud para el control del consumo de tabaco, así como al abordaje individual conductual para reducir el consumo de tabaco y aumentar las tasas de abandono, pueden ser bien aceptados en el ámbito penitenciario<sup>10,11</sup>.

## LEGISLACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE TABACO

La aprobación de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre de 2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, constituyó un avance importante en la dirección del control de consumo de tabaco. Su objetivo marcado ha sido disminuir la exposición al humo de cigarrillos en la población no fumadora y reducir la prevalencia del consumo de tabaco en España.

En los artículos 11 y 12 insta a las Administraciones públicas a realizar programas de deshabituación tabáquica.

Además, añade una Disposición adicional sexta de Régimen especial de los establecimientos penitenciarios donde se especifica que se permite habilitar zonas para dejar de fumar<sup>12</sup>.

Esta ley entró en vigor el 1 de enero de 2006. Y las prisiones forman parte de los pocos ámbitos exonerados donde no se prohibió o se restringió completamente el acto de fumar con la introducción de la legislación. No obstante, sí que ha supuesto un punto de inflexión importante al limitar radicalmente los espacios comunes habilitados para fumar, aunque se sigue permitiendo en las celdas (que tienen consideración de domicilio propio)<sup>8</sup>.

Sin embargo, no se ha tenido en cuenta que los entornos penitenciarios son lugares de trabajo, donde se han identificado como contextos con las mayores tasas de prevalencia de tabaquismo.

La citada ley obtuvo una modificación en la Ley 42/2010, de 30 de diciembre. En el Artículo 12 se especifica que se crearán unidades de deshabituación tabáquica y se potenciarán y se promoverán el acceso a los tratamientos de deshabituación tabáquica en los grupos más vulnerables. También se modifica la disposición adicional sexta en la que se especifica que se permite fumar a los internos en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o salas cerradas habilitadas al efecto, pero que deberán estar visiblemente señalizadas y contar con una ventilación independiente o la eliminación de humos<sup>13</sup>.

En esta modificación no solo se contempla la necesidad de implantar programas de deshabituación tabáquica y de utilizar fármacos de primera línea en su abordaje, sino que contempla la limitación de espacios libres de humos donde los internos no tengan que estar en contacto permanente con los efectos nocivos del humo del tabaco.

## CONSUMO DE TABACO EN PRISIONES

La evidencia sugiere que la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido significativamente en los países con ingresos altos. Sin embargo, esta disminución no se distribuye por igual, lo que expone a las poblaciones vulnerables, como las personas encarceladas, a un mayor riesgo de adicción a la nicotina. Existe una brecha cada vez mayor entre el consumo de tabaco de las personas encarceladas y el de la población general.

Un estudio multicéntrico en las prisiones españolas (2014) dejó de manifiesto una prevalencia del consumo de tabaco de 70,4% de fumadores habituales. Esta prevalencia presenta un aumento en un metaanálisis (2022) del consumo de tabaco en las cárceles de Europa Occidental, un 89,0%<sup>14,15</sup>.

Estos datos identifican uno de los problemas de Salud Pública (por su toxicidad, difusión y susceptibilidad a intervenciones) más perniciosos del medio penitenciario, que con demasiada frecuencia es ignorado en las políticas de control del tabaco basadas en la comunidad y por el que se han tomado pocas medidas, lo que indica baja prioridad asignada como factor de riesgo en la promoción de la salud en prisiones<sup>16,17</sup>.

Las prisiones pueden ser entornos para la salud, ya que en ellas existe la posibilidad efectiva de promocionarla. Pero en las prisiones también se puede dar el caso contrario, que las personas pierdan el control sobre condiciones que pueden afectar a su salud, y por tanto deben ser protegidas de los riesgos, como es el caso de los fumadores pasivos, ya que en estas predominan los espacios cerrados, con una fuerte limitación de movimientos y donde las celdas, por su reducido tamaño y por que no están cerradas herméticamente, los reclusos no fumadores se ven obligados a compartir constantemente espacios sin poder evitar los efectos nocivos del humo del tabaco. Como consecuencia, pierden el control sobre las condiciones que afectan a su salud, ya que pasan a ser fumadores pasivos a causa de la exposición permanente del humo de segunda mano. Estas limitaciones también afectan de forma similar a los trabajadores penitenciarios que comparan largas jornadas en este ambiente<sup>10,17,18</sup>.

El hecho de entrar en prisión puede llevar al inicio de alguna adicción, como la del consumo del tabaco o al aumento del número de cigarrillos consumidos, dado que el tabaquismo forma “parte integral de la vida en prisión y una parte establecida de la cultura carcelaria”. El consumo de tabaco tiene unas connotaciones específicas: como moneda de cambio (para intercambios o para comprar protección), como símbolo de libertad en un grupo con sus derechos y privilegios reducidos, para aliviar las situaciones de estrés, como sensación de pertenecer a un grupo que carece de soporte social y para paliar el aburrimiento (por los largos periodos de encierro en las celdas y de aislamiento de familiares y amigos)<sup>11,16</sup>.

## PERFIL DE FUMADORES EN PRISIONES

La población penitenciaria ha carecido, en su mayoría, de las oportunidades necesarias para adquirir y mantener un “capital de salud”. Las prisiones son lugares donde se concentra una población especialmente desfavorecida y vulnerable. Para los colectivos más marginales, la idea de salud significa ausencia de enfermedad y tiene un valor relativo<sup>10</sup>.

La mala salud, producida por el consumo de tabaco combinado con la pobreza, la perpetúa, debido al gasto de la compra en tabaco de los colectivos más vulnerables. Aproximadamente un tercio de las diferencias socioeconómicas en la mortalidad pueden ser explicadas por las desigualdades en el tabaquismo en los grupos de más bajo nivel social<sup>19</sup>.

Estos colectivos presentan una probabilidad de conseguir dejar de fumar más baja debido a: una mayor dependencia a la nicotina, menor confianza en ser capaces de lograrlo y menor disponibilidad de ayuda presentando un menor acceso a los servicios de cesación tabáquica propiciando la continuidad hacia el consumo<sup>6,18</sup>.

Es sabido que fumar es más prevalente en: madres solteras, las personas en situación inactiva, los inmigrantes y los miembros de minorías étnicas, las clases socio-económicas más desfavorecidas, los enfermos mentales, los politoxicómanos y los grupos con bajos niveles de educación básica<sup>6</sup>.

Estas características poblacionales descritas están muy representadas en el ámbito penitenciario. Todas estas circunstancias aumentan aún más el desafío para incidir en cambios y en mejoras en su salud pudiendo incluso tener un impacto en su reinserción social<sup>16</sup>.

## PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Existen dos razones fundamentales que justifican que los profesionales sanitarios abordemos el consumo de tabaco en nuestros usuarios, primero porque el consumo de tabaco es un factor de riesgo para la salud y segundo porque es un factor de riesgo evitable donde los profesionales sanitarios podemos intervenir eficazmente.

Difundir los efectos negativos del tabaco, qué recursos hay de cesación y sus tratamientos, empoderar a las poblaciones más vulnerables a poder abandonar el tabaco. La identificación de los recursos comunitarios, su acercamiento y su participación en la desnormalización del consumo de tabaco en los grupos socialmente más desfavorecidos puede ser una estrategia eficaz para mejorar su vulnerabilidad<sup>18</sup>.

El planteamiento sería, no solo partir de lo patológico, en el hábito tabáquico, sino de una visión positiva para conectar con las capacidades personales, grupales y comunitarias, para así actuar sobre los determinantes de la salud<sup>18</sup>.

El abordaje de la deshabituación tabáquica en el ámbito penitenciario debe tener en cuenta las características de esta población y sus factores contextuales, y debe realizarse como parte de varias medidas multi-componentes<sup>17</sup>.

Siguiendo estas recomendaciones y teniendo en cuenta su contextualización, por parte de los equipos sanitarios penitenciarios, realizar una pre-intervención en el abordaje de la deshabituación tabáquica, nos otorga el elemento de éxito para iniciar un cambio en la cultura penitenciaria sobre el consumo del tabaco. Ya en el Artículo 5 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención asistencial e inserción social en materia de drogodependencias, se habla de desarrollar campañas informativas sobre los efectos de las drogas con el fin de modificar actitudes y hábitos en relación con su consumo por parte de las Administraciones Públicas<sup>19</sup>.

Esta pre-intervención se recoge en el Marketing sanitario como una estrategia de promoción de la salud, con el objetivo incrementar la aceptación del Programa de deshabituación tabáquica<sup>20,21</sup>.

Para que estas campañas sean eficaces y eficientes tienen que estar orientadas hacia las necesidades y los deseos de los reclusos; elaborando materiales de difusión que impliquen a los propios afectados, con su propio lenguaje y formas de comunicación, siendo esta una forma previa de sensibilización al trabajo educativo. Esto facilita la receptividad del grupo diana y contribuye en el proceso de decisión de las

etapas del cambio evaluadas utilizando los criterios establecidos por Prochaska & Diclemente donde el enfoque terapéutico es distinto en cada etapa<sup>22,23</sup>. Estos permiten un acercamiento al mensaje mediante la imagen y el mensaje audiovisual, los trípticos, los carteles o el Photovoice que consiguen una mejora en la comprensión y comunican los beneficios para iniciar un intento de abandono del tabaco (con el objetivo de generar una necesidad de deshabituación tabáquica en los reclusos). Queda demostrada la mayor efectividad de la elaboración del diseño de materiales específicos dirigidos a subpoblaciones concretas, como las del ámbito penitenciario, frente a los materiales estándar (OR=1,41)<sup>25</sup>.

Otros de los temas a abordar, sobre el problema del tabaquismo es la baja implantación de su atención en la actividad asistencial de los Centros Penitenciarios. En este contexto “el consejo sanitario” tiene que estar presente en cada acto asistencial. Al incorporar en nuestra práctica asistencial habitual el problema del tabaquismo, hemos de darle solución mediante el consejo sanitario para dejar de fumar, el asesoramiento individual o en grupo (superior al consejo simple, OR=1,55). Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono, aunque no alcancen la abstinencia<sup>24</sup>. Es la intervención más Coste-efectiva con un aumento de la tasa de éxitos frente a la falta de intervención (OR=1,69; un 30% más de abstinencias) y algo más eficaces al aumentar su intensidad y duración (intervenciones breves e intervenciones intensivas). Hay que garantizar que se identifique a cada fumador y que este reciba al menos una intervención mínima de las que siguen en cada visita. Deberíamos de verificar el diagnóstico de tabaquismo al menos una vez al año, con objeto de actualizarlo<sup>25</sup>.

El abordaje del tabaquismo, al igual que la atención que prestamos en los centros penitenciarios a los diferentes problemas crónicos y prevalentes, está desarrollado por diferentes intervenciones sistemáticas multicomponentes, tanto a nivel individual como grupal, que se describen como:

- Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (motivar, preparar, mantener y remotar) con un estilo de comunicación basado en la entrevista motivacional (vincular, enfocar, evocar y planificar). Esta aumenta las tasas de abstinencia a largo plazo.
- Concienciación del problema.
- Motivación al cambio de comportamiento (etapas del cambio de Prochaska y Diclemente).
- Establecimiento de las asociaciones con el tabaco.

- La toma de conciencia de que el consumo de tabaco es una adicción.
- Reconocimiento de las situaciones de riesgo.
- Detección de las fantasías de control.
- Detección y modificación de los pensamientos y las creencias erróneas sobre el tabaco.
- Identificación de las resistencias al cambio.
- Abordaje de las recaídas.
- Alternativas a vivir en espacios libres sin humo.
- Administración de fármacos de primera línea para dejar de fumar.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO DE PRIMERA LÍNEA

La administración de los fármacos para dejar de fumar tiene como función principal facilitar la consecución de la cesación tabáquica (a largo plazo 6-12 meses) disminuyendo o eliminando las ganas de fumar o *craving*.

Los diferentes metaanálisis, guías y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas e instituciones sanitarias coinciden en señalar que:

- Las intervenciones que incluyen asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico triplican y pueden llegar a cuadruplicar las posibilidades de éxito de abandono a largo plazo.
- Los fármacos eficaces y seguros para ayudar a dejar de fumar son:
  - Terapia sustitutiva de nicotina (TSN), que incluye, parches, chicles, comprimidos para chupar y spray nasal o inhaladores bucales.
  - Bupropión.
  - Agonistas parciales de los receptores Nicotínicos (Vareniclina y Citisina).

El principal criterio para escoger un fármaco es la ausencia de contraindicaciones y su eficacia y, en segundo lugar, la experiencia previa del paciente y sus expectativas.

Un grupo multidisciplinar español de expertos en tabaquismo ha diseñado un nuevo algoritmo para la elección del tratamiento farmacológico del tabaquismo<sup>26</sup>:

- 1ª elección: TSN combinada + Vareniclina.
- 2ª elección: TSN simple Bupropión.

Desde enero de 2020 en España, Vareniclina y Bupropion han sido financiados por el sistema público de salud. Con la retirada del mercado de la Vareniclina, por contener impurezas en julio de 2021, se pierde una oportunidad de forma financiada con uno de los más eficaces y seguros fármacos.

La Citisina, disponible en España desde noviembre de 2021, concluye en sus estudio recientes que es

un medicamento eficaz y seguro para dejar de fumar y aumenta la probabilidad de dejar de fumar en un 74% en comparación con placebo, RR de 1,74(95% IC:1,38-2,19)<sup>27</sup>.

## CONCLUSIÓN

La alta prevalencia de consumo de tabaco en el ámbito penitenciario nos identifica un grave problema de salud. Asimismo, realizar una intervención en las personas privadas de libertad que quieren dejar de fumar y darles apoyo, mejoraría la salud y la calidad de vida de un grupo de población ya de por sí marginado, ya que mucha población interna que cumple condena son los que en su mayoría tienen menos recursos y estilos de vida menos saludables.

Las prisiones representan un desafío para los programas para dejar de fumar, ya que se han considerado de menor prioridad comparándolos con otros problemas de salud más prevalente en el ámbito penitenciario u otros programas de desintoxicación a otras drogas. El Programa de Deshabituación Tabáquica tendría que implantarse de forma ordinaria en los planes de tratamiento de drogodependencias y otras adicciones que ya se desarrollan en los centros penitenciarios.

Las intervenciones han de ser dinámicas, rompiendo creencias erróneas y limitaciones propias del personal sanitario penitenciario; este último con una amplia experiencia e implicación como participantes activos en los programas de desintoxicación y deshabituación. Para ello es imprescindible su formación en intervención en cesación tabáquica.

El tabaquismo en prisiones es un problema que requiere de preferentes soluciones tanto clínicas, sociales como legislativas. Estas últimas deberían hacer énfasis en establecer estrategias de control para proteger a los no fumadores contra la exposición del humo de segunda mano. De esta manera, la legislación antitabaco junto al acceso de los Programas de deshabituación tabáquica de los Servicios de Salud Penitenciarios dirigidos a los reclusos que quieren dejar de fumar ofrecería una oportunidad a esta población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tabaco. Organización Mundial de la Salud. 24 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [consultado 05/07/2022].
2. Rodríguez García B, Jiménez González S, Rodríguez García O, Arconada Pérez A, Represas Oll B, Magdalena Ciocea A. Intervenciones efectivas para la deshabituación tabáquica en Atención Primaria. *Metas Enferm.* 2018;21(6):50-6.
3. Pérez-Rios M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez Sánchez JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(9):559-63.
4. Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e INE. [consultado 05/12/2020] Disponible en: <https://www.inec.es/> [consultado 02/08/2022].
5. Leiva Gabriel L, Quesada Vargas V. Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de cesación del tabaco. *Revista Medica sinergia.* 2019;6(4):73-80.
6. Blas E, Kurup AS. (Eds.). Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. 2010. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf) [Consultado 18/08/2022].
7. Escolar Pujolar A. El tabaquismo y las desigualdades sociales. *Salud2000.* Marzo 2005;100:18-20. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-EscolarPujolar/publication/321997102\\_El\\_tabaquismo\\_y\\_las\\_desigualdades\\_sociales\\_Salud2000\\_n\\_100\\_marzo\\_de\\_2005\\_pp18-20/links/5a3cc9e2458515f7ea541275/El-tabaquismo-y-las-desigualdades-sociales-Salud2000-n-100-marzo-de-2005-pp18-20.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-EscolarPujolar/publication/321997102_El_tabaquismo_y_las_desigualdades_sociales_Salud2000_n_100_marzo_de_2005_pp18-20/links/5a3cc9e2458515f7ea541275/El-tabaquismo-y-las-desigualdades-sociales-Salud2000-n-100-marzo-de-2005-pp18-20.pdf). [consultado 20/08/2022].
8. Yagüe-Olmo C, Cabello-Vázquez MI. Programa de deshabituación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. *Rev. Esp Sanid Penit.* 2008;10:57-64.
9. <https://seom.org/notas-prensa/105163-seom-advier-te-que-el-tabaco-es-la-principal-causa-de-mas-de-una-decena-de-tumores>[consultado 01/07/2022].
10. Merino Merino B. Las prisiones: una nueva oportunidad para la Salud. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* 2005; 7: 1-3 Editorial.
11. Frazer K, McHung H, Callinan J, Kelleher C. Repercusión de las prohibiciones del acto de fumar en el nivel institucional sobre la reducción de los efectos perjudiciales y la exposición pasiva al humo del cigarrillo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 Issue 5. Art. No.: CD011856. DOI: 1002/14651858. CD011856
12. BOE-A-2005-21261. <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/12/26/28> [consultado 20/08/2022].
13. BOE núm. 318, de 31/12/2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-20138>. [consultado 20/08/2022].

14. Alokán DS, Kabir Z. Tobacco Use Among People Incarcerated in Western Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. *Tob Use Insights*. 2022 May 16;15:1179173X221096641. doi:10.1177/1179173X221096641. PMID:35600560;PMC9118908
15. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. GESESP (Grupo de Enfermería Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria). *Rev Esp Sanid Penit*. 2014; 16:38-47.
16. Brown A, Sweeting H, Logan G, Demou E, Hunt K. Prison Staff and Prisoner Views on a Prison Smoking Ban: Evidence From the Tobacco in Prisons Study. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019;21(8):1027-35. [consultado 17/08/2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ntr/nty092>.
17. Baybutt M, Ritter C, Stöver H. Tobacco use in prison setting: a need for policy implementation. *Prison and Health*. OMS.
18. Paredes Carbonell JJ, Agulló Cantos JM, Vera Remartínez EJ, Hernán García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev Esp Sanid Penit*. 2013;15:87-9.
19. Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencia. BOE. núm. 198, de 19 de agosto de 1998, páginas 28350 a 28360 (11 págs.). Disposiciones generales.
20. Arroyo JM, Aso M, Fernández de la Hoz K, Ota F, Febrel M. Adherencia a la quimioprofilaxis antituberculosa. Empleo de técnicas de marketing sanitario y educación para la salud en el medio penitenciario. *Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria*. 1998;1:7-11.
21. Ruiz Rodríguez F, López Palacio G. Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Edición. Farmalia Comunicación, S.L; 2009.
22. Balcells Olivero M, Torres Morales M, Yanhe CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Revista de sociodrogalcohol*, 2004 ISSN 0214-4840;2(16):227-36. (Ejemplar dedicado a: Monografía tabaco).
23. Prochazka J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51: 390-5.
24. Bowe A, Marron L, Dexlin J, Kavanagh P. An Evaluation of the Impact of a Multicomponent Stop Smoking Intervention in a Irish Prison. *Int. J. Environ. Res Public Health*. 2021;18:11981. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182211981> [consultado 17/08/2022].
25. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Sánchez-Sanz E, Alarcón-Aramburu E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(9):510-4.
26. Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, de Granda-orive JI, Solano-Reina S, Signes-Costa J, Días-Maroto J, et al. Aportaciones del estudio Eagles y del Cats al tratamiento del tabaquismo. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, eds. *Tratado de Tabaquismo 4ª ed*. Internet EioSalud; 2021. Disponible en: <https://tratadodetabaquismo.com/>.
27. de Higes Martínez EB, Rábade Castedo C, Jiménez-Ruiz CA. Situación actual del tratamiento del tabaquismo en España: Algunas consideraciones. *Prev Tab*. 2021;23(4):127-30.

Sábado 5 noviembre 2022

# MESA. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

## Enfermedades importadas

Montes de Oca Arjona M, Martín-Peral P

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

### RESUMEN

En las últimas décadas han aumentado el número de inmigrantes de países de áreas tropicales, fundamentalmente de África y América Latina, en nuestro país, por lo que ha aumentado también el porcentaje de inmigrantes entre la población reclusa.

Los inmigrantes procedentes de áreas tropicales pueden padecer enfermedades infecciosas adquiridas en su país de origen que en algunos casos pueden permanecer asintomática durante largos periodos de tiempo, como la Enfermedad de Chagas o la esquistosomiasis, pero que a largo plazo pueden llevar a complicaciones graves. Además, pueden padecer otras enfermedades de distribución mundial, como tuberculosis, hepatitis virales, ITS (Infecciones de Transmisión sexual) y VIH que son más prevalentes en los trópicos y van ligadas a situaciones socioeconómicas desfavorables. A continuación, se repasa algunas de estas enfermedades importadas y se propone una estrategia de cribado que permita un diagnóstico precoz.

### INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se ha producido un incremento de las “enfermedades importadas” en nuestro país, es decir, entidades que se adquieren en lugares donde son más o menos frecuentes, aunque se diagnostican y se tratan en zonas donde no existen o son muy raras. Estas entidades además de viajeros internacionales afectan a inmigrantes de países en vías de desarrollo<sup>1</sup>.

La población penitenciaria inmigrante en los centros españoles ha aumentado en los últimos años, por lo que es esperable una mayor prevalencia de éstas infecciones<sup>2</sup>. Según datos publicados en el anuario estadístico del ministerio del interior correspondiente al periodo de 1990-2020, la población reclusa extranjera ha pasado del 16,5% en 1990 al 28,8% en 2020, llegando casi al 50% en los centros catalanes. Del total de reclusos extranjeros, un 22% proceden de la Unión Europea y un 27,4% de Marruecos. No especifican en este informe que porcentaje proceden de África subsahariana o de áreas tropicales de Latinoamérica o

Asia, aunque por países, un 1,5% son Nigerianos y un 12% proceden de Colombia y Ecuador<sup>3</sup>. Existe poca información sobre la epidemiología de las infecciones importadas de áreas tropicales entre la población penitenciaria.

Muchas de las enfermedades infecciosas diagnosticadas en la población inmigrante serán las comunes en nuestro entorno y no supondrán riesgo para salud pública. Otras son transmisibles, presentes también en nuestro medio, pero con una mayor prevalencia que en la autóctona, ya que van unidas a condiciones de precariedad económica y marginación social, como son la tuberculosis, la infección por VIH, hepatitis B y C y otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis<sup>2</sup>.

Pueden asimismo padecer infecciones tropicales características de su área de origen que pueden permanecer de forma asintomática durante un largo periodo de tiempo, como la Enfermedad de Chagas, cisticercosis, esquistosomiasis, infecciones por geohelminthos o filarias, que condicionan un aumento de morbilidad. La posibilidad de diseminación de

estas enfermedades es baja, al no existir las condiciones climáticas y ambientales necesarias, además de que faltan los hospedadores intermediarios y los vectores apropiados. Sin embargo, al tratarse de enfermedades “exóticas” los profesionales sanitarios no estén suficientemente familiarizados, por lo que es necesario adecuar protocolos de actuación tanto en asintomáticos para la detección precoz, como ante los diversos síntomas de presentación<sup>2,4</sup>.

## CRIBADO DE ENFERMEDADES IMPORTADAS

La frecuencia de las distintas enfermedades constatadas en inmigrantes difiere según la procedencia, tiempo desde la llegada y dónde se realice el estudio<sup>1,5-7</sup>. En la Tabla 1 se muestra la prevalencia de infecciones cribadas en inmigrantes procedentes de zonas tropicales en la serie de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal<sup>7</sup>. En nuestro país, aunque no existen guías nacionales elaboradas por organismos oficiales, diferentes autores han propuesto algoritmos de cribado de enfermedades importadas en inmigrantes asintomáticos en base a estos estudios de prevalencia<sup>1,5,7</sup>.

Para realizar el cribado de enfermedades importadas es preciso realizar inicialmente una historia clínica convencional donde se recojan datos demográficos,

Tabla 1. Prevalencia de infecciones importadas en función del área de origen<sup>7</sup>.

| Diagnóstico               | Africanos<br>Sub-saharianos<br>(N=317) N (%) | Latino<br>Americanos |
|---------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| Infección por VIH         | 7 (2,3%)                                     | 1 (0,3%)             |
| Infección por VHB         |                                              |                      |
| Aguda                     | 2 (0,7%)                                     | 1 (0,3%)             |
| Crónica                   | 42 (14%)                                     | 6 (1,6%)             |
| Infección por VHC         | 4 (1,3%)                                     | 0                    |
| Sífilis                   | 7 (2,3%)                                     | 5 (1,4%)             |
| ITL                       | 181 (71%)                                    | 89 (32,1%)           |
| Parásitos<br>intestinales | 8 (2,9%)                                     | 4 (1,5%)             |
| Enfermedad de<br>Chagas   | NP                                           | 172 (48%)            |
| Esquistosomiasis          | 8 (5,8%)                                     | NP                   |
| Malaria                   | 10 (4,5%)                                    | NP                   |
| Eosinofilia               | 42 (13,2%)                                   | 53 (13,8%)           |

**Nota.** VIH: virus inmunodeficiencia humana; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; ITL: infección tuberculosa latente.

hábitos patológicos, etc. En la exploración física hay que prestar atención al examen de la piel (presencia de úlceras, alteraciones en la piel sugestiva de oncocercosis en inmigrantes subsaharianos, lesiones serpenteantes sugestiva de larva migran, etc.).

Los exámenes complementarios habituales deben incluir un hemograma, examen bioquímico y sistemático de orina. En el hemograma el patrón patológico más frecuente es el de una microcitosis con anisocitosis, asociado o no anemia. Puede deberse tanto a la presencia de ferropenia como hemoglobinopatías, de alta prevalencia en la población subsahariana. En la serie blanca es frecuente la neutropenia y eosinofilia. La “neutropenia étnica” es una anomalía de laboratorio que no tiene consecuencias clínicas y que se debe a la menor concentración de leucocitos circulantes. La presencia de eosinofilia se relaciona con frecuencia con la infección por helmintos. Además de los geohelmintos, en inmigrantes subsaharianos ante la presencia de eosinofilia hay que descartar la infección por filarias y la esquistosomiasis<sup>8</sup>.

El examen bioquímico debe incluir glucemia basal, función renal y función hepática.

Es de destacar que la CK sérica está elevada en un porcentaje elevado de migrantes procedentes del oeste de África y se relaciona con factores genéticos. En el sistemático de orina, la presencia de hematuria nos debe orientar hacia una esquistosomiasis urinaria en sujetos procedentes de África subsahariana y la presencia de leucocituria no asociada nitritos a una ITS<sup>1</sup>.

## ESTUDIOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDADES IMPORTADAS

### Infecciones bacterianas

Las principales infecciones bacterianas susceptible de cribado son la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. Se ha descrito que >85% de los casos de tuberculosis en inmigrantes se deben a reactivación de tuberculosis latente adquirida en su país de origen, y la mayoría de los casos se producen en los primeros 5 años tras la llegada, por lo que es en este periodo donde se propone el cribado. Se recomienda la realización de test que mide la producción de interferón gamma como respuesta a antígenos microbianos (IGRA), especialmente en el caso de vacunación previa, o realización de test de tuberculina<sup>7</sup>.

Además del cribado de sífilis mediante la realización de una prueba reagínica (RPR o VDRL) con la confirmación de una treponémica (FTA-ABS), algunos autores incluyen el cribado de gonococia o

infección por clamidias mediante PCR en muestras genitales o urinarias en personas sexualmente activas si presenta leucocituria con nitritos negativos<sup>1</sup>.

### Infecciones víricas

Las infecciones víricas deben incluir detección de VIH-1 y VIH-2, especialmente en africanos, determinación de HBcAb y HBsAg. Si hay infección por VHB, sería aconsejable realizar estudio de coinfección por VHD y marcadores de replicación viral. Hay controversia sobre si realizar cribado de VHC de forma generalizada. Algunos autores recomiendan realizar estudio serológico en inmigrantes subsaharianos africanos y en latinoamericanos sólo si presentan factores de riesgo (infección por VIH, ADVP, aumento de transaminasas)<sup>7</sup>, mientras que otros solo en el caso de que se objetive aumento de transaminasas en la bioquímica<sup>6</sup>.

### Infecciones parasitarias

#### Parásitos intestinales

Dentro del cribado de infecciones parasitarias, hay que tener en cuenta que la prevalencia de parasitación intestinal disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor, y los helmintos prácticamente no se encuentran a los tres años de estancia, salvo *Strongyloides stercoralis*, que dado su ciclo autoreplicativo puede permanecer en el cuerpo del hospedador más de 40 años<sup>4</sup>.

Los geohelmintos son nematodos que afectan al hombre a través de la ingesta de huevos o por penetración a través de la piel de sus larvas infectantes. Los de más transcendencia sociosanitaria son el *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, las uncinarias y *Strongyloides stercoralis*. Además de diarrea, debido su ciclo infectivo, pueden dar lugar a manifestaciones sistémicas como pérdida de peso, anemia, asma bronquial, etc.<sup>9</sup>. Se ha descrito coinfección por geohelmintos en un recluso a los 12 meses de estancia en prisión<sup>10</sup>.

El grupo de la Unidad de Medicina Tropical de Hospital Ramón y Cajal proponen realizar estudio coproparasitario en aquellos inmigrantes subsaharianos o latinoamericanos asintomáticos en los primeros 12 meses tras la llegada, o si se detecta eosinofilia independientemente del tiempo que haya transcurrido. Se recomienda realizar estudios de parásitos en heces en tres muestras consecutivas y utilizando técnicas de concentración, ya que la rentabilidad diagnóstica es baja.

El caso de *Strongyloides stercoralis* es peculiar, ya que puede permanecer décadas y dar lugar a un sín-

drome de hiperinfestación con manifestaciones graves en el contexto de inmunosupresión o coinfección con HTLV o VIH. El examen directo de las heces solo demuestra las larvas en un tercio de los infectados por lo que tanto el CDC como otros autores, recomienda como cribado la realización de serología en todos los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo si la técnica está disponible<sup>7</sup>.

La esquistosomiasis, causada por un trematodo del género *Schistosoma*, es la enfermedad parasitaria que mayor morbimortalidad mundial causa después de la malaria. Es endémica en más de 78 países de áreas tropicales y subtropicales de África, Sudamérica, Oriente próximo, este de Asia y Filipinas, siendo en África Subsahariana donde se concentra la mayor parte de los casos. Se transmite mediante el contacto de la piel con agua contaminada de ríos y lagos.

Las manifestaciones crónicas son secundarias a la inflamación de los huevos depositados en los tejidos, y afecta a nivel digestivo y genitourinario. La esquistosomiasis intestinal (*S. mansoni*) da lugar a un proceso inflamatorio a nivel de intestino grueso. Los huevos pueden migrar y embolizar a los espacios portales causando fibrosis e hipertensión portal. La esquistosomiasis genitourinaria (*S. haematobium*) puede dar lugar a fibrosis y calcificaciones que pueden ocasionar estenosis ureteral y cáncer vesical. Puede manifestarse como hematuria asintomática<sup>11</sup>. La serología, si está disponible, es la técnica recomendada para realizar cribado en inmigrantes procedentes de zonas endémicas de esquistosomiasis, fundamentalmente subsaharianos de África del oeste<sup>7</sup>. El estudio de huevos en orina (sobre todo si hay hematuria) y heces es una alternativa para el cribado y requiere técnicas de concentración. El tratamiento de elección es el praziquantel a dosis 40 mg/kg un día<sup>11</sup>.

La mayoría de los casos de malaria importada, fundamentalmente aquellos causados por *Plasmodium falciparum*, tiene lugar en los primeros tres meses tras la llegada. Muchos casos de los inmigrantes pueden ser asintomáticos o tener síntomas leves debido a un estado de semi-inmunidad. Además, la recurrencia por reactivación de los hipnozoitos (en el caso de *Plasmodium vivax* y *ovale*) puede tener lugar meses e incluso años después de la picadura del mosquito. En la serie del Hospital Ramón y Cajal, tres casos fueron diagnosticados tras más de un año tras la llegada. Por tanto, recomiendan cribado mediante PCR en inmigrantes procedente de áreas endémicas de África Subsahariana. En el caso de que no hubiera disponibilidad de esta técnica, se puede realizar test antigénico o estudio mediante microscopía<sup>7</sup>.

Tabla 2. Cribado de enfermedades infecciosas importadas en inmigrantes asintomáticos.

| Inmigrantes África Sub-sahariana                                  | Inmigrantes América Latina                                        |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Hemograma, bioquímica, sedimento orina                            | Hemograma, bioquímica, sedimento orina                            |
| Serología VIH                                                     | Serología VIH                                                     |
| Serología VHB                                                     | Serología VHB                                                     |
| Serología VHC                                                     | Serología VHC si factores de riesgo                               |
| Serología sífilis                                                 | Serología sífilis                                                 |
| Test tuberculina/IGRAs si ≤ 5 años desde migración                | Test tuberculina/IGRAs si ≤ 5 años desde migración                |
| Parásitos en heces si ≤ 12 meses desde la migración o eosinofilia | Parásitos en heces si ≤ 12 meses desde la migración o eosinofilia |
| PCR de malaria si ≤ 3 años desde la migración                     | Serología de <i>T. cruzi</i>                                      |
| Serología <i>Strongyloides</i>                                    | Serología <i>Strongyloides</i>                                    |
| Serología <i>Schistosoma</i>                                      | NP                                                                |

**Nota.** VIH: virus inmunodeficiencia humana; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; PCR: Reacción en cadena de polimerasa.

La enfermedad de Chagas está causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi* y afecta a unos 8 millones de personas en el mundo, siendo endémica en países de América Latina, sobre todo en América central (Bolivia). El screening sistemático en inmigrantes procedentes de zonas endémicas está justificado ya que la enfermedad puede ser asintomática durante largos periodos de tiempo y puede haber transmisión fuera del área endémica (vertical y transfusión de hemoderivados). Entre un 20-30% de los individuos infectados desarrollan manifestaciones cardiológicas (arritmias, miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca...) y un 10% trastorno de la motilidad esofágica o del colon. El cribado se realiza mediante serología de *T. cruzi* mediante dos técnicas diferentes (ELISA, HAI e IFI)<sup>12</sup>.

## CONCLUSIÓN

Salvo la comunicación de casos aislados, no existe datos consistentes sobre la epidemiología de enfermedades tropicales en la población reclusa inmigrante. Es necesario consensuar estrategias para detectar infecciones importadas, a menudo asintomáticas y persistentes en el tiempo, en reclusos pro-

venientes de países endémicos de estas infecciones. En la Tabla 2 se muestra un protocolo de cribado de enfermedades importadas de inmigrantes asintomáticos basado en el país de origen, que puede ser aplicable a la población reclusa<sup>7</sup>. La identificación y el tratamiento de infecciones importadas asintomáticas puede tener un impacto beneficioso tanto en la salud del individuo como en salud pública en el país receptor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pérez-Arellano JL, Carranza-Rodriguez C. Estrategias de cribado en población inmigrante recién llegada a España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34(1):45–52.
- Getaz L, Da Silva-Santos L, Wolff H, Vitoria M, Serre-Delcor N, Lozano-Becerra J, et al. Enfermedades infecciosas y tropicales persistentes en población inmigrante penitenciaria. *Rev Española Sanid Penit*. 2016;18(2):57–67.
- Ministerio del interior de España. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2020. 2020;1–682. Available from: [www.interior.gob.es](http://www.interior.gob.es)
- Herrero Martínez JM, de Ayala Balzola AP, Perez-Molina JA, Lopez-Velez R. Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros, e inmigrantes viajeros. 2009;1–51. Available from: [www.msps.es](http://www.msps.es)
- Cobo F, Salas-Coronas J, Cabezas-Fernández MT, Vázquez-Villegas J, Cabeza-Barrera MI. Infectious Diseases in Immigrant Population Related to the Time of Residence in Spain. *J Immigr Minor Heal*. 2016;18(1):8–15.
- Hladun O, Grau A, Esteban E, Jansà JM. Results from screening immigrants of low-income countries: Data from a public primary health care. *J Travel Med*. 2014;21(2):92–8.
- Monge-Maillo B, López-Vélez R, Norman FF, Ferrere-González F, Martínez-Pérez Á, Pérez-Molina JA. Screening of imported infectious diseases among asymptomatic Sub-Saharan African and Latin American immigrants: A public health challenge. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(4):848–56.
- Cañas García-Otero E, Praena-Segovia J, Ruiz-Pérez de Pipaón M, Bosh-Guerra X, Sánchez-Agüera M, Álvarez-Martínez D, et al. Aproximación clínica a la eosinofilia importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34(10):661–84.

- 
9. Prieto-pérez L, Pérez-tanoira R, Cabello-úbeda A, Petkova-saiz E, Górgolas-hernández-mora M. Geohelminths. 2016;34(6):384–9.
  10. Rodríguez-Guardado A, Pozo E, Fernandez-García R, Amo-Fernandez J, Nozal-Gancedo T. Uncinariasis como causa de anemia ferropénica en población penitenciaria. Rev Española Sanid Penit. 2013;15(2):63–5.
  11. Salas-coronas J, Pérez A, Roure S, Bocanegra C, García M, Hortelano L, et al. Atención Primaria Documento de consenso para el manejo de la. 2022;54.
  12. Molina I, Salvador F, Sánchez-Montalvá A. Actualización en enfermedad de Chagas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(2):132–8.

# Papel del microbiólogo en el diagnóstico precoz de las hepatitis víricas

Carolina Freyre Carrillo

U.G.C. Microbiología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

## RESUMEN

El panorama frente a la eliminación de las hepatitis virales ha dado un vuelco en los últimos tiempos con la introducción de los nuevos antivirales de acción directa. El diagnóstico rápido y el tratamiento en consultas de acto único se han convertido en la base para alcanzar los objetivos de eliminación. La introducción del diagnóstico en un solo paso en los laboratorios de microbiología, de nuevos test serológicos y moleculares, de modificaciones en los procedimientos de trabajo, así como de la búsqueda en las bases de datos de pacientes perdidos en el sistema, han provocado grandes cambios en los laboratorios de microbiología y sitúan al microbiólogo como pilar esencial en este proceso. Los esfuerzos deben seguir encaminados a los pacientes más vulnerables y de mayor riesgo de infección. Los centros penitenciarios por tanto se presentan como un objetivo fundamental para alcanzar los objetivos marcados.

Los avances en la eliminación de las hepatitis virales en los últimos años han supuesto ver cada vez más cerca los objetivos establecidos para el año 2030 por la Organización Mundial de la Salud, OMS: reducción del 80% en nuevas infecciones por VHC, y una reducción del 65% en la mortalidad por el mismo<sup>1</sup>.

El desafío continúa siendo a día de hoy el diagnóstico de estas infecciones. En el mundo existen 58 millones de personas con infección crónica por VHC, alrededor de 298.000 con infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y cada año se producen 1,5 millones de nuevas infecciones<sup>2</sup>.

Las hepatitis virales son, en muchas ocasiones, infecciones totalmente silentes, pero de consecuencias nefastas. La carga de estas infecciones han sido una de las principales causas de cirrosis o hepatocarcinoma, así como de trasplante de hígado<sup>3</sup>. Las infecciones agudas suelen ser asintomáticas y, en su mayor parte, no conllevan riesgo mortal. Alrededor de 30% de los infectados eliminan el virus de forma espontánea en los seis meses siguientes a la infección, sin necesidad de tratamiento. En el 70% restante, la infección cronifica.

La vía de transmisión es sanguínea, fundamentalmente por la reutilización de jeringuillas y agujas, consumo de drogas inyectables por compartir el material de inyección, transfusión de sangre y hemoderivados sin analizar, y de forma menos común, en

prácticas sexuales en las que haya exposición a sangre o transmisión vertical. Estos factores de riesgo hacen que la población penitenciaria presente una mayor prevalencia de infección con respecto a la población no encarcelada<sup>4</sup>.

Los centros penitenciarios albergan un elevado número de internos con prácticas de riesgo para la infección por los virus de las hepatitis, una gran parte de esta población se encuentra además dentro del rango de edad de riesgo (40-70 años) y otros muchos son población vulnerable (problemas salud mental, adicciones, etc). Las prisiones cuentan con las ventajas de poder realizar *screening* a toda la población reclusa a la entrada en el centro, disponen de personal de enfermería y la posibilidad del seguimiento por facultativos especialistas en enfermedades infecciosas/hepatología. Son de gran ayuda las publicaciones cada vez más frecuentes sobre las líneas a seguir para conseguir la eliminación del VHC en prisiones<sup>5,6</sup>.

El último informe específico sobre la seroprevalencia de hepatitis C en España realizado por el Ministerio de Sanidad, revela una prevalencia de anticuerpos frente al VHC en población general de 20 a 80 años de 0,85% y de infección activa de 0,22%<sup>7</sup>. Conocer los datos de seroprevalencia de nuestras prisiones es de vital importancia y cada vez son más los estudios publicados en nuestro país al respecto<sup>8</sup>.

España se muestra entre los líderes mundiales en alcanzar los objetivos de eliminación. Por parte del Ministerio de Sanidad se creó en el año 2015 un “Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C”, denominado PEACH<sup>9</sup>, así como una guía específica de cribado en el año 2020<sup>10</sup>. Gracias también al esfuerzo de multitud de sociedades científicas implicadas en estas estrategias, las previsiones de eliminación son excelentes y se prevé que finalicen incluso antes de las fechas establecidas<sup>11</sup>.

Las dos barreras fundamentales en la eliminación de las hepatitis víricas son: el infradiagnóstico, ya que existen todavía muchas personas que desconocen su estado de infección, y la ausencia de derivación de los pacientes infectados a las consultas de los especialistas en hígado para estudio y tratamiento.

Con el fin de avanzar hacia el mayor número de diagnósticos, se recomiendan simplificar la cascada del diagnóstico de los pacientes con hepatitis virales. Este objetivo fundamental, ha conducido a observar una importante transformación en los laboratorios de microbiología, tanto en sus procedimientos de trabajo, en el procesamiento de muestras, así como en el empleo de nuevas técnicas.

### **¿DE QUÉ HERRAMIENTAS DISPONE EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA PARA CONTRIBUIR A LA ELIMINACIÓN?: DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO**

**¿En qué consiste?:** Se trata de analizar, a partir de una única muestra de suero y mediante distintas técnicas microbiológicas, si el paciente presenta una infección activa, y por tanto requiere tratamiento y la derivación al especialista, o solo presenta exposición previa al virus sin necesidad de más estudios.

**¿Qué ventajas aporta?:** Se evitan extracciones sanguíneas seriadas al paciente, visitas innecesarias a los especialistas, pérdida de pacientes vulnerables, y se realiza una derivación dirigida, acortando por tanto las listas de espera.

- *Eficacia.* Un estudio realizado en 18 hospitales andaluces en 2019, evidenció que, simplificando el diagnóstico, los pacientes que llegaban al especialista aumentaron de un 55% a un 83%, evitando pérdidas en la derivación y mejorando el tratamiento<sup>12</sup>.
- *Coste-efectividad.* Evaluado en estudios que demuestran que, aunque supondría un incremento en el coste en pruebas diagnósticas, signifi-

fica un ahorro en términos de visitas médicas, por lo que el ahorro por paciente con carga viral positiva derivado al especialista sería de más de 3.000 euros<sup>13</sup>.

**¿Cómo se realiza?:** Mediante la detección de anticuerpos frente al VHC. Se emplean técnicas de elevada sensibilidad y una buena especificidad, generalmente con total automatización, pero no diferencian entre infección activa o resuelta.

**Estudio del ARN del VHC.** El ARN del VHC representa el genoma del virus. Es el marcador que indica replicación viral, por tanto, presencia de infección activa. Su positividad indica la necesidad de administrar tratamiento y su negatividad tras el mismo indica curación. Se estudia en equipos automatizados integrados en laboratorios, y son de alto coste por muestra.

**Estudio de Antígeno Core del VHC.** Forma parte de la estructura interna del VHC, e indica replicación viral. Su detección es sencilla y de menor coste que el ARN.

La aparición de test point of care (POC) frente al VHC ha hecho posible simplificar el diagnóstico en pacientes vulnerables, como usuarios de drogas por vía parenteral, centros acogida, centros de adicciones, etc. La determinación de anticuerpos en saliva, ARN en sangre capilar o el estudio a través de las gotas de sangre seca (DBS) facilita el diagnóstico en estas poblaciones<sup>14</sup>. Es de vital importancia la integración de los resultados de estas pruebas, la supervisión por parte de los laboratorios centrales de Microbiología, así como, la inclusión de los resultados en la historia clínica del paciente.

### **BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS DE PACIENTES INFECTADOS PERDIDOS EN EL SISTEMA**

Para conseguir la eliminación es necesario identificar a todos aquellos pacientes con resultados positivos con anterioridad pero que no han sido tratados. Para ello es fundamental el estudio de las bases de datos que disponen los laboratorios de microbiología. La explotación de las mismas supone la búsqueda de los pacientes perdidos en el sistema. El cruce de los datos de laboratorio, con los de farmacia hospitalaria junto con los datos epidemiológicos en las historias clínicas digitales, hacen posible el rescate de estos pacientes.

## CONSENSOS DE ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS

Gracias al consenso entre microbiólogos, hepatólogos e infectólogos, a través de distintas sociedades y grupos de trabajo (Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas, GEHEP/SEIMC; Asociación Española para el Estudio del Hígado, AEEH; Sociedad Española de Patología Digestiva, SEPD, y la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Virales en España, AEHVE), se ha elaborado un documento para realizar un diagnóstico integral de las hepatitis virales (B, C y D) a partir de una única extracción analítica<sup>15</sup>.

La propuesta es un algoritmo en cascada, donde ante un resultado positivo en las serologías frente a los virus de las hepatitis (B, C y D) se realice en la misma muestra un estudio de carga viral (ADN/ARN).

¿Cuál es el papel del microbiólogo en la eliminación de las diferentes hepatitis víricas?

Principalmente es el encargado de llevar a cabo el diagnóstico en un solo paso del que hemos hablado con anterioridad.

Participa en el diseño de las estrategias de diagnóstico y cribado. Como ejemplo, los estudios realizados aprovechando las campañas de vacunación frente a SARS-CoV-2 en determinadas poblaciones<sup>16</sup> o los estudios que utilizan el empleo de pooling o agrupación de muestras para abaratar los costes de los test diagnósticos<sup>17</sup>.

Puede ejercer de revisor de los listados de pacientes pendientes de tratar, comprobar la asistencia a consultas, así como la recogida de los tratamientos.

Puede facilitar el acceso a nuevas metodologías de diagnóstico para poder acceder a poblaciones vulnerables, dependiendo de las necesidades de personal dedicado a la toma de muestra, posibilidad o no de transporte de las mismas a los laboratorios o rapidez con que se requiera obtener el resultado.

Genera alertas en sus informes, de tal manera que se comunique de forma clara y específica a quien solicita la prueba el estado de la infección, y la actitud ante la derivación.

## CONCLUSIONES

Los centros penitenciarios albergan una población con alto riesgo de adquisición de infección por las distintas hepatitis víricas, pero cuentan con la ventaja de poder realizar controles analíticos a los internos a la entrada a las prisiones, pudiendo tener identificados de esa manera a los posibles candidatos a tratamiento.

Es necesario aunar esfuerzos para conseguir prisiones libres de hepatitis. Para ello es fundamental un trabajo multidisciplinar, donde el microbiólogo es una pieza clave en este proceso. El diagnóstico microbiológico en un solo paso, las alertas en los informes de laboratorio, las nuevas metodologías diagnósticas POC, la derivación dirigida al especialista o la búsqueda en base de datos de los pacientes perdidos, son piezas claves para lograr finalmente el éxito del objetivo.

Siguen siendo esenciales los programas de educación, prevención y difusión con el fin de aumentar la concienciación de todos los profesionales sanitarios y ampliar la información a la sociedad sobre la importancia de realizar una prueba para detectar hepatitis virales

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/who?sequence=1>
2. Hepatitis C. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Consultado el 5 de septiembre de 2022.
3. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis. *J Hepatol.* 2014;61(1 Suppl):S58-68.
4. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings: Prevention and control of communicable diseases in prison settings. European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings. Estocolmo: ECDC and EMCDDA Scientific Advice; 2018. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-prevention-control-bloodborne-viruses-prison-settings>
5. Akiyama MJ, Kronfli N, Cabezas J, Sheehan Y, Thuraiajah PH, Lines R, et al. Hepatitis C elimination among people incarcerated in prisons: challenges and recommendations for action within a health systems framework. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology.* 2021;6(5):391-400.
6. Crespo J, Tejerina Puente A, Cuadrado A, Llerena S, Cabezas J. Estrategia para la eliminación de la hepatitis C en Cantabria. *Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(7):565-70.
7. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/>

- docs/INFORME\_INFECCION\_VHC\_ESPANA2019.pdf
8. Gil-Sierra MD, Rios-Sanchez E. Programa multidisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de infección por virus de hepatitis C en prisiones. *Rev. OFIL ILAPHAR* 2021;31(3):303-8.
  9. Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junio de 2015. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan\\_estrategico\\_hepatitis\\_C.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf)
  10. Guía de cribado por la infección por el VHC. Ministerio sanidad. Julio 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA\\_DE\\_CRIBADO\\_DE\\_LA\\_INFECCION\\_POR\\_EL\\_VHC\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020.pdf)
  11. Crespo J, Tejerina Puente A, Cuadrado A, Llerena S, Cabezas J. Estrategia para la eliminación de la hepatitis C en Cantabria. *Rev Esp Enferm Dig* 2020;112(7):565-70.
  12. Casas MP, García F, Freyre-Carrillo C, Montiel N, de la Iglesia A, Viciano I, et al. Towards the elimination of hepatitis C: implementation of reflex testing in Andalusia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2020;112(7):515-9.
  13. García F, Domínguez-Hernández R, Casado M, Macías J, Téllez F, Pascasio JM, et al. La simplificación del proceso de diagnóstico de la hepatitis C crónica es una estrategia coste-efectiva. *Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica*. 2019;37(10):634-41.
  14. Biondi MJ, van Tilborg M, Smookler D, Heymann G, Aquino A, Perusini S, et al. Hepatitis C Core-antigen testing from dried blood spots. *Viruses*. 2019;11(9):830.
  15. Disponible en: [https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-dc-2022-Hepatitis\\_Virales\\_una\\_unica\\_extraccion\\_analitica.pdf](https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-dc-2022-Hepatitis_Virales_una_unica_extraccion_analitica.pdf)
  16. Crespo J, Lazarus JV, Iruzubieta P, García F, García-Samaniego J, Alliance for the Elimination of Viral Hepatitis in Spain. Let's leverage SARS-CoV-2 vaccination to screen for hepatitis C in Spain, in Europe, around the world. *J Hepatol*. 2021;75:224-6.
  17. Aguilera A, Pereira S, Fuentes A, de Salazar A, Trastoy R, Navarro D, et al. Pooling samples for hepatitis C RNA detection. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(8):608-9.

# Infecciones de transmisión sexual en el adulto.

## Atención inmediata

Martín-Aspas A

Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. H.U. Puerta del Mar. Cádiz.

### RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual están aumentando su frecuencia anualmente tanto en la comunidad como en instituciones cerradas. Dada su fácil transmisibilidad, parte del control de las mismas y a fin de evitar pérdidas de seguimiento, son el diagnóstico y tratamiento adecuado precoz, idealmente en acto único, de los principales síndromes clínicos que pueden presentarse. Los más frecuentes a este respecto son la uretritis/cervicitis, proctitis y las úlceras genitales. La infección crónica por virus de hepatitis B o C y virus de la inmunodeficiencia humana necesitan un tratamiento especializado y prolongado, por lo que, aun incluyéndolas en protocolos diagnósticos, no hablaremos de su tratamiento salvo las pautas preexposición y postexposición al VIH. Mención especial merece la sífilis, una de las enfermedades catalogadas como “gran simuladora”, que precisa de una alta habilidad clínica para su diagnóstico y tratamiento dado el riesgo de complicaciones graves, y que actualmente también está en significativo aumento.

### EPIDEMIOLOGÍA

La detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es un importante problema de salud pública tanto por el daño que pueden provocar al sujeto que las padece como por la fácil transmisión a otras personas, de ahí lo trascendente de su control. El último informe disponible de las enfermedades de declaración obligatoria en España (gonococo, sífilis y *Chlamydia trachomatis* serovares D-K) muestran un aumento en la tasa anual de todas ellas (25%, 18%, 34% respectivamente), siendo estable la tasa de incidencia anual para el VIH, y apareciendo en los últimos años como infección emergente el linfogranuloma venéreo (LGV) (*Chlamydia trachomatis* serovares L1-L3). A excepción de la infección por *C. trachomatis* que es más frecuente en mujeres (54%), el resto se da en varones en más del 80% de los casos (la mayoría hombres que tienen sexo con hombres [HSH]). La media de edad de los casos de ITS es entre los 20 y 44 años, generalmente menor en la infección por *C. trachomatis* (26 años de media) y mayor en la sífilis (36 años)<sup>1</sup>.

Un aspecto relevante es la coinfección por más de un agente al atender a estos pacientes, que puede ser asintomática. La frecuencia es muy variable según la población estudiada en las diferentes publicaciones.

En los pacientes atendidos en nuestro centro el 21% de los casos presentaban coinfección (datos propios, no publicados). De ahí la importancia de hacer una valoración y diagnóstico completo de posibles ITS al atender a estos pacientes, independientemente del motivo por el que consulten<sup>2</sup>.

En prisiones la prevalencia de gonococo y *Chlamydia* llega a ser mayor que en la población general, especialmente en menores de 35 años. Influyen factores como la situación social previa desfavorecida, no disponer de preservativos ni lubricantes, el uso de drogas y relaciones sexuales con múltiples parejas que puede ser forzada o con intereses comerciales. Por este motivo, en las recientes guías del *Center for Disease Control* se aconseja ofrecer (estrategia opt-out) el cribado de hepatitis (A, B y C), VIH, gonococo y *Chlamydia* en todos los menores de 30 años y de trichomonas en mujeres menores de 35 años; el cribado de sífilis se aconseja en función de la prevalencia en la zona<sup>3</sup>. Un reciente documento de la OMS recoge estas mismas recomendaciones, resaltando la importancia de garantizar la asistencia completa a las ITS en instituciones cerradas (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), incluso disponiendo de material para diagnóstico rápido en caso necesario<sup>4</sup>.

## HISTORIA CLÍNICA Y TEST DIAGNÓSTICOS

No toda lesión genital es debida a una infección, por lo tanto, se debe hacer una historia clínica adecuada que evalúe el riesgo de contraer una ITS: debe haber un contacto sexual y tiempo de exposición compatible con el periodo de incubación. Se consideran de mayor riesgo adolescentes y adultos sexualmente activos, especialmente si reconocen múltiples contactos sexuales, han padecido alguna ITS en el último año o mantenido relaciones con un contacto diagnosticado de ITS, profesionales de la prostitución y sus clientes, el uso de alcohol y drogas para mantener relaciones sexuales, o haber sido víctima de violencia sexual<sup>5,6</sup>. Durante la entrevista es importante conocer hábitos sexuales (sexo oral, vaginal y/o anal) o consumo de drogas intravenosas, para establecer riesgos y decidir qué muestras tomar. Igualmente informar al paciente adecuadamente sobre la forma de transmisión de estas infecciones y la manera de prevenirlas para minimizar riesgos.

Para el diagnóstico de las ITS fundamentalmente utilizamos muestra sanguínea para realizar serología de sífilis, VIH y hepatitis A/B/C: además de diagnóstico (conociendo el periodo ventana para cada una de ellas) selecciona a personas candidatas a vacunación de hepatitis A y/o B. Se toman también muestras directas con torunda y transporte en medio líquido que servirán simultáneamente para cultivo habitual (especialmente recomendado para el gonococo, a fin de conocer sensibilidad antibiótica) y detección de patógenos por técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR), de este modo aumenta significativamente la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y son actualmente las más utilizadas. La muestra se puede tomar de faringe, primera orina de la mañana, uretra, vaginal/cérvix, recto o úlcera (dependiendo del riesgo detectado durante la entrevista y el síndrome clínico) y está disponible para la detección de varios patógenos, generalmente comercializadas para detección múltiple según el síndrome clínico. Una ventaja fundamental para su uso en instituciones cerradas es la viabilidad de las pruebas pese a necesitar conservación previo traslado al laboratorio de referencia, pues no altera el resultado salvo para el cultivo de gonococo. Siguen disponibles pruebas tradicionales como el cultivo directo en placa, visión directa del gram, trichomonas y campo oscuro de exudado, pero necesitan un proceso rápido en el laboratorio<sup>7</sup>. De todas las disponibles generalmente las más usadas en exudados u orina son las que detectan simultáneamente gonococo/*Chlamydia* o la de siete patógenos (gonococo, *Chlamydia*, trichomonas, ureaplasma ssp. y *mycoplasma* ssp.) si bien ésta última se recomienda sólo en

situaciones especiales y no de rutina<sup>8</sup>, y para úlceras genitales las que detectan virus herpes simple (tipos 1 y 2), *Treponema pallidum*, LGV, citomegalovirus (CMV) y chancroide<sup>9</sup>. Si bien estas técnicas de PCR necesitan equipamiento complejo y personal entrenado, existen técnicas rápidas y simples de utilizar por inmunocromatografía en sangre capilar para el diagnóstico de VIH y sífilis<sup>10</sup>.

## PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS Y TRATAMIENTO INMEDIATO

Describimos a continuación qué pruebas realizar y qué tratamiento empírico aplicar durante la atención médica según la situación clínica que se plantea con más frecuencia. Si los resultados de las pruebas realizadas detectan un germen no cubierto con el tratamiento empírico, se dará el tratamiento específico correspondiente<sup>3-5,11</sup>.

- Relación de riesgo asintomática. Personas que por hábitos sexuales quieren descartar cualquier infección de transmisión sexual aunque no presenten síntomas: buscaremos aquellas que precisen tratamiento aun siendo asintomáticas (a fin de evitar complicaciones futuras y transmisión), pero sólo se aconseja tratamiento ante un contacto estrecho con una ITS diagnosticada, o bien ante el resultado positivo de alguna de las determinaciones realizadas. Se aconseja serología de sífilis y hepatitis C, de hepatitis A y B si se desconoce situación de inmunidad y de VIH si fuese previamente negativo. Además, muestra faríngea, uretral/cervical/primer chorro de orina y/o rectal (según hábitos sexuales) en torunda con medio líquido para cultivo y PCR de gonococo y *Chlamydia* (en algunas series, hasta la mitad de los casos diagnosticados han sido portadores asintomáticos).
- Uretritis/Cervicitis. La uretritis en el varón es fácilmente reconocible por la secreción uretral espontánea (generalmente grisácea para el gonococo y más escasa y transparente en *Chlamydia*), sin embargo, la cervicitis suele ser poco sintomática (dispareunia y ligero sangrado postcoital). Aconsejamos muestras para cultivo y PCR de primer chorro de orina/uretral/cervical y rectal si ha habido también penetración anal (podría identificarse un germen no cubierto con el tratamiento empírico de la uretritis/cervicitis), y realizar serologías igual que en punto anterior. Se aconseja tratamiento empírico para cobertura de gonococo y *Chlamydia* que son los gérmenes más frecuentemente implicados con ceftriaxona 500 mg i.m.

o cefixima 800 mg oral en dosis única + doxiciclina 100 mg/12 horas vía oral durante 7 días (se prefiere mantener azitromicina 1 gramo oral dosis única como alternativa para evitar aparición de resistencias); en estos casos no tomamos muestra faríngea pues quedarían eliminados los gérmenes con el tratamiento.

Solo en caso de síntomas persistentes y pruebas previas negativas, se investigará la presencia de *Mycoplasma genitalium* y *Ureaplasma* ssp. en cualquier caso y *Trichomonas vaginalis* en mujeres y varones heterosexuales<sup>8</sup>.

- Proctitis. Puede presentar prurito anal, dolor, tenesmo rectal, sangrado, estreñimiento y supuración anal. Con frecuencia suele ser asintomática y puede ser difícil de diagnosticar si no se hace una historia clínica dirigida, y el uso de preservativo en el coito anal no siempre protege de la infección; si los síntomas aparecen justo después de la relación, el motivo puede ser un coito traumático. Los gérmenes más frecuentes son gonococo, *Chlamydia* (incluido LGV), sífilis y VHS 1 y 2<sup>12</sup>. Se tomarán serologías, muestra de canal anal para cultivo y PCR de gonococo, VHS y *Chlamydia* (si ésta fuese positiva, el laboratorio debe comprobar si se trata de LGV). El tratamiento empírico es similar al de la uretritis, pero si además hubiese úlceras perianales, podría añadirse aciclovir 400 mg/8 horas vía oral durante 5-7 días si sugiere herpes (varias úlceras superficiales y vesículas perianales y dolorosas). Si se detecta en las pruebas *C. trachomatis* tipo LGV, el tratamiento con doxiciclina se prolonga hasta 21 días (si se optó por azitromicina 1 gr dosis única en el tratamiento empírico, se debe repetir la dosis los días 7 y 14).
- Úlceras anogenitales. Generalmente provocadas por VHS 1 y 2 (habitualmente pequeñas, múltiples y superficiales, algunas en fase de vesícula y con adenopatías inguinales dolorosas) o por sífilis (chancro primario: generalmente única, más profunda y limpia con bordes elevados indurados y adenopatía unilateral no dolorosa; pero la manifestación de la sífilis primaria puede ser muy variable, especialmente en mucosas, y difícil de reconocer), y muy infrecuente pero de nueva instauración la infección por *Chlamydia* LGV (pequeña úlcera no dolorosa que cura en una semana, con aparición posterior de adenopatías bilaterales de gran tamaño)<sup>13</sup>. Además de serologías, se deben tomar muestras para PCR de los tres patógenos implicados, y también aconsejamos tomar muestras para gonococo y *Chlamydia* de faringe, orina/uretra/

orina y recto (según prácticas), dado lo frecuente de la coinfección. En este caso el tratamiento empírico puede aplicarse si hay una alta sospecha del germen etiológico tanto por la clínica como por el antecedente de algún contacto sexual diagnosticado, o bien esperar a resultados; ocasionalmente las úlceras genitales también pueden responder a un coito traumático, especialmente si aparecen en las primeras horas tras la relación. Para el tratamiento del VHS se indica aciclovir (similar a previo) y si se sospecha sífilis una dosis de penicilina G benzatina 2,4 MU intramuscular (doxiciclina 100 mg/12 horas durante 14 días como alternativa); dado lo infrecuente todavía del LGV como causa de úlcera genital, no aconsejamos tratamiento empírico.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE LA SÍFILIS

El chancro sífilítico, lesión inicial de la enfermedad (entre 10-90 días de la infección) se acompaña de adenopatías indoloras, pero puede no identificarse si se da en cérvix o recto, y no reconocerse en faringe; puede ser múltiple. Le sigue la sífilis secundaria, con una presentación muy variable: el rash cutáneo que afecta a palmas y plantas es muy característico, pero no siempre presente, puede manifestarse con síntomas generales (fiebre, malestar), alopecia areata, condilomas planos, parches mucosos en la lengua... siendo necesaria una alta sospecha clínica<sup>14</sup>.

El diagnóstico se hace fundamentalmente por serología, mediante anticuerpos treponémicos y no treponémicos (que se deben cuantificar), siendo éstos los que nos ayudan a interpretar actividad de la enfermedad. La lectura es compleja y debe hacerse en el contexto de la historia clínica y serologías previas si se dispone de ellas, pues un resultado puede responder a situaciones distintas: si tenemos un resultado de un test treponémico positivo y un no treponémico, por ejemplo, RPR de 1:2, estos resultados podrían responder a tres situaciones:

- si el paciente se trató ocho meses antes de sífilis y el título RPR era de 1:16, sería compatible con curación al haber ocurrido un descenso en tres diluciones;
- en un paciente asintomático, con relaciones de riesgo y serología negativa seis meses antes, sería una sífilis latente precoz;
- en un paciente asintomático del que no hay ninguna serología previa y no recuerda haberse tratado, sería una latente indeterminada<sup>15</sup>.

Si bien en la sífilis secundaria la serología siempre es positiva, en la fase primaria puede ser negativa hasta en el 20% de los pacientes, en estos casos se puede realizar una determinación por PCR de la presencia de *T. pallidum* si se tiene el test disponible<sup>16</sup>. En algunos centros sigue disponible la visualización en campo oscuro, pero actualmente está en desuso.

En todo paciente atendido por sífilis se debe descartar la presencia de neurosífilis: actualmente las formas más habituales se presentan durante el primer año de la infección, ya desde la fase secundaria hasta en el 6% de los pacientes, en forma de meningitis aséptica, afectación de pares craneales (especialmente II y VIII) y menos frecuente como isquemia cerebral<sup>17</sup>. Por lo tanto, siempre se debe hacer una historia y exploración clínica dirigida a detectar esta situación: explorar signos meníngeos, alteración de agudeza y campo visual, presencia de hipoacusia/acúfenos/vértigo. Ante la sospecha clínica hay que realizar punción lumbar para el diagnóstico, que implica tratamiento con penicilina intravenosa si se confirma, pues no hay evidencia de que la pauta intramuscular atraviese adecuadamente la barrera hematoencefálica.

## OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El virus del papiloma humano (VPH) es probablemente una de las más frecuentes, pero no se recomienda la búsqueda sistemática de forma general. Solo cuando hay condilomas acuminados se recomienda tratamiento local (imiquimod, podofilotoxina o crioterapia como tratamiento tópico y tratamiento quirúrgico en lesiones extensas), además del cribado de afectación de cérvix en mujeres y del cáncer anal tanto en hombre como mujeres, realizando determinación por PCR de genotipos solo en circunstancias especiales<sup>3</sup>.

En la historia clínica y exploración de los pacientes se deben tener en cuenta posibles formas complicadas, como la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres, y la orquitis o prostatitis en varones, que precisarán tratamientos más prolongados, y pudiendo estar implicadas enterobacterias en caso de haber coito anal.

La uretritis y cervicitis pueden estar causadas por *Mycoplasma genitalium*, pero sólo se recomienda su búsqueda en casos de síndromes persistentes sin haberse identificado otro patógeno causante y analizando la resistencia a macrólidos. No se aconseja su búsqueda ni tratamiento en personas asintomáticas<sup>18</sup>.

El contacto cutáneo durante las relaciones sexuales puede provocar la sarna (*Sarcoptes scabiei*), caracterizada por el intenso picor nocturno y lesiones características de rascado, los surcos acarinos en las manos, y lesiones nodulares en formas más crónicas. Además del tratamiento tópico con permetrina, se indica el oral con ivermectina<sup>3</sup>.

## PREVENCIÓN

La información adecuada a las personas con ITS sobre su forma de transmisión y presentación clínica son fundamentales para el autocuidado, así como facilitar en lo posible material informativo y profiláctico (preservativos, lubricante). Igualmente verificar vacunación frente a hepatitis A y B y a VPH según las indicaciones de financiación. El estudio de contactos es imprescindible para cortar la cadena de transmisión.

Mención especial merecen la profilaxis postexposición (PPE) y preexposición (PrEP) frente al VIH. La PPE se debe valorar en toda persona que refiera una relación con riesgo de infección por VIH (fundamentalmente contacto con persona VIH conocida sin tratamiento eficaz o desconocido si ha habido penetración con eyaculación), siempre y cuando el tratamiento se inicie no más tarde de 72 horas tras la exposición (idealmente en las primeras 24 horas), con emtricitabina/tenofovir + raltegravir como pauta preferente, que se mantendrá durante 28 días<sup>11</sup>. Es aconsejable que cualquier unidad que pueda atender de forma urgente este tipo de situaciones tenga disponible el tratamiento al menos para los primeros días hasta que el caso se pueda valorar en consulta especializada.

Actualmente en España ya está financiado el uso de PrEP (junto a otras medidas preventivas) para evitar la infección por VIH en personas de 16 o más años, descartada infección previa por VIH y riesgo elevado de infectarse, considerándose inicialmente población beneficiaria mujeres en situación de prostitución con uso inconsistente de preservativo, HSH y personas transexuales si cumplen al menos dos de los siguientes en el año previo: más de 10 contactos sexuales distintos, práctica de sexo anal sin preservativo, uso de drogas para mantener sexo sin preservativo, administración de PEP o alguna ITS; la revisión actual incluye a hombres y mujeres heterosexuales y a usuarios de drogas inyectadas con prácticas no seguras que cumplan los criterios descritos previamente<sup>19</sup>. El tratamiento se hace con un comprimido diario de emtricitabina/tenofovir durante el tiempo que se estime que la persona está en riesgo de contraer la infección

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia\\_ITS\\_1995\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2019.pdf) [consultado el 19/08/2022]
2. Raben D, Hoekstra M, Combs L, et al. A call to action toward integrated testing and earlier care for viral hepatitis, HIV, STIs and TB. *HIV Medicine*. 2020;21:403–408.
3. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4): 1–187
4. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390> [consultado el 19/08/2022]
5. Peinado C, Velilla S. Cribado y estudio de contactos de infecciones de transmisión sexual en Atención Primaria. Más allá del diagnóstico. *AMF*. 2018;14:251–258.
6. Hernandez L, Valladolid A, Ferrero OL, Díez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37:187–194.
7. Caruso G, Giammanco A, Virruso R, Fasciana T. Current and future trends in the laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:1038. doi. org/10.3390/ijerph18031038
8. Horner P, Donders G, Cusini M, Gomberg M, Jensen JS, Unemo M. Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men and women? – a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1845–1851.
9. Otero-Guerra L, Fernández-Blázquez A, Vazquez F. Diagnóstico rápido de las infecciones de transmisión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:444–450.
10. Van Den Heuvel A, Smet H, Prat I, Sands A, Urassa W, Fransen K, et al. Laboratory evaluation of four HIV/syphilis rapid diagnostic tests. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1. doi: 10.1186/s12879-018-3567-x.
11. del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(2):117–126.
12. de Vries HJC, Nori AV, Kiellberg H, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:1434–1443.
13. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vriese NHN, et al. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:1821–1828.
14. New York City Department of Health and Mental Hygiene, and the New York City STD Prevention Training Center. The Diagnosis and Management of Syphilis: An Update and Review. March 2019. Disponible en: [www.nycptc.org](http://www.nycptc.org) [consultado 30 de junio de 2022].
15. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:574–88.
16. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The laboratory diagnosis of syphilis. *J Clin Microbiol*. 2021;JCM.00100–21.
17. Ropper AH. Neurosyphilis. *N Engl J Med*. 2019;381:1358–63.
18. Soni S, Horner P, Rayment M, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018). *Int J STD AIDS*. 2019;30:938–950.
19. Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. Actualización diciembre de 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual\\_PrEP\\_FINAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf). [Consultado el 29 agosto 2022].

## COMUNICACIONES. ATENCIÓN PRIMARIA

### Perfil de los pacientes extranjeros de un brote de SARS-CoV-2 en prisión que habían rechazado la vacunación anticovid-19

Elena Yela González, Pilar Sánchez Encomienda, A. Cobos, Àngels Flores Imbernón, Carmen Macías Gómez, J.A. Gramunt, M. De Odriozola, N. Guirado

EAPP Sant Esteve Sesrovires 1. Barcelona.

**Objetivo:** Determinar las características descriptivas de los pacientes extranjeros infectados en un brote de SARS-CoV-2 en prisión que habían rechazado la vacunación anticovid-19.

**Material y método:** Se estudia a la población extranjera incluida en un brote de SARS-CoV-2 ocurrido en el centro penitenciario (CP) de Brians-1 en julio de 2022 y que rechazó la vacunación para COVID-19. Se recogieron las variables: edad, origen, religión y nivel de estudios. Se interrogó a los pacientes mediante un cuestionario “*ad hoc*” sobre motivos de rechazo a la vacunación: dudas sobre eficacia o seguridad, creencias conspiranoides u otras y se comprobó el carácter predictivo de las variables incluidas mediante un análisis bivalente.

**Resultados:** Se estudiaron 23 pacientes, todos hombres, de  $35,6 \pm 6,9$  años de edad media. Más de la mitad de los casos eran originarios de Marruecos (43,5%) y Rumania (13%), mientras que el resto procedían de otros países. El 21,5% eran analfabetos, y el 60,9% de religión musulmana.

Los principales motivos para rechazar la vacunación fueron: a) las dudas sobre la seguridad (47,8%); b) no creer en la gravedad de la enfermedad (21,7%); c) tener dudas sobre la eficacia de la vacuna (21,7%); y d) creer en teorías conspiranoides (21,7%). No hubo variables que se asociaron significativamente al rechazo a la vacunación.

**Discusión:** Se ha observado en otros estudios en población penitenciaria un mayor rechazo a la vacunación anticovid-19 en población extranjera. En este estudio el rechazo ocurría por diferentes causas, aunque la principal estaba asociada a dudas respecto a la seguridad de la vacuna. Se recomienda diseñar estrategias que aumenten la información y ayuden a eliminar creencias alejadas de la información científica.

**Palabras clave:** prisión; infección por Coronavirus; brote por 2019-nCoV.

# Prevalencia y causas de rechazo de la vacunación anticovid-19 en un centro penitenciario de Barcelona

Elena Yela González, Lidia Puig, Mireia Llopart, Sonia Mellado, Maite Serrats, Adrià Jacas, Xenia Rué

EAPP Sant Esteve Sesrovires 1. CP Brians 1. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer y describir las causas de rechazo de la vacunación anticovid-19 en presos del Centro Penitenciario Brians 1.

**Material y método:** Estudio de prevalencia, descriptivo, transversal realizado en el Centro Penitenciario de Brians 1 que incluyó a los pacientes que habían rechazado alguna dosis de la vacuna para COVID-19 hasta abril de 2022.

Se recogieron las variables de género, edad, origen, religión, nivel de estudios y de comprensión de la lengua española. Además, se pasó un cuestionario “*ad hoc*” sobre motivos de rechazo a la vacunación, que permitía anotar más de una causa de rechazo, y que incluía: a) dudas sobre eficacia o seguridad de la vacuna; b) creencias sobre estar inmunizado de forma natural o no percibir riesgo grave al COVID-19; c) ideas conspiranoides u otras.

Se comprobó la asociación estadísticamente significativa de las variables incluidas mediante un análisis bivariante y, si procedía, multivariante mediante regresión logística.

**Resultados:** El 18,8% (n=220) de la población de Brians-1 (n= 1169) mostró rechazo a la vacunación anticovid-19. Pudieron ser estudiados 139 (63,2%) ya que el resto fueron excarcelados o trasladados a otros centros durante el periodo de estudio. La edad media era de 35,1 años, todos eran varones y el 77% eran extranjeros, mayoritariamente de antiguos países del Este de Europa (30,2%) o del Magreb (20,9%). El 47,4% tenía un nivel de estudios primarios o inferior. En cuanto a la comprensión del idioma, había 52 (37,4%) que no lo entendían o sólo entendían algunas palabras, pero no lo hablaban. La mayoría (77,7%) de los que no quisieron vacunarse, rechazaron todas las dosis.

En los que hubo rechazo, el 52% refirió dudas sobre la seguridad y la eficacia de la vacuna, el 27% no creía tener riesgo a infectarse o creía estar inmunizado de forma natural. mientras que el 20,9% creía en teorías conspiranoicas respecto al COVID-19 y el 26,6% en teorías conspiranoides en general.

El análisis por categorías mostró: a) que los extranjeros que rechazaron vacunarse eran más jóvenes (33,4 años *vs.* 40,2 años en españoles;  $p=0,009$ ); b) que las teorías conspiranoides eran más frecuentes es españoles (46,9% *vs.* 20,6% extranjeros  $p=0,004$ ) y c) que los que no entendían el idioma creían menos en la inmunidad natural o en no tener riesgo de infectarse (10,7% *vs.* 31,5%  $p=0,03$ ).

**Discusión:** El rechazo a la vacunación es moderadamente alto, especialmente en población extranjera y a menudo sustentado en ideas falsas o irracionales. Se recomienda diseñar estrategias que aumenten la información y la formación, especialmente en cuanto al riesgo de adquirir la infección, en cuanto a la inmunidad natural y adquirida, y en cuanto a la seguridad vacunal, lo que podría evitar creencias que contribuyen al rechazo a la vacunación.

**Palabras clave:** prisión; COVID-19; vacunación; creencias.

# Programa de cirugía menor en un centro penitenciario

Asier López de Arcaute Trincado, Inmaculada Atrio, M<sup>a</sup> Isabel Pérez de San Román, M<sup>a</sup> Angeles Viejo, Rafael Velasco

Centro de Salud Zaballa. Centro Penitenciario de Araba/Álava.

**Introducción:** Dentro de la cartera de servicios de la atención sanitaria en los centros penitenciarios, se encuentra la cirugía menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios.

En nuestro centro venimos observando una demanda continua de estos servicios en los últimos años que, unida al largo tiempo de espera y baja accesibilidad a la atención especializada, trajo como consecuencia la organización de un circuito de cirugía menor.

## Objetivos:

- Crear un circuito que dé solución a la demanda de procedimientos de cirugía menor en nuestro centro.
- Capacitar al personal médico y de enfermería de nuestro centro en técnicas de cirugía menor.
- Evitar tiempos de espera prolongados en derivaciones al Servicio de Cirugía General, así como derivaciones innecesarias.

## Métodos:

- Capacitación de profesionales: tuvieron lugar, en el centro, dos jornadas (teórica y práctica) a cargo de un cirujano. Asimismo, se rotó dos días por el quirófano de cirugía menor del hospital.
- Selección de un médico de nuestro centro como referente del programa y al que se le derivarán los casos susceptibles de cirugía menor.
- Realización de los procedimientos de cirugía y, si procede, derivación de las muestras a Anatomía Patológica.

**Resultados:** Los procedimientos más comunes son las extracciones de uñas encarnadas, exéresis de quistes sebáceos, lipomas y nevus.

En los últimos cinco años han tenido lugar los siguientes actos de cirugía menor:

### Año 2018:

- Uñas: 5
- Nevus: 1
- Quistes sebáceos: 3
- Otros: 1
- Total: 10

### Año 2019:

- Uñas: 9
- Nevus: 0
- Lipomas: 5
- Quistes sebáceos: 4
- Otros: 3
- Total: 21

Año 2020:

- Uñas: 1
- Nevus: 2
- Lipomas: 4
- Quistes sebáceos: 2
- Otros: 3

Total: 12

Año 2021:

- Uñas: 1
- Nevus: 3
- Quistes sebáceos: 11
- Otros: 2

Total: 17

Año 2022:

- Uñas: 5
- Nevus: 3
- Quistes sebáceos: 2
- Otros: 2

Total: 12

Total programa: 77

- Uñas: 26
- Nevus: 9
- Lipomas: 9
- Quistes sebáceos: 22
- Otros (fibromas, cuerpos extraños...): 11

En estos años no se han producido complicaciones reseñables, excepto alguna infección leve de los puntos de sutura.

#### **Conclusiones:**

- La realización de procedimientos de cirugía menor en el centro penitenciario evita largos tiempos de espera y derivaciones innecesarias al hospital.
- El programa de cirugía menor ha permitido la capacitación de profesional médico y de enfermería del centro penitenciario.
- La sanidad penitenciaria es un ámbito adecuado para la realización de cirugía menor.

**Palabras clave:** cirugía menor; centro penitenciario.

# Prevalencia de síndrome metabólico en la población penitenciaria de Cataluña. *FATPRISON Study*

Andrés Marco Mouriño<sup>1</sup>, Jesús Rivera-Esteban<sup>2</sup>, Salvador Quintero<sup>3</sup>,  
María del Ara Moruno<sup>4</sup>, Verónica Paredes<sup>5</sup>, Sana Cher Yemlahi<sup>6</sup>,  
Elena Flores<sup>7</sup>, Roger Torrents<sup>8</sup>, Xenia Rue<sup>9</sup>, Francisco Rodríguez-Frias<sup>10</sup>,  
Elisabet Turu<sup>1</sup>, Juan Manuel Pericás JM<sup>2</sup>, Grupo *FatPrison Study*\*

<sup>1</sup>Programa de Salud Penitenciaria. Institut Català de la Salut.

<sup>2</sup>Unidad de Hígado, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona.

<sup>3</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Brians-2. Barcelona.

<sup>4</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Quatre Camins. Barcelona.

<sup>5</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Lledoners. Barcelona.

<sup>6</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Figueres. Girona.

<sup>7</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Ponent. Lleida.

<sup>8</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Mas Enric. Tarragona.

<sup>9</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria Brians-1. Barcelona.

<sup>10</sup>Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de factores premórbidos de síndrome metabólico (fpSM) en reclusos de Cataluña, total y por categorías.

**Material y método:** Estudio multicéntrico, transversal de prevalencia. Se estudió en octubre 2021 a los reclusos de Cataluña, mayores de 18 años, penados y no en régimen abierto. Se comprobó si presentaban al menos 1 fpSM: 1. obesidad (Índice de masa corporal  $>26$  o  $30 \text{ kg/m}^2$  en mujeres y hombres, respectivamente); 2. dislipemia (tratamiento hipolipemiente o triglicéridos séricos  $\geq 150 \text{ mg/dL}$  y/o colesterol total  $>200 \text{ mg/dL}$ , LDL  $>130 \text{ mg/dL}$ , HDL  $<40 \text{ mg/dL}$  en hombres y  $<50 \text{ mg/dL}$  en mujeres); 3. hipertensión arterial (tratamiento antihipertensivo o TA  $\geq 130/85 \text{ mmHg}$ ); y 4. diabetes mellitus (tratamiento antidiabético o glucemia plasmática en ayunas  $\geq 126 \text{ mg/dL}$ , glucemia tras sobrecarga oral  $\geq 200 \text{ mg/dL}$  y/o hemoglobina glicosilada [HbA1c]  $\geq 6.5\%$ ). Fuente de Información: Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP) de Cataluña. Se recopilaron variables epidemiológicas y clínicas. Se calculó la tasa de prevalencia y las variables asociadas a fpSM mediante un análisis multivariante de regresión logística, calculándose la *odds ratio* ajustada (ORA) con intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** Se estudiaron 4.338 internos (93,9% hombres), de 38,4 años de edad media (rango: 18-87). El 45,2% español y el 6,7% infectado por VIH. No había diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a diabetes, HTA o dislipemia, pero sí más obesidad en mujeres (11,6% *vs.* 37,7%;  $p<0,001$ ).

El 29,7% ( $n=1.290$ ) presentaba algún fpSM, más si mayor edad (los  $>60$  años tenían 7, 30 y 176 veces más probabilidad de presentar fpSM que los de 40-60, 21-39, y  $<21$  años, respectivamente) y variaba según origen: más en asiáticos [fpSM 40%;  $p=0,009$ ; ORA: 1,92 (1,17-3,14)]; ciudadanos de la UE [fpSM 37,1%;  $p=0,01$ ; ORA: 1,50 (1,10-2,04)] y latinoamericanos (fpSM 33,1%;  $p=0,005$ ; ORA: 1,64 (1,16-2,31) y menos en internos del Magreb (fpSM 12,5%;  $p<0,001$ ; ORA: 0,66 (0,46-0,94)). También ser mujer [fpSM del 37,7%;  $p<0,001$ ; ORA: 2,40 (1,80-3,21)] y estar infectado por el VIH (fpSM del 55,5%;  $p<0,001$ ; ORA: 2,92 (2,13-4,00) se asoció a más probabilidad de fpSM.

**Discusión:** Los reclusos son jóvenes (38 años de media) pero con alta prevalencia de fpSM, especialmente en los de más edad, en mujeres, en infectados por VIH y en los originarios de la UE, Asia o Latinoamérica. La prevención y, en su caso, el diagnóstico del síndrome metabólico es básico y su abordaje y manejo debe ser un objetivo prioritario a nivel global y penitenciario.

**Palabras clave:** síndrome metabólico; prisión; prevalencia; factores predictivos.

# Gestión de la demanda de enfermería

Sergio Fernández Vaquerizo, Beatriz García Cissal, Virginia Martínez Velázquez, Lourdes Piñel Pérez, Esther García Valencia, Ana Eva Blanco Quiroga, Marta Vallecillo Hernández, Alicia Redondo Merino, Gloria Sanz Alfayate, Begoña Merchán Domínguez, Natalia Calleja de Castro

Centro Penitenciario La Moraleja. Dueñas. Palencia.

---

**Introducción:** Ante la preocupante situación de déficit de profesionales y de la especialización de los profesionales de enfermería, se han implantado en diferentes ámbitos de actuación la Gestión Compartida de la Demanda, en el que el profesional enfermero muestra un liderazgo en el manejo de patología aguda, buscando la resolución de problemas por el profesional más adecuado, mejorando la eficiencia en la atención de los internos.

**Objetivo:** Aumentar la resolución de problemas de baja complejidad fomentando autocuidados y sin exceder las competencias de las enfermeras.

**Material y método:** Para lograr la implantación de este sistema de gestión compartida de la demanda se hace necesario analizar el desarrollo e implementación de este mismo sistema en Gerencias de Atención Primaria donde la implantación fue excelente y adaptar los protocolos ya existentes para la atención de diversas patologías y urgencias al ámbito penitenciario.

**Resultados:** La evidencia científica muestra que la gestión de la demanda con profesionales enfermeros obtiene una alta resolución de las afecciones atendidas que son en su mayoría afecciones que afectan a vía aérea superior, problemas gastrointestinales y heridas y quemaduras y cuando dicha gestión a la demanda compartida se pone en funcionamiento la enfermera logra una resolución de forma autónoma de más de un 70% de los casos y garantiza además de la resolución educación sanitaria para fomentar el autocuidado y disminuir el porcentaje de recurrencia del problema planteado.

## Conclusiones:

- Dada la experiencia de la implantación de este modelo en Gerencias de Atención Primaria de reconocido prestigio, habría que analizar la situación de los próximos años elaborando un marco estratégico que incluya el abordaje de los procesos de baja complejidad por las enfermeras.
- Para que esto suponga un éxito es necesario trabajar de forma coordinada entre los profesionales médicos y enfermeras, contando con aquellos profesionales que ya han tenido experiencia en este nuevo modelo de gestión.
- Este aumento de autonomía y responsabilidad de los profesionales de enfermería debería verse acompañado al mejorar la eficiencia del sistema de un reconocimiento profesional, que permita seguir creciendo y querer aumentar las competencias propias de la profesión, ya que, si bien es cierto en todos los sistemas donde la enfermera juega un papel clave en la gestión compartida de la demanda hay sistemas que valoran sus competencias (sistema de carrera profesional) de forma adecuada, premiando, reconociendo y potenciando la formación de las mismas, la investigación....

**Palabras clave:** gestión a la demanda; resolución; protocolos; liderazgo enfermero.

# Intervenciones en deshabituación tabáquica en un centro penitenciario

Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Eusebio Espuela García, Delia González Tejedor, M<sup>a</sup> Antonia Domínguez García, Ana Bonilla Jaime

Centro Penitenciario Valdemoro - Madrid III. Valdemoro. Madrid.

**Introducción:** El tabaquismo en prisiones es un gran problema que debemos priorizar porque es la primera causa de enfermedad y muerte prevenible.

## Objetivos:

- Concienciar de los riesgos del consumo del tabaco tanto a los internos como a los/as profesionales de una prisión.
- Conseguir zonas comunes libres de humo en todos los módulos del centro.
- Motivar para el cese del hábito tabáquico tanto a los internos como al personal.
- Motivar a los sanitarios para realizar intervenciones encaminadas al abandono del tabaco.
- Medir el impacto de las diferentes actividades realizadas en deshabituación tabáquica.

**Métodos:** Con motivo de la XXIII Semana sin Humo, celebrada en mayo pasado, cuyo lema era “Deja de Fumar y Empieza a Sumar”, se realizó la pegada de carteles diseñados para la ocasión, en todos los módulos del centro penitenciario, en el área de oficinas y en el hall de entrada, donde se reúnen los fumadores. También se distribuyeron por todas las consultas médicas folletos con el mismo lema.

Se pegaron carteles delimitando espacios libres de humo, que fueron realizados por el personal sanitario del centro y por internos. Se realizó un mural por internos del PAIEM con motivos para dejar de fumar. Otros con lemas motivadores se dispusieron en los módulos para ser completados voluntariamente por los internos.

Se celebró una charla sobre los riesgos del consumo de tabaco, impartida por personal de la AECC, para internos y profesionales.

**Resultados:** Hemos conseguido zonas comunes libres de humo en Enfermería, pero no en módulos conflictivos. En los módulos de respeto esta norma ya estaba conseguida.

A la charla motivadora para dejar de fumar asistieron 45 internos y 10 profesionales.

Hemos solicitado de la AECC un curso formativo gratuito para intervención en deshabituación tabáquica dirigido a profesionales de las diferentes prisiones de la Comunidad. Hay 44 inscritos, 42 sanitarios y 2 de tratamiento. Dicho curso de modalidad *on line* consta de 10 sesiones, empezando en octubre próximo en horario de tarde.

6 trabajadores del centro han aceptado realizar un curso de la AECC para dejar de fumar, también en octubre.

En octubre comenzará un curso de un año de duración, dirigida por 7 sanitarios y 2 miembros de tratamiento para internos que quieren abandonar el hábito.

**Conclusiones:** Para conseguir zonas libres de humo en todo el centro necesitamos involucrar a funcionarios y equipo de tratamiento. Muchos profesionales no se animan a intervenir en deshabituación tabáquica porque no tienen la formación necesaria, pero sí están interesados en adquirirla, lo que demuestra el importante número de personas apuntadas a una formación fuera del horario laboral.

Con motivación y apoyo algunos fumadores se animan a intentarlo.

Palabras clave: tabaco; fumar; deshabituación tabáquica; políticas antitabaco; prisiones.

# Políticas de salud pública en la Atención Primaria a la población penitenciaria

Ana Paula Rech<sup>1</sup>, Reges Antônio Deon<sup>1</sup>, Denise Antunes Azambuja Zocche<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Equipo de atención primaria tipo penitenciario III (EABP III). Complejo Penitenciario de Chapecó/SC. Santa Catalina. Brasil.

<sup>2</sup>Profesor titular de la Maestría Profesional en Enfermería en la Atención Primaria de Salud, UDESC (Universidad Estatal de Santa Catarina). Brasil.

---

**Objetivo:** Presentar la aplicación de las políticas públicas de salud en la atención primaria ofrecida a la población penitenciaria.

**Método:** Informe de experiencia de la práctica de enfermeros en el sistema penitenciario de Santa Catarina.

**Resultados:** El derecho a la salud de las Personas Privadas de Libertad (PPL) es anterior al SUS (Sistema Único de Salud) y previsto en la Ley de Ejecución Penal (LEP) de 1984. Bajo el principio de universalidad establecido en la construcción del SUS, en 1988, todos los ciudadanos tienen derecho de acceso a las acciones y servicios de salud. Para estructurar estas acciones, en 2003 se puso en marcha el Plan Nacional de Salud del Sistema Penitenciario (PNSSP). Durante más de diez años, orientó la ejecución de actividades de salud en el contexto penitenciario. Sin embargo, para reforzar los principios y directrices del SUS, y el creciente incremento de PPL en el país, en 2014 se creó la Política Nacional de Atención Integral en Salud a las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP), que busca dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de las PPL, asegurando una atención integral y cuidado humanizado. Es el resultado de un proceso, muchas veces contradictorio, que involucra intereses, ideas, conocimientos técnicos y valores representados por categorías de trabajo, entidades civiles, grupos religiosos, académicos/investigadores, representantes de los órganos ejecutivo, legislativo, judicial e internacional. La ejecución de las actividades asistenciales la realizan los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (eAPP) con una composición multiprofesional según el número de custodios. El incentivo económico está condicionado a la adhesión, calificación e inscripción de los equipos en el Sistema Nacional de Registro de Establecimientos de Salud (SCNES), y, la obligación de alimentar los sistemas de salud, constituyendo un método de evaluación de la implementación de la política. Según la PNAISP, los servicios de salud en el sistema penitenciario son un punto de atención de la red SUS. Cada servicio de salud penitenciario es puerta de entrada al sistema y organizador de la atención en salud de la población privada de libertad en los demás niveles de atención; hacer referencias, cuando sea necesario, a servicios de referencia extramuros. De esta forma, posibilita articular acciones transversales e intersectoriales para garantizar la atención integral. La implantación, en cuanto a la contratación de equipos y recursos humanos para la ejecución y mantenimiento, depende de la gestión administrativa.

**Conclusiones:** La política de salud penitenciaria orientada por la organización y estructura del SUS constituye un instrumento normativo, técnico y práctico en la garantía y ejecución de acciones de salud para el PPL, especialmente en el contexto de la atención primaria.

**Palabras clave:** enfermero; asistencia de enfermería; prisión; atención primaria; salud.

# Características de la información sanitaria transmitida en las conducciones entre centros penitenciarios

Eusebio Espuela García, Pedro Álvarez de Lara Velasco, M<sup>a</sup> Antonia Domínguez García, Beatriz Reina Herráiz, M<sup>a</sup> Valle Rodríguez Ramallo, Delia González Tejedor

Centro Penitenciario Valdemoro - Madrid III. Valdemoro. Madrid.

**Introducción:** La población penitenciaria a nivel sanitario se caracteriza por su complejidad a consecuencia de la tendencia a la pluripatología y a la consecuente polimedicación. Además, se ve sometida a una significativa movilidad. Para conseguir una adecuada continuidad de cuidados se precisa que la información que se transmite durante los traslados sea de una calidad adecuada, lo que significa clara, concisa y significativa.

**Objetivo:** Evaluar las características de la información sanitaria que acompaña a los internos en sus conducciones.

**Método:** Se ha realizado un estudio a partir de las historias clínicas y hojas de conducción de todos los internos que transitan por el Centro Penitenciario de Madrid III - Valdemoro a lo largo de los meses de marzo a junio de 2022. Se ha elaborado una herramienta para determinar el nivel de calidad de cada historia clínica digital (HCD) y localizar los principales puntos críticos en relación a la seguridad del paciente.

**Resultados:** En el tiempo que duró el estudio se produjo el tránsito de 1.168 personas privadas de libertad procedentes de todo el territorio nacional.

De ellos, solo 21 procedían de Cataluña, Euskadi o Navarra, en este grupo solo el 57,14% aportaban algún tipo de información sanitaria, si bien no fueron evaluadas las características de la misma.

Del resto de internos, el 70,29% aportaba algún tipo de información sanitaria en formato oficial. El 63,9% del total tenía algún tipo de medicación prescrita y el 5,0% metadona. De aquellos que tenían medicación, el 89,3% la tenían prescrita en el apartado correspondiente de la HCD (cápsula) y en el 98% era correcta. Respecto a la metadona, solo el 75,4% la tenían prescrita en la cápsula, aunque todas eran correctas. Solo en el 72,4% de los casos con medicación y/o metadona se indicaba la fecha de la última dosis. Globalmente, solo el 34,74% de las historias tenían una calidad óptima en cuanto a la información transmitida, aunque solo el 2,45% de los centros remitían historias cuya información era mayoritariamente de una calidad deficiente o de riesgo.

**Conclusiones:** El uso de herramientas informáticas facilita la transmisión de una información de calidad y ello reduce la carga de trabajo y mejora la seguridad del paciente, permitiendo una adecuada continuidad asistencial. Sin embargo, tan solo 1 de cada 3 historias tiene una calidad adecuada, siendo especialmente llamativo, además de constituir un riesgo no siempre adecuadamente medido, la baja calidad de aquellas que incluyen metadona. Se hace necesario revisar este aspecto y elaborar medidas correctoras a fin de minimizar posibles errores potencialmente graves.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; transmisión de la información; prisiones.

# Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en un centro penitenciario durante la pandemia de la COVID-19

Beatriz Armenteros López, Mireia Guillamet Ginjoan, Alba Martín Soria, Sandra Gómez Gálvez, Ericka Patricia Balcázar Franco, Lourdes García González

Centro Penitenciario Quatre Camins. La Roca del Vallés. Barcelona.

---

**Objetivo:** Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en un centro penitenciario.

**Método:** Estudio descriptivo de 54 intervenciones en deshabituación tabáquica en la población de un centro penitenciario, tanto individuales como grupales durante la pandemia de la COVID-19, en los años 2020 y 2021.

Se desarrolló mediante terapia cognitivo conductual con un estilo de comunicación basado en la entrevista motivacional y la utilización fármacos de primera línea para su abordaje, Vaneniclina, Bupropion y Terapia Sustitutiva de Nicotina (Parches de Nicotina).

Se realizó una recogida de variables cuantitativas discretas y continuas en cada abordaje.

**Resultados:** Se realizaron una media de 6,9 visitas del total de las intervenciones. Los fumadores que querían dejar de fumar solo lo habían intentado 1,56 veces, consumiendo 17,8 cigarrillos/día, durante 27 años, de media.

El 50% de fumadores manifiesta estar en contacto con los efectos nocivos del tabaco siendo fumadores pasivos en las celdas.

En cuanto al perfil patológico, el 14,7% presenta alguna patología respiratoria y un 22% tiene alguna patología cardíaca.

Según un 24% de las personas que realizaron el programa, lo hicieron para superar una adicción (considerando el tabaco como una droga), un problema muy prevalente en las prisiones.

En cuanto al tratamiento de primera línea prescrito, un total de 24% de fumadores no utilizó ninguno dándose de baja del programa antes del inicio de cualquier tratamiento. El 68,5% utilizó Vareniclina y describieron como principal efecto secundario el craving (44%). Un 3,7% utilizó Bupropion y un 1,8% utilizó Parches de Nicotina.

El 46% de los fumadores que iniciaron el programa se dieron de baja a las 4,52 semanas de su inicio, el motivo principal fue que no era el momento adecuado (64%). Un 20% abandonó el programa por efectos secundarios al tratamiento.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19 hubo la limitación de no poder utilizar la prueba del Carboxímetro, por su uso por vía aérea, en este periodo de tiempo solo se pudieron realizar 9 carboximetrías con un valor medio de 27 ppm, considerado como resultado de Gran Fumador.

Al preguntar al año a las personas que habían finalizado el programa de deshabituación tabáquica (un total de 25), si fumaban, solo el 13% consiguió la cesación del consumo de tabaco.

**Conclusión:** El consumo de tabaco en el ámbito penitenciario es un gran problema de salud prevenible. Ofrecer ayuda para dejar de fumar, desarrollando programas de deshabituación tabáquica abordaría el consumo de tabaco como adicción y facilitaría la promoción para su cesación estaban desde hacía más de dos meses, lo que probablemente limitó la eficacia de la vacunación.

**Palabras clave:** tabaco; centro penitenciario; deshabituación tabáquica; COVID-19.

# Efectividad de la educación terapéutica en diabetes en un centro penitenciario

Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Beatriz Reina Herráiz, Isabel Algora Donoso, Delia González Tejedor, Ana Bonilla Jaime

Centro Penitenciario Valdemoro - Madrid III. Valdemoro. Madrid.

**Introducción:** La diabetes mellitus es una enfermedad multisistémica de elevada prevalencia en nuestra sociedad, cuya evolución está muy influenciada por factores de tipo conductual, modificables, sobre los que se puede actuar desde la enfermería de Atención Primaria con un nivel alto de eficiencia.

**Objetivo:** Valorar la efectividad de una intervención en educación terapéutica grupal sobre diabetes en el control metabólico de nuestros pacientes.

**Metodología:** Se planteó un proceso de educación terapéutica grupal sobre los 15 pacientes peor controlados del conjunto de población diabética presente a fecha 1/03/22 en un centro penitenciario. Dicho proceso constó de un total de cuatro charlas divulgativas (fisiopatología y tratamiento; complicaciones; dieta y ejercicio; pie diabético) realizadas en cuatro semanas sucesivas por tres enfermeras y una farmacéutica, con una evaluación de conocimientos pre y post formación junto con el seguimiento intensivo en consultas en los seis meses posteriores para comprobar los cambios en el control metabólico.

**Resultados:** El grupo sobre el que se actuó tenía una edad media de 49 años (DS 11,38), el 73,3% de los casos padecía DM tipo 2, en el 53,3% su evolución era superior a 10 años, el 73,3% de los casos padecían sobrepeso u obesidad (IMC medio 29 kg/m<sup>2</sup>, DS 4,61). La participación en la acción formativa fue del 86,67% (13), con una media de asistencia de 2,73 charlas. Se realizó una evaluación previa de conocimientos y posterior mediante el cuestionario específico validado, el DKQ 24, con una puntuación inicial de 14,69 (DS 2,32) que pasó a 16,8 (DS 2,35). El nivel de satisfacción fue alto o muy alto en el 90% de los casos, los datos negativos de la evaluación fueron respecto a la duración (80% corta o muy corta) y la claridad expositiva (30% valoró como media). Durante el seguimiento hubo una pérdida de tres casos (por libertad o conducción). La HbA1c previa a la intervención era 9,3% (DS 1,65), pasando a los seis meses a 7,9% (DS 1,68) con una disminución significativa del peso (IMC medio 26,6 Kg/m<sup>2</sup>, DS 3,75).

**Conclusiones:** La intervención grupal tuvo una elevada potencia en relación a la introducción de cambios a corto plazo en la población diabética mal controlada, lo que se evidencia en dos parámetros como son el control metabólico a medio plazo y el IMC, hay que ver si dichos cambios se consolidan a medio plazo. Aunque la acogida de la actividad fue muy positiva, el hecho de que un 30% señalaran una dificultad en la comprensión nos indica la necesidad de homogeneizar más los grupos en posteriores ediciones.

**Palabras clave:** diabetes mellitus; complicaciones diabetológicas; educación terapéutica; educación para la salud; valoración de enfermería.

# Pandemia de COVID-19 en el contexto penitenciario de Chapecoense

Ana Paula Rech<sup>1</sup>, Reges Antônio Deon<sup>1</sup>, Denise Antunes Azambuja Zocche<sup>2</sup>,  
Ana Paula Padilha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Equipo de atención primaria tipo penitenciario III (EABP III). Complejo Penitenciario de Chapecó/SC. Santa Catarina. Brasil.

<sup>2</sup>Profesor titular de la Maestría Profesional en Enfermería en la Atención Primaria de Salud, UDESC (Universidad Estatal de Santa Catarina). Brasil.

<sup>3</sup>Coordinador de salud. Policía Criminal. Penitenciaría Industrial de Chapecó. Santa Catarina. Brasil.

---

**Objetivo:** Presentar las acciones desarrolladas con el fin de contener la propagación del virus en el sistema penitenciario Chapecoense.

**Métodos:** Relato de experiencia, de tipo descriptivo, basado en el análisis de los registros contenidos en el plan de contingencia del estado de Santa Catarina/Brasil 2020.

**Resultados:** Las medidas y acciones recomendadas por las agencias de salud y el departamento penitenciario nacional no impidieron que el virus ingresara al sistema penitenciario brasileño. En Chapecó se reportaron los primeros casos en el sistema penitenciario en abril de 2020. Para contener la propagación del virus se realizó un plan de contingencia con la vigilancia sanitaria del municipio y se estableció un flujo de entrada y salida de personas, productos y materiales. Además, se instaló barrera sanitaria para control de signos/síntomas respiratorios de los empleados y del público que transita regularmente por el complejo, suspensión de actividades educativas, laborales y de visitas, testeo a todos los internos; establecimiento de galerías de aislamiento; brindando asistencia directamente en la celda para casos leves. Se articuló un plan de atención con el hospital local en caso de que hubiera un gran número de custodios que necesitaran atención hospitalaria. Formación e información a profesionales de la salud, seguridad y población penitenciaria sobre la enfermedad.

Pese a las particularidades de la ubicación y condiciones de la población, el complejo registró solo 655 casos confirmados de COVID-19, el 16,37% de las detecciones del estado. Se realizaron 2.030 pruebas, de las cuales el 67,7% resultaron no reactivas, en una población actual de 2.858 privados de libertad. En el estado se registraron 10 muertes a consecuencia del COVID-19, de estas, dos en el complejo penitenciario de Chapecó.

**Conclusiones:** Las actividades implementadas en el complejo penitenciario contribuyeron a disminuir las consecuencias del virus en un ambiente tan propicio para su propagación, y representan la movilización e integración de los diversos actores que actúan en el sistema penitenciario; profesionales de la salud y la seguridad, proveedores de servicios y apoyo externo, y que esencialmente marcaron la diferencia al comienzo de la pandemia.

**Palabras clave:** prisión; enfermero; asistencia de enfermería; atención primaria; salud.

# Experiencias de los presos en aislamiento por brote de COVID-19 en una prisión catalana

Elena Yela González, Lidia Puig, Rafael Clua, Mireia Llopart, Adrià Jacas, Maite Serrats, Sonia Mellado, Xenia Rué

EAPP Sant Esteve Sesrovires 1. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer las experiencias de los presos de un centro penitenciario de Cataluña (España) que experimentaron largos periodos de aislamiento por brote de COVID-19 en el año 2022.

**Método:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo fenomenológico interpretativo mediante entrevistas semiestructuradas a internos que hubieran estado en aislamiento durante los dos últimos periodos de brote por SARS-CoV-2 ocurridos en el Centro Penitenciario de Brians 1 en enero del año 2022.

Se realizó un muestreo intencional con el objetivo de obtener una muestra que contemplara la variabilidad de los participantes, teniendo en cuenta características sociodemográficas y de la situación en los brotes de COVID-19 (casos confirmados, contactos estrechos convivientes o contactos estrechos próximos).

El guion de la entrevista incluyó temas relacionados con la experiencia de los presos respecto a las restricciones por brote COVID-19 y su impacto en las emociones, en la relación con los profesionales del centro, las consecuencias judiciales, la atención sanitaria, la comunicación con la familia y la cobertura de las necesidades básicas (alimentación, higiene, ocio y ejercicio físico) durante el periodo de aislamiento. Se realizó un análisis de contenido centrado en el impacto emocional y las estrategias de afrontamiento. También se recogieron datos sociodemográficos de género, edad, origen y nivel de estudios, y datos sobre el tiempo de aislamiento, la condición de caso, contacto estrecho conviviente o contacto próximo y el estado de vacunación frente al COVID-19.

**Resultados:** Treinta presos fueron incluidos y entrevistados en este estudio. La edad media de la muestra fue 38,9 años. Doce eran de origen español (40%) y dieciocho eran extranjeros. Veintiuno de los participantes tenían estudios secundarios (70%). Durante el primer brote la media de días de aislamiento fue de 16,6 días, y en el segundo brote fue de 15,3 días. Durante el primer brote, once de los participantes fueron casos confirmados de COVID-19, cinco fueron contacto estrecho y catorce fueron contacto próximo. Durante el segundo brote, seis de los participantes fueron casos confirmados, catorce fueron contacto estrecho y diez fueron contacto próximo. Respecto a la vacunación, todos estaban vacunados con pauta completa, excepto cuatro que no estaban vacunados en ninguno de los dos brotes.

En cuanto al análisis de contenido, el aislamiento por brote de COVID-19 implicó limitaciones en la gestión del tiempo y el espacio de los presos, que amplificaron las emociones negativas, como la ansiedad, el estrés e intranquilidad, aunque estas no se relacionaban con el impacto sobre la salud por la infección de COVID-19. La mayoría de los estudiados refirió no haber requerido atención sanitaria extraordinaria o urgente y sentir la mayor parte del tiempo la presencia del equipo sanitario, aunque sin embargo expresaron que las visitas rutinarias eran breves y limitadas y en consecuencia percibían falta de información y no comprendían algunas medidas que se adoptaban.

Las restricciones tuvieron un impacto en la comunicación con el exterior por la sensación de no poder contactar con la familia con normalidad, en las actividades diarias de la prisión que se vieron totalmente limitadas y en los procesos judiciales, por la anulación de juicios u otras diligencias relacionadas y la reducción del contacto con los abogados.

Los presos entendieron los imperativos de los aislamientos y la necesidad de adaptarse a la nueva situación durante un plazo de tiempo limitado, y percibían disponer todas las necesidades básicas cubiertas. Para vencer el malestar, emplearon estrategias de afrontamiento centradas en: a) las emociones como el control emocional y ambiental; b) en los apoyos sociales a través de la relación con trabajadores y otros presos y las videollamadas con el exterior permitidas regularmente; c) en la cobertura ocupacional, principalmente con actividad física regular, lec-

tura o televisión. Algunos de los participantes que realizaron trabajos o tareas para la organización y provisión de alimentos o limpieza, refirieron que dicha labor proporcionó una cobertura ocupacional que hizo más llevaderos los periodos de aislamiento.

**Conclusiones:** El aislamiento tuvo un impacto negativo en la cotidianidad y las emociones de los presos. Es necesario un mayor empleo de recursos materiales y de personal, así como crear estrategias para evitar limitaciones en aspectos relevantes para la vida de personas presas, en futuras situaciones que impliquen el aislamiento.

**Palabras clave:** prisión; SARS-CoV-2; brote; estrategia de afrontamiento.

# La importancia de evaluar la tensión arterial con un oftalmoscopio, a propósito de un caso de hipertensión esencial malignizada

Delia González Tejedor<sup>1</sup>, José Antonio Martín Peláez<sup>1</sup>,  
Francisco Artalejo Gutiérrez<sup>2</sup>, Sofía Victoria Casado Hoces<sup>2</sup>,  
Eusebio Espuela García<sup>2</sup>, Miguel Ángel Mulas Largo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Servicio de Drogodependencias. Madrid.

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Madrid III.

Varón de 43 años, natural de Ecuador con antecedentes personales de HTA de larga evolución, Diabetes Mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica crónica con IAMCEST en 2020, en seguimiento por sus especialistas de referencia con aceptable control con politerapia y adherencia terapéutica. Negaba hábitos tóxicos tanto actuales como pasados.

Ingresa en prisión en febrero de 2022 y comienza con progresivo deterioro en el control de las cifras tensionales pese a optimización terapéutica, acompañándose desde mayo con episodios de dolor torácico de características típicas por los que inicialmente no solicita atención, pero el 3 de junio, ante uno de mayor duración (superior a 30 minutos) acude a Enfermería. En aquel momento junto a un dolor centrotorácico no irradiado pero acompañado de clínica vegetativa, presenta tensiones superiores a 200/120 mmHg, en el EKG no se evidencian alteraciones. Ante esta situación se decide su evacuación urgente, quedando ingresado con la impresión diagnóstica de Emergencia Hipertensiva. Durante el ingreso se produce un mínimo movimiento de las enzimas cardíacas y se constata un deterioro significativo de la función renal y una progresión de la retinopatía (pasando de la normalidad en marzo a un grado III en aquel momento). Durante el ingreso se descarta un origen secundario de la hipertensión arterial. Causa alta hospitalaria con el juicio clínico de HTA esencial malignizada.

La HTA maligna es un cuadro clínico que se caracteriza por una importante elevación de la presión arterial rápidamente progresiva que se acompaña de hemorragias y exudados en el fondo de ojo con o sin edema de papila (retinopatía grado III o IV) junto con una lesión arteriolar difusa aguda. Este proceso se acompaña de una afectación a nivel multiorgánico de diversa gravedad, pero que tradicionalmente provoca una mortalidad significativa de causa vascular. Pese a que no se tiene presente con frecuencia, su incidencia sigue siendo importante, alcanzando hasta el 12% de la población hipertensa en algunas series. Entre sus causas secundarias o como agravantes se encuentra el abuso de simpaticomiméticos como son la cocaína y las anfetaminas.

En nuestra población es frecuente encontrar HTA mal controlada, atribuyéndose habitualmente a una inadecuada adherencia tanto de los tratamientos farmacológicos como de las recomendaciones de hábitos de vida, obviándose otras posibles causas (especialmente consumo de tóxicos) como minimizando las consecuencias, algunas de ellas fácilmente evaluables en nuestro medio como es la realización de un fondo de ojos.

**Palabras clave:** hipertensión maligna; fondo de ojo; enfermedad cardiovascular; drogas simpaticomiméticas.

# Estudio descriptivo de la población diabética de un centro penitenciario

Sofía Victoria Casado-Hoces, Patricia Inglada-Infante, Delia González-Tejedor, María del Valle Rodríguez-Ramayo, Marta Ortega-Olano, Óscar Botana-Pazos

Centro Penitenciario Valdemoro-Madrid III. Valdemoro. Madrid.

---

**Introducción:** La diabetes mellitus es una enfermedad crónica multifactorial con importante coste tanto a nivel sanitario como social, con una prevalencia en ascenso en la población mundial.

**Objetivos:**

- Conocer la prevalencia de diabetes mellitus tipo 1 y 2 en nuestro centro penitenciario.
- Conocer el control metabólico que tienen los diabéticos de nuestro centro.
- Valorar el riesgo cardiovascular de los diabéticos de nuestro centro.
- Conocer la incidencia de complicaciones asociadas a la diabetes en la población de diabéticos de nuestro centro.
- Valorar el tipo de fármacos más comúnmente usados en nuestra población para el tratamiento de la diabetes.

**Metodología:** Se planteó un estudio transversal en el centro penitenciario de varones, a fin de evaluar la prevalencia de la enfermedad entre la población presente en marzo de 2022 en el centro y las características de la misma. El estudio se llevó a cabo mediante revisión de la historia clínica y anamnesis de cada uno de los internos junto a recogida de datos antropométricos y analíticos actualizados.

**Resultados:** A fecha 1 de marzo de 2022, la prevalencia de diabetes detectada y en seguimiento en el centro era del 5,04% de la población (prevalencia en España en mayores de 18 años del 13,6%<sup>\*</sup>). De todos los diabéticos existentes, el 94,87% prestaron el consentimiento para participar en el estudio. De ellos el 89,2% padecían una DM-2. La edad media de la población diabética del centro fue de 52,03 (DS 12,47). En el 56,8% el tiempo de evolución del proceso era menor de 10 años y hasta en el 81,1% no había complicaciones conocidas. De entre los que padecían alguna complicación, la más habitual era de tipo dermatológico (hasta el 13,5% de ellos).

Todos los internos diabéticos, junto al tratamiento dietético tenía tratamiento farmacológico, el cual en el 27% era insulínico y en el 62,16% de los casos incluía más de un fármaco y/o insulina.

**Palabras clave:** diabetes; complicaciones diabetológicas; síndrome metabólico; factores de riesgo cardiovascular; prisiones.

---

\*Estudio di@bet.es, 2011

## COMUNICACIONES. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### Efecto de la vacunación anticovid-19 en un brote de SARS-CoV-2 detectado en dos módulos de una prisión de Barcelona

Elena Yela González, Lidia Puig García, Neus Solé, Mireia Llopart, Xenia Rué, Sonia Mellado

EAPP Sant Esteve Sesrovires 1. CP Brians 1. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer la afectación de infección y el estado de vacunación para COVID-19 en internos presentes en dos módulos en situación de brote.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó los pacientes de dos módulos afectados por un brote de COVID-19 en la prisión de Brians 1 en el periodo del 25/07/2021 y 24/08/2021. Se registraron las variables de edad, origen, estado de vacunación para COVID-19 (correctamente vacunado si *vs.* no) e infección confirmada por COVID-19 durante el periodo de brote (si *vs.* no).

Se considero correctamente vacunado si dos dosis de vacuna de ARN mensajero (ARNm) o una dosis de la vacuna de Janssen.

**Resultados:** Entre los dos módulos había un total de 321 internos, todos varones, de edad media (39,8 años  $\pm$  11,1). El 73,8% (n=237) eran extranjeros. Los extranjeros eran más jóvenes que los españoles (edad media de 37,4  $\pm$  9,7 años *vs.* 46,4  $\pm$  11,9 años en españoles;  $p < 0,001$ ).

Había 242 (75,4%) vacunados. De ellos, 147 (62%) con dos dosis de vacuna de ARN mensajero (ARNm) y 95 (38%) con una dosis de la vacuna de Janssen. No obstante, solo 14 de los vacunados (5,8%) lo estaban de forma completa desde hacía más de dos meses.

De los vacunados, el 88,1% eran españoles y el 70,9% extranjeros ( $p < 0,001$ ). La vacunación se asoció a la edad (88,2% de vacunados en  $\geq 60$  años, 85% en el grupo de 40-59 años, y 67,2% en los menores de 40 años;  $p < 0,001$ ). El análisis multivariante confirmó la asociación de la menor vacunación: a) en extranjeros (OR: 2,39; IC= 1,14-4,99;  $p = 0,02$ ) y b) en los de menor edad (OR: 2,15; IC=1,28-3,62;  $p = 0,004$ ). El brote afectó a 158 pacientes (49,2%). Hubo mayor afectación en no vacunados (55% *vs.* 46,7%;  $p = 0,07$ ). Solo hubo un paciente que presentó complicación de neumonía que requirió ingreso hospitalario y no hubo ningún fallecido.

**Conclusiones:** En este trabajo, la vacunación era significativamente menor en los más jóvenes y en los extranjeros, grupos en los que convendría diseñar estrategias preventivas específicas. El brote tuvo una alta tasa de ataque, probablemente por tratarse de un lugar confinado. Aunque los vacunados se infectaron menos, no hubo diferencias significativas con los no vacunados. No obstante, este dato debe valorarse con cautela, ya que solo el 5,8% de los vacunados lo estaban desde hacía más de dos meses, lo que probablemente limitó la eficacia de la vacunación.

**Palabras clave:** prisión; infección por Coronavirus; brote por 2019-nCoV; vacunación.

# Barreras de acceso y seguimiento al tratamiento de la hepatitis C en usuarios de drogas inyectadas en el medio comunitario. Estudio cualitativo con población penitenciaria

Elena Yela González, Rafael Clua, Lidia Puig, Neus Solé, Mireia Llopart

EAPP Sant Esteve Sesrovires 1, Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias de Brians 1.  
Barcelona.

---

**Objetivo:** Explorar las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis C en servicios de salud de la comunidad desde la perspectiva de los usuarios de drogas inyectadas que se encuentran en situación de privación de libertad.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas a 33 usuarios de drogas inyectadas (UDI) reclutadas en el centro penitenciario de preventivos Brians 1 en el periodo de agosto de 2021 a febrero de 2022. La entrevista incluía temas relacionados con las barreras para la realización de pruebas, para el seguimiento en el diagnóstico y la continuidad en el tratamiento de la hepatitis C (VHC) en servicios de la comunidad a diferentes niveles: personal, respecto los proveedores y en relación con el sistema de salud. Los participantes debían cumplir uno de los siguientes criterios: no haber completado el diagnóstico para VHC o el tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en la comunidad antes de ingresar en prisión, o reclusos reincidentes que habiendo salido en libertad con AAD hubieran abandonado el tratamiento o no hubieran confirmado la curación. Se realizó un análisis temático de los datos inspirado en la teoría fundamentada. También se registraron las variables de edad, género, origen, datos en relación a la infección VHC y uso de recursos sanitarios en la comunidad.

**Resultados:** Se incluyeron 33 participantes en el estudio, de los cuales 27 (81,8%) fueron hombres, cinco (15,2%) mujeres y un (3%) transexual; la edad media fue de 38,6 años y 18 (54,5%) eran de origen español. En relación al diagnóstico de Hepatitis C, 19 (57,6%) personas habían sido diagnosticadas en prisión. Hacían seguimiento por centros especializados en drogodependencias 19 (57,6%) de los participantes, y 24 (72,7%) habían hecho uso de una sala de consumo higiénico en el último año. 30 (90,9%) tenían derecho a la asistencia sanitaria en Cataluña.

Entre UDI las barreras personales se relacionan con un consumo intenso de drogas, la falta de interés y de conocimiento de la infección y tratamiento de la VHC y encontrarse en situación de exclusión social. En relación con los proveedores de salud, referían recibir poca información, la existencia de barreras idiomáticas en migrantes, no recibir propuestas de cribado y tratamiento y tener malas interacciones con los profesionales. Se expresaron barreras sistémicas relacionadas con considerar complicado el circuito del sistema de salud, percibir una atención poco integral y la falta de apoyos comunitario.

**Conclusiones:** Esta subpoblación UDI tiene cobertura sanitaria y hacen en su mayoría uso de recursos sanitarios del sistema, y a pesar de las recientes mejoras en los programas comunitarios para la eliminación de VHC en UDI se detectan barreras para alcanzar este objetivo. Para tratar de eliminarlas se recomienda intensificar las campañas de prevención y tratamiento, mejorar la educación sanitaria, flexibilizar el proceso de diagnóstico y tratamiento y promover políticas sociales y una atención integral para una mayor cobertura de sus necesidades.

**Palabras clave:** hepatitis C; UDI; antivirales; cualitativo.

# Prevalencia de hepatitis B crónica y tendencia de la infección en los reclusos de Cataluña

Indiana Jesús Abdo, Rafael Alonso Guerrero, Andrés Marco

Equipo de Atención Primaria Penitenciaria. Figueras. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud. Cataluña. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la hepatitis crónica por VHB (HCVHB), sus posibles factores predictores y la tendencia de la infección en los reclusos de Cataluña.

**Métodos:** Estudio multicéntrico de prevalencia de HCVHB (HbsAg+ >6 meses) efectuado en los internos de las 9 prisiones de Cataluña. La fecha de corte fue el 13 de enero de 2022. Se incluyeron variables epidemiológicas (edad, sexo, origen y consumo de drogas), clínicas (infección por VIH, VHC, VHD y sífilis) y preventivas (vacunación antiVHB). La fuente de Información fue el Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP) de Cataluña. Se calcula la prevalencia de HCVHB, total y por categorías, y la capacidad predictiva de diferentes variables mediante un modelo de regresión logística binaria multivariante. Para determinar la tendencia de la infección se compararon los resultados con los estudios de HCVHB en presos realizados por Bayas JM et al. (1990), Saíz de la Hoya P et al. (2011) y Marco A et al. (2014).

**Resultados:** Se estudiaron 6.508 internos (94,7% hombres) de edad media  $38,5 \pm 11,6$  años. El 55,4% era extranjero y el 3,5% estaba infectado por el VIH. Sólo el 35,9% refería no haber consumido drogas ilegales y el 8,8% las había consumido por vía intravenosa.

Se detectaron 109 (1,7%) internos con HCVHB, observándose una tendencia descendente respecto a 1990 (reducción del 77,4%) y respecto a 2011 y 2014 (reducción del 34,6%). No obstante, en los originarios del Magreb, de Asia, de los países de Europa del Este y del África Subsahariana la prevalencia era 2,8, 4,2, 4,9 y 16,2 veces mayor, respectivamente, que en los españoles, que era del 0,6%. El análisis multivariante confirmó la asociación de la HCVHB: a) con ser extranjero [2,6%; OR=4,18 (CI: 2,50-6,90);  $p<0,001$ ]; b) estar vacunado [0,3%; OR=0,13; (CI: 0,06-0,26);  $p<0,001$ ]; y c) estar infectado por el VIH [3,9%; OR=3,23; (CI: 1,24-8,40);  $p=0,016$ ].

**Conclusiones:** En los últimos 30 años, la vacunación antiVHB ha reducido mucho la prevalencia de HCVHB en presos. En los de origen español la prevalencia es similar a la de la población no presa, pero en los extranjeros y en los infectados por VIH es más alta. Se recomienda: a) mantener el cribado de VHB en los ingresados en prisión, especialmente en extranjeros y/o infectados por VIH; b) continuar con el programa de vacunación; y c) derivar a los infectados a programas de evaluación para, si se precisa, indicar tratamiento.

**Palabras clave:** hepatitis B; inmigración; vacunación; salud pública.

# Síndrome de Ekbom en paciente postinfección COVID-19

Carlos Alberto Yllobre Rodríguez, Raquel Altamira Campomanes,  
Laura Trapote Bonilla, Francisco Martínez de la Cerda, Raúl Pérez Cerdá

Centro Penitenciario Las Palmas II. San Bartolomé de Tirajana. Las Palmas.

---

**Objetivo:** Describir y relacionar el síndrome de Ekbom con la infección por COVID-19.

**Método:** Se revisó la HC de la interna y los informes de las pruebas complementarias y valoración psiquiátrica de los médicos del centro penitenciario y el hospital.

**Resultados:** Interna de 55 años de edad, antecedentes de DM tipo 2, HTA, DLP, obesidad, y asma bronquial, que en septiembre de 2020 tuvo ingreso hospitalario por neumonía por SARS-CoV-2 grave, iniciando en el mes de marzo de 2021 clínica de alucinaciones visuales, refiriendo visualizaciones de insectos en todas partes, que recorren su piel y la pican. Se observa desbordada y angustiada, llegando a manifestar ideación suicida por esta situación, por lo que se deriva al Hospital Insular donde después de varios estudios para descartar patología orgánica, se diagnostica como Síndrome de Ekbom, iniciando tratamiento neuroléptico (Risperdal) con desaparición de la clínica tras cuatro semanas de tratamiento.

**Conclusiones:** Diferentes investigaciones están reflejando la aparición de patologías psiquiátricas en pacientes que pasaron la infección COVID-19, con probabilidades de hasta un 60% de tener algún trastorno psiquiátrico al cabo de un año de esta infección. Tal es el caso de nuestra paciente, que sin antecedentes psiquiátricos y tras una infección severa por COVID-19, debuta con esta psicosis en menos de un año.

**Palabras clave:** infección COVID-19; SARS-CoV-2.

# Detección al ingreso en prisión de infecciones por transmisión sexual (ITS) en pacientes que ya han presentado ITS previas

Carmen Macías Gómez, Pilar Sánchez Encomienda, Andrés Marco Mouriño

Centro Penitenciario Brians 1. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de ITS en los ingresos de prisión que ya habían presentado algún antecedente de este tipo de infecciones y la conveniencia de cribar de ITS a este grupo poblacional.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de prevalencia instantánea realizado en la prisión de Brians 1 en el periodo 01/01/2022-30/06/22. Se comprobó en todos los ingresados el antecedente previo de ITS según anamnesis dirigida y revisión de la historia clínica compartida (85% de cobertura en Cataluña). Las ITS estudiadas fueron la infección por *Chlamydia trachomatis*, gonococo, *trichomonas vaginalis*, lúes y VIH. Se calcula la prevalencia global y según ITS, así como de posibles coinfecciones. Se utiliza la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Para determinar la asociación estadística entre las variables estudiadas se utilizó el test de chi-cuadrado.

**Resultados:** Se estudiaron 1.438 ingresos y 82 (5,7%) ya habían presentado alguna ITS. Pudieron estudiarse 65 (79,3%) y en dos de estos solo se estudió VIH y lúes. La edad media era de 38,5 +/- 10,7 años (rango: 24-74) y el 72,3% era de origen extranjero.

Se detectó al menos una ITS en 35 casos (53,8%) de los que ya habían tenido una ITS previa y en siete casos (10,8%) más de una. Fueron diagnosticados dos (3,2%) infecciones por *Chlamydia trachomatis*, dos (3,2%) por gonococo, uno (1,6%) por *trichomonas vaginalis*, 29 (44,6%) lúes y 11 (16,9%) infecciones por VIH. Más de la mitad de los infectados por VIH (n=6, 54,5%) estaban coinfectados de lúes. No se observaron diferencias significativas ( $p>0,05$ ) según edad u origen.

**Discusión:** En nuestro estudio, la prevalencia de ITS en los ingresos que ya tienen antecedentes previos ha sido alta (53,8%) y el 10,8% de ellos presentaban más de una ITS. Es de resaltar en los nuevos diagnósticos de VIH que ya habían tenido una ITS previa, la frecuente coinfección con la lúes. Estimamos que en los casos con alguna ITS previa debería realizarse el cribado sistemático de estas infecciones.

**Palabras clave:** detección; transmisión; lúes; gonococo; VIH; coinfección.

# Casos asintomáticos de infección por SARS-CoV-2 detectados al ingreso en prisión mediante cribado con RT-PCR en el periodo 01.07.2020-15.03.2022

Andrés Marco Mouriño, Rafael Alonso Guerrero, Isabel Barnés, Neus Solé, Elisabet Turu

Programa de Salut Penitenciaria. Institut Català de la Salut.

---

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de casos asintomáticos infectados por SARS-CoV-2 al ingreso en prisión.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico de prevalencia de infección por SARS-CoV-2 asintomática realizado en los ingresados en centros penitenciarios (CP) de Cataluña en el periodo 01.07.2020-15.03.2022. Se cribó a todos los ingresos con RT-PCR a las 24 horas post-ingreso. Se calcula la prevalencia global y por categorías (sexo, grupo de edad, CP, origen e infección por VIH). Se utiliza la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Para determinar variables asociadas a la infección asintomática en el cribado de ingreso, se ha realizado un análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística.

**Resultados:** Se cribaron 8.225 ingresos asintomáticos y 352 (4,3%) presentaron RT-PCR positiva. La tendencia de los cribados positivos no se mantuvo estable y presentó incrementos puntuales que coincidieron con la aparición de las variantes alfa linaje B.1.1.7 (septiembre/octubre de 2020), delta linaje B.1.617.2 (junio/julio 2021) y ómicron linaje B.1.1.529 (diciembre 2021/enero 2022).

Los infectados asintomáticos detectados tenían menor edad media que los ingresos no infectados (34,9 +/- 11,2 vs. 44,3 años;  $p<0,001$ ) y fueron significativamente más frecuentes en mujeres (27,2% vs. 16,5% en hombres;  $p=0,008$ ) y en extranjeros (17,7% vs. 13,2% en españoles;  $p<0,0001$ ). El análisis multivariante confirmó la asociación de presentar infección asintomática al ingreso en prisión con ser mujer ( $p=0,008$ ; OR: 1,99, IC=1,20-3,32) y con presentar menor edad ( $p<0,001$ ; OR: 1,75, IC= 1,43-2,14), pero descartó la asociación con ser extranjero.

**Discusión:** Los casos asintomáticos al ingreso en prisión fueron más frecuentes en mujeres y en grupos de menor edad. En las primeras fases de la pandemia (época prevacunación o de vacunación “incompleta”) la detección de estos casos en entornos cerrados como las prisiones fue recomendado por los CDC si el nivel de transmisión comunitaria era moderado o sustancial, como ocurría en España, y había disponibilidad de recursos, rapidez para obtener los resultados y capacidad de respuesta, y fue clave para evitar la expansión de la pandemia.

**Palabras clave:** COVID-19; infección por SARS-CoV-2; cribado; prisión.

# Prevalencia y variables asociadas al rechazo de la vacuna anticovid-19 en población reclusa en prisión

Neus Solé Zapata<sup>1</sup>, Isabel Barnés<sup>1</sup>, Irene Alegre<sup>10</sup>, Ramona Balsells<sup>3</sup>, Alex Esteban<sup>4</sup>, Queralt Guixé<sup>6</sup>, Gustavo Aldolfo Jiménez Fragoso<sup>4</sup>, Carmen Macías<sup>2</sup>, Francisca Liliana Martínez Galarza<sup>9</sup>, María Moreno Fructuoso<sup>5</sup>, Carmen Muñoz Duque<sup>3</sup>, Pilar Sánchez Encomienda<sup>2</sup>, Cristina Sotomayor<sup>7</sup>, Àngels Zamora<sup>8</sup>, Andrés Marco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Salud Penitenciaria. Institut Català de la Salut.

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Brians 1. Barcelona.

<sup>3</sup>Centro Penitenciario Brians 2. Barcelona.

<sup>4</sup>Centro Penitenciario Quatre Camins. Barcelona.

<sup>5</sup>Centro Penitenciario Joves. Barcelona.

<sup>6</sup>Centro Penitenciario Dones. Barcelona.

<sup>7</sup>Centro Penitenciario Lledoners. Barcelona.

<sup>8</sup>Centro Penitenciario Mas d'Enric. Tarragona.

<sup>9</sup>Centro Penitenciario Puig de les Basses. Girona.

<sup>10</sup>Centro Penitenciario Ponent. Lleida.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de rechazo a la vacunación anticovid-19 en población reclusa.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico y transversal de prevalencia realizado en los nueve centros penitenciarios (CP) de Cataluña en mayo de 2022. Se incluyeron los internos con posibilidad de recibir la vacuna anticovid-19. Se recogieron las variables: edad, sexo, origen, área geográfica, VIH, antecedente UDI y rechazo o no a la vacunación. En los que renunciaron al menos a una dosis se comprobó si había rechazo previo a otras vacunas. Se calculó la tasa de rechazo vacunal y la asociación con las variables incluidas mediante un análisis bivariante y multivariante de regresión logística, calculando la *odds ratio* con un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** Se estudiaron 6.151 internos. La edad media era de  $39 \pm 11,8$  años, el 94,7% eran hombres y el 54,2% extranjeros. El 13,5% había rechazado todas las dosis y el 21,9% alguna. En los que rechazaron, total o parcialmente, la edad (34 *vs.* 39 años) era significativamente menor que en los vacunados ( $p < 0,001$ ).

El rechazo fue significativamente mayor ( $p < 0,05$ ): a) en los CP de Brians 1 y Joves (21,4% *vs.* 11,6% en otros CP), b) en los internos de origen extranjero (17,2% *vs.* 9,1% en españoles), c) en europeos de fuera de la Unión Europea (UE) y en los del Magreb (24,1% *vs.* 10,2% en otros países), d) en los no UDI (7,9% *vs.* 14%); y e) en no infectados por el VIH (14% *vs.* 4,2%). No hubo asociación ( $p = 0,23$ ) con rechazar a otras vacunas.

El análisis multivariante confirmó que el rechazo a la vacuna se asociaba con: a) estar ingresado en los CP de Brians1 y Joves (OR:1,7; IC=1,41-2,01;  $p < 0,001$ ) b) tener menor edad (OR:1,02; IC=1,02-1,03;  $p < 0,001$ ) c) ser varón (OR: 2,17; IC=1,37-3,47;  $p = 0,001$ ); d) no estar infectado por VIH (OR:2,3; IC=1,30- 4,07;  $p < 0,004$ ); y e) proceder de un país de Europa no UE y/o del Magreb (OR:2,04; IC=1,73- 2,40;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El rechazo a la vacuna es mayor en los jóvenes, en los ingresados en CP de preventivos y en los extranjeros, especialmente en europeos ajenos a la UE y en el Magreb. Se recomienda diseñar estrategias de educación sanitaria que mejoren la aceptación vacunal, que deberían aplicarse prioritariamente en los grupos en los que se observa mayor rechazo.

**Palabras clave:** vacuna; COVID-19; prisión; rechazo.

## No todo es un cólico

Eva María Fernández Lozano<sup>1</sup>, Isabel García Benasach<sup>2</sup>, Juan José Labraca Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Doctor Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz.

<sup>2</sup>Centro de Trabajo CP. Prisión provincial de Cádiz (Puerto III). El Puerto de Santa María. Cádiz.

---

Mujer de 49 años diagnosticada de VHC y consumidora habitual de metadona, ingresa en CP Puerto III el día 22 de junio de 2021. Desde agosto fue atendida de urgencia en prisión en diversas ocasiones por episodios de cólico renal autolimitados. Al persistir el dolor durante más de un mes, se derivó desde la consulta del módulo a valoración por urología. En noviembre le realizan ecografía donde observan litiasis de 2 cm en pelvis renal derecha con ectasia leve en vía excretora, por lo que solicitan TAC sin contraste preferente.

El día 3 de marzo de 2022 es valorada por urología al palparse masa de consistencia gomosa muy dolorosa en hemiabdomen derecho; realizan TAC con contraste urgente, objetivándose litiasis de 25 mm en unión pieloureteral derecha, pielonefritis derecha con deterioro funcional, severa ectasia pielocalicial en riñón derecho, colección abscesificada de 22 cm en riñón derecho y afectación de músculo lumbar y psoas derecho. Realizaron punción del absceso perirrenal guiado con ecografía, obteniendo 375 ml de contenido muy purulento, cuya muestra se envió para cultivo. Se inició cobertura empírica con piperacilina/tazobactam.

La paciente ingresó en el servicio de enfermedades infecciosas para vigilar evolución y administrar tratamiento antibiótico. Tras revisar imágenes de TAC y RMN de control, observándose reducción del absceso y de la ectasia pielocalicial, se decide nefrectomía simple abierta por alto riesgo de fistula urinaria. El día 13 de marzo inicia cuadro de hipotensión, escalofrío, taquicardia, astenia y contenido de nefrostomía purulento, por lo que se modifica antibioterapia a ceftriaxona, y se aplaza la intervención al día 24 de marzo. Tras la misma, la paciente ingresa en UCI por postoperatorio de alto riesgo (nefrectomía parcial por pielonefritis derecha obstructiva abscesificada con afectación muscular perilesional). Inicia tratamiento con ceftazidima. El día 1 de abril es reevaluada, presenta seroma sobreinfectado, se realiza nuevo cultivo de absceso y nuevo TAC de control.

Tras presentar el caso en sesión clínica y revisar el TAC se decide hacer drenaje y embolización de arteria polar que irriga el fragmento residual de polo superior que no pudo extirparse en la cirugía por importantes adherencias; se detecta en cultivo presencia de *Enterococcus faecalis* y *enterococcus faecium*, por lo que se modifica antibioterapia a Linezolid IV.

El día 20 de abril se realizó embolización de arteria polar sin incidencias y el día 25 del mismo mes se retira antibioterapia y recibe el alta tras 53 días de ingreso.

**Palabras clave:** absceso; cólico; infección; riñón.

# Infección tuberculosa latente en una prisión

F. Ruiz Rodríguez, J.J. Antón, A. Ottaviano, I. Gómez-López,  
J.A. Arance

Centro Penitenciario de Albolote. Granada.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal de parte de los 1.307 presentes en el establecimiento un día determinado. Datos obtenidos de la historia clínica (digital y antigua en papel cuando estaba disponible) y entrevistando y explorando al interno cuando fue preciso.

Se calculó (calculadora on-line de questionpro.com), para nivel de confianza del 95% con margen de error del 5%, un número de 298 internos, se seleccionaron aleatoriamente mediante la aplicación en línea generarnumero-saleatorios.com. Se tuvo en cuenta el resultado de la tuberculina (PT) de acuerdo con el programa de prevención y control de la tuberculosis (TB) en prisiones: positivo a partir de 5 mm de induración.

Análisis estadístico realizado con el paquete G-STAT 2.0. Significación estadística si  $p < 0,05$ ; test de la X<sup>2</sup> para variables explicativas cualitativas y Kruskal-Wallis para variables explicativas cuantitativas.

**Resultados:** 89,26% (266) eran hombres, 10,47% (32) mujeres. Media de edad 41,15 (19-79) años. Índice de masa corporal (IMC) media de 25,13% (13,2-45,2). Tenían PT realizada 261(87,58%); 138 (52,7%) positivos, de estos 42 (30,65%) son convertidores sin que ninguno se encontrara contacto con TB activo, 59 (42,75%) en la PT realizada al primer ingreso. Media de ingresos 2,6 (1-20). Procedencia: 79,87% españoles, 9,73% del norte de África, 3,02% hispanoamericanos, mismo número de la antigua URSS y países de su órbita, 2% de África subsahariana, 1,34% asiáticos y 1,01% europeos occidentales. BCG confirmada 9,5% casos. Fumadores 80,46%. Drogadicción 60,15% de los que el 54,14% era por varias vías seguido por la vía fumada el 36,3%. VIH 1,21% de 248, un 7% no tenían realizada serología.

El análisis univariante manifestó significación estadística a favor de la ITL en españoles ( $p=0,0058$ ) y en vacunados con BCG ( $p=0,0148$ ). PT + en su primer ingreso la positividad se relacionó con la drogadicción ( $p=0,047$ ).

En convertidores no se halló significación estadística con ninguna de las variables estudiadas.

Se encontraron 6 (2,29%) TB activas: todos una PT >12 mm, 2 (33,3%) convertidores. Se iniciaron 14 TITL (10,14%) de los +.

**Conclusiones:** La ITL es muy frecuente en las prisiones, sobre todo en personas españolas y en drogadictos que ingresan por primera vez y en aquellas que han sido vacunadas con la BCG, aunque en este caso puede estar muy alterado al considerarse la PT + a partir de los 5 mm de induración.

Extremar el cumplimiento del programa, tener acceso a test IGRAs para poder discernir entre ITL reales y falsos + por las diferentes causas que los originan.

¿Sería interesante volver a considerar + si >10 mm de induración y los 5 solo para inmunodeprimidos?

Se inician pocos TITL: mucho trabajo para muy pocas prescripciones.

**Palabras clave:** tuberculosis; infección latente; prisión.

# Prevalencia ITL en el centro penitenciario de jóvenes de Barcelona

Ángel Sánchez Hidalgo

Centre Penitenciari de Joves. La Roca del Vallès. Barcelona.

## Objetivo:

- Conocer la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITL) en los internos del Centro Penitenciario de Joves de Barcelona.
- Conocer cuántos internos con ITL realizan o han realizado tratamiento.
- Estudiar los posibles factores predisponentes.

**Método:** Estudio analítico transversal realizado en septiembre de 2022 en el Centro Penitenciario de Joves de Barcelona.

La población objeto de estudio fueron todos los internos reconocidos por el servicio médico a su ingreso en prisión y a los cuales se les realizó la prueba de Mantoux y su posterior registro del resultado.

Se ha excluido a todos los internos con tuberculosis activa o ya tratada e internos que ya tenían un PPD previo superior o igual a 10.

Se recogieron las variables siguientes: edad, país de nacimiento, resultado prueba Mantoux e infección de VIH.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 314 internos. Edad media 20,6 años.

Se excluyeron a cuatro internos por TB, de los cuales uno tenía tuberculosis activa y tres tuberculosis inactivas. De los 310:

- 60 internos tuvieron resultado de PPD superior o igual a 10. Tasa de ITL: 19,35%.
- Alta tasa de ITL en pacientes magrebíes. 44 de los 60. Es decir, un 73,33%.
- Un interno con ITL y VIH.
- Ningún interno con ITL ha realizado tratamiento quimioprofilaxis

**Discusión:** La epidemiología ha demostrado que se ha de tratar la ITL para conseguir disminuir la tasa de TB. Por ende, la estrategia principal para poder diagnosticar y tratar la ITL es a través de un cribado.

A pesar de haber realizado el cribado en todos los internos y su posterior registro no se ha traducido en una mejora para frenar la TB, debido a que no ha comportado ningún tratamiento de la ITL.

**Palabras claves:** tuberculosis latente; prevalencia; prisiones; tuberculosis.

# Programa de microeliminación de hepatitis C en el centro penitenciario de Murcia II (Campos del Río) 2020-2022

Juan Antonio González Gómez, José Tomás Quiñonero Díaz, Estefanía Márquez Martos, Irene Jado Gómez, Mariana Joya Gómez-Caminero, Jorge Juan Navas Morales, Santiago Domínguez Rosales, Jon Al Torgoman Villar

Centro Penitenciario Murcia II. Campos del Río. Murcia.

La Región de Murcia, con 1.500.000 habitantes, presenta una incidencia de casos nuevos de hepatitis C de 8 por 100.000 en 2019.

El Centro Penitenciario Murcia II, alberga una media de 1100 internos, con población mixta.

Recibe al año una media de 562 ingresos procedentes de libertad y 1674 pacientes si unimos los movimientos de conducción.

Actualmente, y pese a los exitosos proyectos de micro eliminación que se han realizado en muchas prisiones españolas, nos enfrentamos a dos problemas que imposibilitan la erradicación de la hepatitis C en la globalidad de las prisiones:

- El ingreso en las cárceles de personas infectadas a las que, por su condición social, económica o administrativo-legal, los sistemas de salud no han diagnosticado y tratado ya que es muy difícil que acudan al sistema de salud para tratarse.
- Las reinfecciones producidas por contagios con personas no diagnosticadas o no tratadas.

A estos dos problemas se une la disminución progresiva de facultativos en las prisiones españolas, que está provocando que tanto el cribado, como el diagnóstico y tratamiento de los infectados sea menor del necesario para conseguir una erradicación del VHC.

Debido a esto hemos analizado modelos asistenciales de otros países donde existían problemas semejantes. En las prisiones de Australia se creó “*Nurse-led model hepatitis care*” (NLMC)<sup>1</sup> mediante el cual son las enfermeras de las prisiones las que realizan el cribado y se hacen cargo de todo el proceso asistencial de detección, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Consideramos que la situación actual y las previsiones de futuro de las prisiones españolas hacen imprescindible cambiar de modelos asistenciales para el cuidado de enfermedades como la hepatitis C. Los Diplomados Universitarios de Enfermería españoles tienen una acreditada formación y preparación que posibilita que puedan hacerse responsables del cuidado de estos pacientes, siempre con protocolos de coordinación con los médicos especialistas y los médicos de prisiones.

El periodo de referencia del programa es agosto de 2020 a agosto de 2022.

Este programa está basado en tres pilares, por una parte, el cribado de la población reclusa, nuevos ingresos en el centro y los ya residentes que no tuvieran realizado una serología para virus C o si la tenían y era negativa, pero mantenía conductas de riesgo.

El segundo pilar, es el diagnóstico de la enfermedad activa, su grado de enfermedad y tratamiento de la misma.

Por último, la prevención, basada en los programas de reducción de daños (programas de tratamiento con opiáceos) y talleres informativos.

El periodo descrito, se realizaron 1.080 serologías, de las cuales 754 corresponden a nuevos ingresos y el resto a residentes que mantienen conductas de riesgo.

<sup>1</sup>Lloyd et al, Clin Infect Dis 2013;56:1078-84.

Se diagnosticaron 250 internos con anticuerpos positivos frente al virus C (23,1%). 154 corresponden a ingresos nuevos y 96 internos que ya residían en el centro penitenciario.

Se realizaron 250 PCR para el diagnóstico de enfermedad activa, que en el total del periodo fue de 22 paciente, un 8%.

Se trataron 22 pacientes, de los cuales 3 se perdieron por distintos motivos (libertad de los tres con imposibilidad de contacto posterior pese a intentarlo por varios medios). De esos 22 hubo un paciente que se marchó en libertad antes de ser tratado y reingresó cuando teníamos su tratamiento ya en el centro y estábamos con gestiones externas para localizarlo).

En cuanto a prevención, durante el periodo de estudio, se han realizado actividades de información sobre mecanismo de transmisión de enfermedades infecciosas prevalentes. Estos talleres se intensificaron durante la segunda mitad de 2021 y 2022, con un total de 6 talleres y 59 internos. Analizados los pretest, detectamos un bajo nivel de conocimiento sobre las formas de prevención de la transmisión de la hepatitis C.

**Palabras clave:** virus hepatitis C; microeliminación; enfermería; centro penitenciario.

# Tuberculosis pulmonar: revisión de las manifestaciones radiológicas en reclusos de un centro penitenciario. A propósito de una serie de casos

Ericka Patricia Balcazar Franco<sup>2</sup>, Efraín Moreno Valdiris<sup>1</sup>,  
Montserrat Sánchez Roig<sup>1,2</sup>, Albert Burgos Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EAPP La Roca del Vallès. Barcelona.

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Quatre Camins. Centro de Justicia juvenil L'Alzina. Barcelona.

**Objetivo:** Describir los diversos hallazgos radiológicos encontrados en proyecciones de tórax de tuberculosis pulmonar en los reclusos de dos centros penitenciarios, a propósito de una serie de casos.

**Materiales y método:** Se registraron todos los casos de pacientes con hallazgos radiológicos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el Centro Penitenciario Quatre Camins y Centro de Justicia juvenil L'Alzina entre el 1 de agosto del 2021 y el 1 de agosto del 2022. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las diversas manifestaciones radiológicas descritas en pacientes con estudio de tuberculosis pulmonar y una búsqueda sistemática de información en la base de datos Medline (PubMed), utilizando las palabras clave tuberculosis, radiología y prisión. Se seleccionaron artículos que aportan datos de interés sobre la tuberculosis pulmonar en comunidades cerradas, y especialmente en prisiones.

**Resultados:** Se detectaron 7 casos, 6 de los cuales se declararon como tuberculosis pulmonar activa, el 100 % recibieron tratamiento antituberculoso, uno de ellos era multirresistente. Se encontraron 4 patrones radiológicos clásicos (Consolidación, Tuberculosis miliar, Tuberculoma, Cavitación) y en cuatro de ellos se realizó TAC.

Se establecieron las similitudes y diferencias entre los hallazgos radiológicos de la enfermedad y de forma narrativa se realizó una descripción de los diferentes casos.

**Discusión:** La radiografía de tórax continúa siendo esencial en la evaluación de la tuberculosis. La tuberculosis primaria se manifiesta como una consolidación parenquimatosa en cualquier lóbulo o segmentado pulmonar. La radiografía de tórax no permite establecer la actividad de la enfermedad. La cavitación es el hallazgo radiológico más importante, implica alta infectividad y numerosas complicaciones asociadas.

En esta revisión tratamos de establecer desde atención primaria las similitudes y diferencias entre los hallazgos radiológicos de la enfermedad tuberculosa pulmonar. El solapamiento en las diversas manifestaciones hace a menudo difícil la diferenciación estricta entre enfermedad primaria y post primaria. Así mismo, repasamos aquellas manifestaciones que en el caso de la tuberculosis pulmonar pueden ser muy características.

**Palabras clave:** tuberculosis; prisión; radiología; revisión.

# Riesgo cardiovascular en pacientes con VIH institucionalizados en prisión

Maite Nogales-García, Velasco García R, Fernández López de Vicuña E,  
Vargas Axpe A, Martín Rodríguez M, Portu Zapirain J

Centro de Salud Zaballa. Centro Penitenciario de Araba. Álava.

**Objetivo:** Medir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con VIH en prisión y estimar este riesgo mediante la escala REGICOR.

**Material y métodos:** Estudio observacional y transversal llevado a cabo en septiembre de 2022 a todos los pacientes con VIH que en ese momento se encontraban en la prisión.

Se obtuvieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica y de la prescripción electrónica: género, fecha de nacimiento, colesterol total, colesterol HDL, carga viral de VIH, diagnóstico de diabetes y/o hipertensión y tratamiento con estatinas y/o antihipertensivos. Se les pesó y talló para calcular el índice de masa corporal, preguntándoles a su vez por el hábito tabáquico.

El cálculo de la escala REGICOR se realizó con una calculadora ajustada a pacientes con VIH disponible en la siguiente página web <https://regicor.cat/es/aplicaciones/regicor/>

**Resultados:** De los 25 pacientes con VIH, 4 fueron descartados del estudio ya que no se disponían de datos de colesterol HDL en el último año.

La edad media de los 21 pacientes restantes fue de 49,3 años, el 76,2% eran hombres y todos tenían carga viral indetectable.

El 85,71% de los pacientes presentaban tabaquismo activo, el 9,52% tenía diabetes mellitus y el 9,52% hipertensión arterial. Un total de 8 pacientes (38,10%) presentaba cifras de colesterol total mayores de 200 mg/dl y el 61,90% un colesterol HDL menor de 40 mg/dl. El 23,80% tenía sobrepeso y otro 23,80% obesidad grado I ó II.

En cuanto a la escala REGICOR el 47,61% presentaba riesgo cardiovascular bajo, el 23,80% riesgo moderado, el 19,04% riesgo alto y el 9,52% riesgo muy alto.

Una paciente con escala REGICOR bajo estaba en tratamiento con estatinas y antihipertensivos y otro paciente con riesgo cardiovascular bajo estaba en tratamiento con estatinas. Había 4 pacientes en tratamiento antihipertensivo, de los cuales 2 tenían riesgo cardiovascular alto, otro moderado y otro muy alto, éste último con mala adherencia a la terapia.

**Conclusión:** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes con VIH es alta, con un porcentaje elevado de tabaquismo activo, dislipemia y sobrepeso/obesidad, mayor que la observada en la población general.

Sin embargo, al medir el riesgo cardiovascular con la escala REGICOR, detectamos un porcentaje bajo de pacientes con alto/muy alto riesgo, probablemente por el peso que representa la edad como factor de riesgo.

Es importante realizar una determinación de colesterol HDL de manera rutinaria en las analíticas de los pacientes con VIH, al menos anualmente, con el fin de poder calcular el riesgo cardiovascular.

**Palabras clave:** VIH; prisión.

## COMUNICACIONES. FARMACIA

### Atención farmacéutica en pacientes VIH en un centro penitenciario: efectividad, seguridad y eficiencia

Ismael Pérez Alpuente<sup>1</sup>, Belén Serna Serrano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Alicante II. Villena. Alicante.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario de Villarrobledo. Albacete.

**Objetivo:** Revisión de los pacientes en tratamiento con antirretrovirales para conocer la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos, así como proporcionar oportunidades de mejora.

**Métodos:** Se obtuvieron los pacientes y sus tratamientos del módulo de Farmacia del programa clínico omiAE® y los datos clínicos del módulo de Historia clínica carga viral, CD4+, GOT, GPT, creatinina, bilirrubina y fósforo. La efectividad del tratamiento se valoró mediante la carga viral y los niveles de CD4+. La seguridad mediante la comprobación de interacciones farmacológicas en la base de datos “*HIV Drug Interactions*” y las reacciones adversas notificadas. Para conocer la eficiencia, se calculó el coste anual por pacientes y se buscaron alternativas más eficientes dentro de los mismos grupos farmacológicos.

**Resultados:** 42 pacientes, 38 varones y con una media de edad de 49 años (41-57). El 81% (34/42) mantenía carga viral suprimida, 9,5% (4/42) con carga viral detectable, y 9,5% sin datos en el último año. Un 45,2% (19/42) de los pacientes mantenían más de 500 CD4+/mcrL, 21,4% (9/42) entre 200-500 CD4+/mcrL, 7,1% (3/42) menos de 200 CD4+/mcrL, y el 26,2% no tenían dato en el último año. 1 paciente presentaba elevación de transaminasas (paciente cirrótico), no otras alteraciones bioquímicas ni reacciones adversas notificadas. Se detectaron 2 interacciones graves (contraindicación de cobicistat con quetiapina), 20 posibles y 5 débiles todas relacionadas con cobicistat. Las interacciones posibles no requirieron actuación.

El gasto medio por paciente era de 6.533,45 €/año. Se recomendó: rotura del combo RPV/ FTC/TDF por RPV + FTC/TDF en 4 pacientes, con un ahorro de 4.572 € por paciente/año (18.288 €/año). Rotura del combo DTG/3TC/ABC a DTG + 3TC/ABC genérico en 4 pacientes con un ahorro de 1.476 €/paciente/año (5.904 € anual). Se recomendó el cambio de dos pacientes con RTG + FTC/TAF por BIC/FTC/TAF con un ahorro mensual de 2.904 €/paciente/año (5.808 €/año) y reducción de 3 a 1 comprimidos diarios. Cambio en 5 pacientes de EVG/c/ FTC/TAF por BIC/ FTC/TAF con un ahorro de 672 €/paciente/año (3.360 €/año) y evitando 5 interacciones de cobicistat (1 de las graves). El ahorro máximo anual alcanzable fue de 33.360 €, lo que disminuiría el coste por paciente en 794,3 €/año, y el coste medio por paciente a 5.739,15 €/año (reducción del 12,5%).

**Conclusiones:** El farmacéutico hospitalario es un profesional relevante en la mejora de la calidad farmacoterapéutica de los internos.

**Palabras clave:** antirretrovirales; efectividad; seguridad; eficiencia; farmacia; farmacéutico.

# Pacientes en tratamiento con metadona y riesgo de alargamiento intervalo QT

Ismael Pérez Alpuente<sup>1</sup>, Belén Serna Serrano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Alicante II. Villena. Alicante.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario de Villarrobledo. Albacete.

---

**Objetivo:** El objetivo del estudio es detectar en pacientes en tratamiento con metadona para deshabituación opiácea otros fármacos que también puedan alargar el intervalo QT junto con metadona, así como factores de riesgo que hagan a esos pacientes más susceptibles a esta reacción adversas.

**Metodología:** Se seleccionaron los pacientes en tratamiento con metadona en nuestro centro durante la semana del 1/8/2022 al 7/8/2022. Se obtuvieron los tratamientos concomitantes del módulo de farmacia del programa clínico OMI360. Se seleccionaron aquellos tratamientos concomitantes con riesgo definido de alargar el intervalo QT: quetiapina, citalopram, escitalopram, amitriptilina, mirtazapina, amiodarona, cilostazol, azitromicina, ciprofloxacino, clorpromazina, flecainida, fluconazol, haloperidol, pimozida, sulpirida y levosulpirida; así como gabapentina y pregabalina por su alta frecuencia de prescripción en nuestro medio. Estos dos últimos fármacos solo se entendían como riesgo de alargar el intervalo QT si iban acompañados de algún fármaco más de riesgo definido.

Los factores de riesgo se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas del programa OMI360: Mujer, Bradicardia, hipocalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, cardioversión reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia renal o hepática, síndrome intervalo QT largo subclínico, Hipertiroidismo, hipotiroidismo.

**Resultados:** 56 pacientes (3 mujeres), media de edad 49 años (39-57 años). El 39,4% (19/56) de los pacientes no tenía ningún otro fármaco con riesgo de alargamiento. El 35,7% (20/56) solo tenía prescrito pregabalina y/o gabapentina. Del resto: El 16,1% (9/56) 1 fármaco con riesgo, el 8,9% (5/56) dos fármacos y el 5,36% (3/56) 3 fármacos. Por fármacos (sin contar pregabalina y gabapentina) 10 pacientes con mirtazapina, 5 con quetiapina y 3 con amitriptilina (los 3 con mirtazapina copautados). Destacan los 5 pacientes con quetiapina ya que se encuentra contraindicada con metadona en todas las bases de datos, se informó para su sustitución. Solo se detectó como factor de riesgo 1 paciente con insuficiencia hepática, pero sin fármacos con riesgo de alargar el intervalo QT, y 3 pacientes por sexo femenino sin más importancia que una de ellas con mayor riesgo por tener pautada quetiapina.

**Conclusión:** La revisión sistemática de los pacientes en tratamiento con metadona permite encontrar oportunidades de mejora en la seguridad de los pacientes.

**Palabras clave:** etadona; intervalo; alargamiento; riesgo.

# Reacciones adversas detectadas a buprenorfina de liberación prolongada en una prisión

Maite Nogales-García, Eva María Fernández López de Vicuña, Juan Elizondo Pérez de Albéniz, Sergio Castillejo Serrano, Ruiz de Azua De Andrés A, Cayetano López M

Centro de Salud Zaballa. Centro Penitenciario de Araba. Álava.

**Objetivo:** Identificar el perfil de reacciones adversas detectadas a buprenorfina de liberación prolongada, estimando su incidencia y frecuencia de aparición en una prisión.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con buprenorfina de liberación prolongada desde agosto de 2021 hasta agosto de 2022 en una prisión.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica: género, fecha de nacimiento, indicación del fármaco, tratamiento previo con agonista opioide, tipo de reacción adversa (RA) y su descripción y desenlace (si implicó cambio a buprenorfina oral, se suspendió el tratamiento o se mantuvo).

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes con buprenorfina de liberación prolongada, todos diagnosticados de dependencia de opioides y en tratamiento previo con buprenorfina oral.

Se detectaron 31 RA en 17 pacientes (60,71%), cuya edad media fue de 36 años (rango: 20-53), siendo en su mayoría hombres (76,4%). El 47,06% del total de pacientes con RA presentaron dos o más reacciones al medicamento.

El 54,84% de las RA fueron trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración; el 32,26% síntomas compatibles con síndrome de abstinencia y el 22,58% dolor/prurito/induración en la zona de inyección.

En cuanto a las RA gastrointestinales, las náuseas y/o vómitos representaron el 9,68%, mientras que el estreñimiento el 3,22%.

Las alteraciones renales (concretamente retención urinaria) supusieron el 9,68% de las RA.

El 6,45% refirió artralgias, otro 6,45% trastornos psiquiátricos (ansiedad y/o hostilidad) y otro 6,45% trastornos del sistema nervioso central como cefalea (3,25%) e insomnio (3,25%).

Además, un paciente tuvo una disfunción eréctil durante el tratamiento, una posible reacción no descrita en la ficha técnica del medicamento.

Las RA descritas condicionaron el cambio a buprenorfina oral en el 47,06% de los pacientes y otro 5,88% motivó la suspensión del tratamiento con buprenorfina de liberación prolongada. El otro 47,06% continuó el tratamiento con este último.

El 9,68% de las RA (las debidas a retención urinaria) fueron notificadas al Centro de Farmacovigilancia de la comunidad autónoma.

**Conclusiones:** Las RA más prevalentes fueron el síndrome de abstinencia y las alteraciones en el lugar de administración. Esta última RA coincide con lo descrito en otros estudios.

En este estudio las RA a buprenorfina de liberación prolongada suponen el cambio a buprenorfina oral en un porcentaje alto de pacientes. Por ello, es fundamental la monitorización de los pacientes desde el inicio del tratamiento, la información activa sobre la posible aparición de las RA más frecuentes, duración y manejo de las mismas.

Dado que es un medicamento recientemente comercializado (sujeto a seguimiento adicional), es clave notificar las sospechas de RA detectadas al Centro de Farmacovigilancia de la comunidad autónoma, así como identificar la aparición de posibles nuevas RA no incluidas en la ficha técnica, como en el caso de la disfunción eréctil observada.

**Palabras clave:** prisión.

# Desarrollo e implantación de una estrategia de deprescripción de benzodiacepinas en un centro penitenciario

Eva María Fernández López de Vicuña, Maite Nogales-García, Maddi Laborde Zufiaurre, Paula Antia Ozcariz, Edorta Elizagarate Zabala, Pedro Sánchez Gómez

Centro Penitenciario de Araba. Álava.

**Objetivo:** Describir el desarrollo e implantación de una estrategia de optimización del uso de benzodiacepinas (BZD) en un centro penitenciario (CP) basado en la deprescripción.

**Métodos:** En noviembre de 2021 se crea un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras del Centro de Salud Mental del CP (CSM) y Farmacia para optimizar el uso de psicofármacos en prisión. Tras un análisis previo, se plantea la siguiente estrategia: Identificar los psicofármacos sobre los que actuar. Tras revisar la guía Safer Prescribing In Prisons 2019, que clasifica a los fármacos por colores (semáforo), en función de su idoneidad de uso en prisión, se decide: Actuar sobre las BZD en los pacientes en seguimiento por CSM.

Revisar pacientes en tratamiento habitual con combinaciones de  $\geq 2$  BZD.

Establecer las pautas de deprescripción y fármacos para manejar ansiedad/insomnio de rebote. Se pretende mantener con una sola BZD al paciente, priorizando las de vida media larga (VML: diazepam, alternativa clorazepato dipotásico), retirando las de vida media corta (VMC)/mayor potencial de abuso (alprazolam/clonazepam). Opciones:

- Aumentar dosis de la BZD a mantener para poder deprescribir el resto de BZD, ajustando posteriormente la dosis de la de VML.
- Deprescribir BZD de VMC hasta retirada. Se podrán añadir fármacos puente (buspirona, ISRS, oxcarbacepina) para facilitar el proceso.
- Prescribir lorazepam temporalmente en sustitución de BZD de VMC, como paso previo a la de VML.

Farmacia realiza una monitorización semanal (consultas automáticas al programa de prescripción), detectando pacientes con combinaciones de BZD.

**Resultados:** (11/2021). Internos: 718. De ellos, 394 pacientes tratados con psicofármacos, 342 seguidos por CSM. 243 (71%) tomaban BZD, 224 hombres (media 38,9 años) y 18 mujeres (41,5 años); 44 tenían  $\geq 2$  BZD. Fármacos más prescritos: clorazepato (47%), diazepam (24,7%), clonazepam (20,9%) y alprazolam (17,7%). Combinaciones más prevalentes fueron: clorazepato-lormetazepam, diazepam-alprazolam.

(09/2022). Internos: 733. De ellos, 338 pacientes en tratamiento con psicofármacos, 214 seguidos por CSM. 151 (70,5%) tomaban BZD, 140 hombres (media 38,3 años) y 10 mujeres (38,4 años); 25 tenían  $\geq 2$  BZD. Fármacos más prescritos: clorazepato (58,3%), diazepam (37,8%), clonazepam (17,2%) y lorazepam (9,3%). Combinaciones más prevalentes: clorazepato-lormetazepam, diazepam-clorazepato.

**Conclusiones:** La estrategia de deprescripción ha permitido reducir el número de pacientes con combinaciones de BZD e ir retirando paulatinamente aquellas con mayor riesgo de abuso, fomentando una farmacoterapia segura. Este proceso es lento y requiere compromiso del paciente.

La alta movilidad de internos entre prisiones dificulta el desarrollo del programa.

No disponemos de una guía adaptada a nuestro país.

**Palabras clave:** estrategia; deprescripción; benzodiacepinas; prisión.

# COMUNICACIONES. GESTIÓN

## Enfermedad grave con padecimiento incurable en prisión. Revisión de las solicitudes de concesión de libertad condicional (art. 196 r.p.) en el periodo 2016-2021 en un centro penitenciario

Asier López de Arcaute Trincado, Mercedes Iruarizaga Sagredo

Centro de Salud Zaballa. Centro Penitenciario de Araba. Álava.

**Introducción:** Según el artículo 196 del Reglamento Penitenciario, los penados enfermos muy graves con padecimientos incurables podrán ser excarcelados (libertad condicional) por razones humanitarias y de dignidad personal, atendiendo a la dificultad para delinquir y escasa peligrosidad.

Hemos realizado un estudio retrospectivo de las propuestas de artículo 196 entre 2016-2021 en CP. Araba/Álava

### Objetivos:

- Analizar las propuestas de artículo 196, comprobando si fueron aprobadas o denegadas. Si denegación, conocer los motivos.
- Determinar los destinos de aquellos internos con artículo aprobado.
- Conocer los motivos que ocasionaron demora de varios meses en conseguir la libertad condicional o, incluso, no salieron.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda en los archivos del Centro y en programa informático para recabar información sobre las propuestas de 196 en 2016-2021.

**Resultados:** Entre 2016-2021 se realizaron 83 propuestas a 62 pacientes:

- 46 pacientes: 1 solicitud
- 12 pacientes: 2 solicitudes
- 3 pacientes: 3 solicitudes
- 1 paciente: 4 solicitudes

Las patologías estudiadas fueron:

- Oncológicas: 17
- Cardiopatías: 14
- Cirrosis: 8
- Respiratorias: 6
- Demencia: 4
- SIDA: 4

- Insuficiencia renal severa: 2
- Octogenario-nonagenario: 2
- Otras: 6

La resolución de la Junta de Tratamiento fue:

- 45 aprobadas
- 35 denegadas
- 3 no tramitadas por libertad provisional

Motivo de denegación:

- Riesgo delictivo/gravedad del delito: 22
- Revocación de libertad condicional reciente: 7
- No disponer de acogida: 4
- Otras: 2

Entre las 45 aprobadas, cinco no salieron:

- Fallecimiento en prisión: 2
- No acogida antes de libertad definitiva: 2
- Involución tratamental: 1

Entre los 40 con libertad condicional aprobada y que salieron, sus destinos fueron:

- Familiares: 28
- ONG: 4
- Hospital en situación terminal: 4
- Residencia: 2
- Hospital de paliativos: 2

Una problemática observada, fue la importante demora desde la aprobación hasta conseguir la salida, motivada por la ausencia de acogida.

Entre los que salieron tuvimos las siguientes demoras:

- 4 meses: 1 paciente
- 6-7 meses: 2 pacientes
- 9-10 meses: 2 pacientes
- 13 meses: 1 paciente

De los que no salieron (llegó antes la libertad):

- 4 meses: 1 paciente
- 6 meses: 1 paciente

#### **Conclusiones:**

- 45% de solicitudes fueron denegadas, principalmente por riesgo delictivo/gravedad del delito, por revocación de libertad condicional reciente o por falta de acogida.
- Entre los aprobados, el destino mayoritario (70%) fue la familia.
- Se observa una importante problemática de ausencia de acogida para los que no disponen de familias (18% de aprobados). Apreciamos demoras de hasta 13 meses por este motivo.
- Es necesario aumentar los recursos sociales para acoger a los pacientes que no disponen de acogida familiar.

**Palabras clave:** art.196; libertad condicional; prisión.

# Incidencia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en los centros penitenciarios y comparación con la población general

Enrique Acín García, Pilar Gómez Pintado, Isabel Vazquez Sevillano,  
Carmen Martínez Aznar

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid.

**Objetivo:** Analizar el impacto de la enfermedad por el coronavirus SARS-CoV-2 en la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) y comparación con la población general.

**Material y métodos:** Se recoge por fecha la incidencia acumulada de casos notificados de COVID-19 en los 14 días previos, número de ingresos hospitalarios y fallecimientos desde el inicio de la pandemia hasta el 29 de marzo de 2022, tanto en la población penitenciaria dependiente de la SGIP como en la población general con datos suministrados por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad. Los datos se presentan mediante gráficos de evolución por fecha y tablas de contingencia. La comparación de proporciones se realiza mediante las pruebas Z y Chi-cuadrado utilizando el programa SPSS® 24.

**Resultados:** Al superponer los gráficos de evolución por fecha en la población general y en la población penitenciaria, se observa un retraso entre 10 y 14 días en la aparición de las sucesivas ondas pandémicas en la población penitenciaria, con una incidencia inferior en todas las ondas pandémicas, salvo en la quinta que registró una incidencia mayor. Al comparar la incidencia acumulada en población general y población penitenciaria (SGIP) se observa una incidencia menor en la población penitenciaria, así como una menor frecuentación hospitalaria y una menor tasa de mortalidad, teniendo en cuenta la diferente composición por grupos de edad, contrariamente a la hipótesis inicialmente prevista para este medio.

**Discusión:** Al analizar los datos se observan diferentes incidencias acumuladas en función de la cepa circulante en dicha fecha, la cobertura vacunal y la vacuna utilizada en las personas privadas de libertad y en la población general, así como la intensidad de las medidas de prevención y control adoptadas en los centros penitenciarios dependientes de la SGIP en las sucesivas ondas pandémicas. La pronta vacunación de las personas privadas de libertad, al ser consideradas grupo de riesgo, disminuyó notablemente la enfermedad grave y la mortalidad, siendo necesaria posteriormente una dosis de refuerzo con vacuna ARNm al haber sido vacunada mayoritariamente con vector viral J&J/Janssen inicialmente.

**Conclusiones:** Aunque con la limitación propia de la diferente composición etaria y de género de ambas poblaciones, se puede afirmar que la incidencia acumulada, frecuentación hospitalaria y tasa de mortalidad, han sido inferiores en la población penitenciaria dependiente de la SGIP en comparación con la población general, gracias a las medidas adoptadas y la pronta vacunación, contrariamente a la hipótesis inicial al tratarse de una institución cerrada.

**Palabras clave:** COVID-19; incidencia acumulada; frecuentación hospitalaria; mortalidad.

# Homogeneidad de la prescripción farmacológica y de las medidas de control aplicadas en los casos de escabiosis detectados en reclusos de Cataluña

Efraín Arturo Moreno Valdiris<sup>1</sup>, Indiana Jesus Abdo<sup>2,3</sup>, Àngels Flores Imbernón<sup>4</sup>, Elisa Vaz<sup>2,5</sup>, Carlos Touzón López<sup>2,6</sup>, Ana María Ruiz<sup>7</sup>, Nuria Teixidó Pérez<sup>2,4</sup>, Carlos Gallego Castellví<sup>2,1</sup>, Andrés Marco Mouriño<sup>2,8</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Quatre Camins. Barcelona.

<sup>2</sup>Grupo de Enfermedades Infecciosas del Àmbit Penitenciari (GRUMIP).

<sup>3</sup>Centro Penitenciario Puig de les Basses. Girona.

<sup>4</sup>Centro Penitenciario Brians 1. Barcelona.

<sup>5</sup>Centro Penitenciario Mas d'Enric. Tarragona.

<sup>6</sup>Centro Penitenciario Lledoners. Barcelona.

<sup>7</sup>Centro Penitenciario Brians 2. Barcelona.

<sup>8</sup>Programa de Salut Penitenciaria. Institut Català de la Salut.

**Objetivo:** Revisar la homogeneidad de la prescripción farmacológica y de las medidas de control aplicadas intercentros en los casos de escabiosis.

**Material y métodos:** Estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo efectuado en 6 prisiones de Cataluña. Se analizaron los casos de escabiosis del periodo 01.03.2021-01-03.2022 agrupados según criterios OMS-2017:

- Casos confirmados (diagnosticados mediante observación directa).
- Casos clínicamente probables (si lesiones típicas genitales, surco acarino o lesiones con distribución típica más prurito y contacto estrecho con persona con antecedente de prurito o lesiones típicas).
- Casos sospechosos (si lesiones con distribución típica más prurito o contacto estrecho; o lesiones atípicas además de prurito y contacto estrecho).

Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y las medidas de control aplicadas en una base de datos diseñada por el Grupo de Infecciones del Àmbit Penitenciari (GRUMIP) del Institut Català de la Salut. Se comprobó si las intervenciones eran homogéneas intercentros. Se utilizó la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza (95%) para las discretas. Para determinar la asociación estadística entre variables se utilizó el test Chi cuadrado.

**Resultados:** Se detectaron 269 casos con 30,3 años de media (rango: 18-67). El 97,5% eran hombres, el 5,6% infectados por VIH y el 17,1% con antecedente COVID-19. El 21,2% eran casos confirmados, el 50,2% clínicamente probables y el 28,6% sospechosos. El 78,8% se concentraron en 3 centros. El 61,3% fue tratado con permetrina, el 18,6% con ivermectina y el 20,1% con ambos combinados o intercalados. El 27,1% fue retratado.

Se estudiaron los convivientes, se aplicó aislamiento y desinfección de celda, y se trataron ropa y enseres en el 98,1%, 98,9% y 98,9% de los casos, respectivamente.

No hubo diferencias significativas intercentros en el estudio de contactos, aislamiento y tratamiento de ropa y enseres, pero si respecto a la prescripción de fármacos ( $p<0,001$ ), la duración del tratamiento ( $p<0,001$ ) y la desinfección (convencional o química) de la celda ( $p<0,001$ ).

**Discusión:** El número de casos de escabiosis detectados se estima alto y la mayoría (71,4%) confirmados o clínicamente probables. Las medidas de control son homogéneas, excepto en la desinfección de la celda, que fue

convencional en el 39,8% de los casos. También el tratamiento farmacológico prescrito y la duración del mismo es variable entre centros. Se recomienda que el GRUMIP protocolice las intervenciones según los grados de evidencia científica.

Palabras clave: escabiosis; prisión; homogeneidad; protocolo.

# COMUNICACIONES.

## SALUD MENTAL Y DROGADICCIÓN

### Prevalencia de patología dual en internas del Centro Penitenciario Las Palmas II

Carlos Alberto Yllobre Rodríguez, Morgana Fábregas Flores, Belén Martín Fernández, Katia Pérez Cid, Alfredo Palomino Angui, Enma Tiscar Ruiz Díaz

Centro Penitenciario Las Palmas II. Las Palmas.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de patología dual en la población reclusa femenina y sus peculiaridades demográficas, comorbilidades y perfil demográfico y delictivo.

**Material y método:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo, tomando una muestra voluntaria de 95 internas sobre una población total de 113 mujeres internadas en el momento del estudio (agosto 2022), para lo cual se les aplicó un cuestionario de recogida de datos mediante entrevista personal. Todos los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.

**Resultados:** Prevalencia de patología dual de un 57,8%, predominando en el grupo de edad de 31-50 años (67,2%), la patología psiquiátrica más asociada al consumo fueron los trastornos de personalidad (66,6%). El 76,3 de las internas refirieron el inicio del consumo de drogas antes de los 20 años. La comorbilidad de las internas con patología dual estuvo relacionada con enfermedades como el VIH (3,6%) y VHC (12,7%). El 54,5% con 2 o más ingresos en prisión, por delitos relacionados con robo y contra la salud pública.

**Conclusiones:** Es preocupante las prevalencias de patología dual en mujeres jóvenes de 20-30 años (20%) que llegan a alcanzar el 67,2% en el grupo etario de 31 a 50 años. Teniendo en cuenta el mayor impacto que el consumo de drogas tiene en la mujer a nivel del desarrollo de complicaciones físicas y psíquicas por las características biometabólicas, anatómicas, funcionales y neuroendocrinas de estas, lo que hace que muchas veces hablemos de “patología dual en femenino” y por tanto requieren de mayor atención sanitaria, social y de apoyo institucional extra penitenciario.

**Palabras clave:** patología dual; comorbilidad.

# Proyecto de vinculación del interno con problemas de salud mental a las actividades deportivas del CPPB (Centro Penitenciario Puig de les Bases)

Lorena Pisonero Torralba, Elisabet Comas Bosch, Vanesa Clemente Vert, Marc Sedó Domenech, Nestor Segura Soto, Pau Ventura Sellés

Centro Penitenciario Puig de les Bases. Figueres. Girona.

---

**Objetivo:** Acompañar al interno diagnosticado de Trastorno Mental Severo a las actividades deportivas del centro, promoviendo la autoestima y visibilizando los efectos beneficiosos del ejercicio físico en la salud mental.

**Método:** Se realiza una valoración inicial de todos los pacientes que tienen diagnóstico de TMS o que sean más vulnerables y se establece un horario de actividad adaptado para ellos. Se les informa de los días y las horas que van a tener dicha actividad y la Enfermera de SM o la T. Ocupacional van al módulo de convivencia a buscarlos y los acompaña a realizar la actividad. Los técnicos de deportes identifican a los pacientes y ayudan/adaptan esa actividad a las capacidades físicas del paciente/interno.

Dependiendo de los días en los que la carga de trabajo es más o menos elevada, acompañamos al interno durante toda la jornada deportiva, o bien, los técnicos de deporte nos informan en la reunión mensual de cómo ha sido de resolutiva para el usuario (último viernes de cada mes).

**Resultados:** A lo largo de las intervenciones, la asistencia a las sesiones por parte de los pacientes (descartando las incidencias regimentales y los cambios modulares) fue en general satisfactoria destacando la actitud participativa de prácticamente todos los usuarios tanto en el polideportivo como en la actividad de piscina.

La puesta en marcha de este acompañamiento ha facilitado al paciente con TMS mayor autonomía y mejora en la vinculación con el Equipo de Salud Mental, así como con los técnicos deportivos y las actividades propuestas del centro.

**Conclusiones:** Dependiendo de la constancia del paciente y de los horarios de las actividades, el inicio del acompañamiento al paciente finaliza cuando éste termina siendo autónomo en la salida a la actividad y no necesita que ningún profesional acuda al módulo para llevarlo a dicha actividad, de forma que se adquiere un hábito y una rutina que marca y fomenta la autoconfianza en el paciente con enfermedad mental dentro del centro.

Se ha de comentar que en sentido negativo en relación al estigma que provoca la salud mental en prisión, destacamos que por parte de otros internos se visibiliza más la figura de “paciente mental/vulnerable” en estas actividades, o que por otro lado se realza el apoyo y refuerzo en este perfil de usuarios y se ayuda a crear una mejora en la cohesión de grupo que mejora la calidad de vida del propio usuario en prisión.

**Palabras clave:** trastorno mental severo; deporte; centro penitenciario; salud mental.

# Introducción de Buvidal® en el Centro Penitenciario Zaballa: abriendo camino

Sergio Castillejo Serrano, Montserrat Cayetano López, Juan Elizondo Pérez de Albéniz, María Jesús Pérez de Arenaza Iturrospe, Patricia Santamaría Cantera, Laura Plaza Salazar, Mercedes Sousa Quincoces

Centro de Salud Mental, Centro Penitenciario Zaballa. Álava.

**Objetivo:** Valorar la implementación de buprenorfina subcutánea en el Centro Penitenciario de Zaballa, así como su efectividad respecto a adherencia al tratamiento y el mantenimiento de abstinencia a opiáceos.

**Métodos:** Se procede a una revisión retrospectiva de los pacientes en tratamiento tanto con Buvidal® de presentación semanal como de mensual desde el 01/08/2021 hasta el 11/08/2022.

Por una parte, se analiza el tiempo con el que el paciente ha mantenido el tratamiento agonista/antagonista parcial de los opiáceos. De forma paralela se procede a un análisis de los valores de muestras de orina (concretamente de opiáceos) facilitados por los usuarios a través del programa de Urinocontroles, en coordinación con el laboratorio de drogas del Centro de Tratamiento y Orientación de Adicciones (COTA) de la Red de Salud Mental de Álava. Se establece como punto de corte 300 ng/mL de opiáceos en orina.

**Resultados:** Al inicio del periodo objeto de estudio se contaba con 3 pacientes con Buvidal® semanal, y en la actualidad contamos con 1 paciente en tratamiento semanal y 9 con mensual.

Respecto a la adherencia al tratamiento, de la muestra total (N=26), han abandonado el tratamiento 3 pacientes por indicación médica, 1 por traslado a otro CP o libertad, 8 pacientes por aparición de reacciones adversas y 4 pacientes por cambio de tratamiento.

De los 26 pacientes de la muestra se ha hallado un alto porcentaje de mantenimiento de la abstinencia a opiáceos (88%) durante el tratamiento, siendo los consumos hallados ocasionales y monitorizados mediante un seguimiento multidisciplinar.

**Conclusiones:** Pese a ciertas dificultades objetivadas con el cumplimiento del tratamiento (en parte relacionadas con el desconocimiento del producto de los pacientes y las reacciones adversas relacionadas con el fármaco), el balance de la introducción de Buvidal® en el medio penitenciario es positivo. De este modo, el mantenimiento de la abstinencia a opiáceos es significativo, por lo que la administración de buprenorfina subcutánea es un factor protector de cara a la prevención de recaídas.

**Palabras clave:** salud mental; buprenorfina; opiáceos; prisión.

## “Imito lo que veo”

Eva María Fernández Lozano<sup>1</sup>, Isabel García Benasach<sup>2</sup>, Juan José Labraca Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Doctor Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz.

<sup>2</sup>Centro de Trabajo CP. Prisión provincial de Cádiz Puerto III. El Puerto de Santa María. Cádiz.

---

Varón de 50 años diagnosticado de trastorno mixto de la personalidad y ciclotimia, niega hábitos tóxicos, discapacidad del 71 %, refiere ingresos previos en salud mental en Jerez de la Frontera en los años 2003 y 2008. En la valoración realizada en su ingreso en el CP Puerto III en 2017 refiere estar sin tratamiento desde 2003 por negativa del paciente, se realizó psicoanálisis sin resultados favorables.

El motivo que le lleva a ingresar en prisión es un delito informático, teniendo en cuenta que su formación se basa en estudios superiores con idiomas y que ha trabajado en el extranjero, pero no tiene formación en materia informática-electrónica.

Por ello, al valorarlo, impresiona de un paciente con alto coeficiente intelectual, con nulos autocuidados y escasos hábitos higiénicos (4 años sin ducharse) por aislamiento voluntario en su domicilio desde 2013 al 2017, junto con ausencia de relación con sus hermanos (un varón y una hembra) desde hace años. Realiza las compras a través de internet, por teléfono o a la 1:00h de la mañana en la gasolinera que tiene frente a su casa.

Desde consulta médica del centro penitenciario se realizó analítica general (hemograma, bioquímica, coagulación, serología) sin hallazgos de interés.

En las consultas médicas sucesivas para revisión, el paciente presentaba buen contacto con el medio, colaborador, orientado en tiempo y espacio, verborreico. Lenguaje lineal y coherente, sin alteración formal del pensamiento, aunque refiere “una voz como un eco que me dice que hacer”, pero que no se puede considerar alteración formal. No alteración de la memoria ni de la atención. No fuga de ideas. Inexpresión emocional. Reconoce ausencia de capacidad para sentir emociones y dificultad para reconocerlas en los demás, con expresión de las mismas por imitación desde la infancia (“imito lo que veo”, “mi padre era igual”). Baja tolerancia a la frustración. No alteración del sueño ni de la alimentación.

Refiere periodos de conducta mitomaniaca y de episodios depresivos que cada vez duran más tiempo. Tendencia a dejar los trabajos por saturación e incapacidad de adaptación porque entra en fase depresiva.

Durante su ingreso en prisión se restablecen los hábitos higiénicos, aunque mantiene la negativa al tratamiento psiquiátrico. Preciso atención en el módulo de enfermería durante toda su estancia en el centro penitenciario.

Solicitamos valoración por psiquiatra referente del centro penitenciario para descartar posible síndrome Asperger.

Tras la valoración por el especialista se confirma dicho diagnóstico.

**Palabras clave:** asperger; aislamiento; inexpresión.

# Proyecto de adaptación al ámbito laboral del paciente vulnerable en el CPPB (Centro Penitenciario Puig de les Basses)

Lorena Pisonero Torralba, Elisabet Comas Bosch, M<sup>a</sup> Carme Mariscot Bas, Natàlia Ravetllat Adell, Antonio Vives Tribo

Centro Penitenciario Puig de les Basses. Figueres. Girona.

**Objetivo:** Elaborar un Plan de Actuación Terapéutico (PAT) y crear un PRE-taller formativo-laboral con la supervisión de un profesional de Salud Mental (ubicado en las aulas de Talleres del CIRE [Centro de Iniciativas para la reinserción]) donde se ayude a generar habilidades productivas y de relación laboral antes de pasar a la inserción del paciente con trastorno mental o vulnerabilidad a un grupo de trabajo ordinario.

**Método:** En primer lugar, se acuerda con los responsables del CIRE realizar una actividad prelaboral (con los internos que primeramente el Equipo de Salud Mental ha seleccionado), de 2 horas de duración durante 8 días, donde visitarán las instalaciones de talleres, conocerán las condiciones de trabajo y podrán realizar pequeñas prácticas sobre algunas de las tareas que deberán desarrollar en su destino laboral.

De forma paralela, el ESM incluyó a las actividades grupales sesiones sobre la adaptación al mundo laboral y seguimiento previo y posterior en relación a las sensaciones y dificultades que los internos pudieran tener en la adaptación al servicio.

En segundo lugar, se establece una normativa laboral consensuada con los equipos de Tratamiento y Dirección del centro adaptada al colectivo de pacientes con los que vamos a trabajar, de los cuales comenzaron 8 internos y una vez acabado el prelaboral se pudieron incorporar 6 usuarios.

**Resultados:** Entendiendo que dentro de las características asociadas a las enfermedades mentales está la dificultad en el rendimiento laboral dentro del centro penitenciario, el incumplimiento de la normativa en el destino laboral o la constancia en el sitio de trabajo, ha hecho que el proponer espacios laborales específicos con cierta adaptación y mejora de la actividad, garantice el derecho a la población de Salud Mental a elaborar este proyecto e iniciar un destino laboral como si de otro interno se tratara.

Después de la jornada prelaboral, finalmente iniciaron la jornada laboral en turno de mañana 6 internos, de los cuales por motivos regimentales (sanciones, partes...) actualmente 2 han sido baja.

**Conclusiones:** La falta de sitios de trabajo adaptados en prisión, ha hecho que dentro de las posibilidades del centro adaptemos la situación laboral al interno de manera que proyectamos y fomentamos su autonomía indistintamente de si padece o no una enfermedad mental, de forma que empoderamos su hábito diario y su inserción en sociedad y donde exponemos también un realce al PIT (Plan Individual de Tratamiento) del interno.

**Palabras clave:** vulnerable; laboral; penitenciario; adaptación.

## IN ERRATUM

Esta ponencia, titulada "Farmacovigilancia", forma parte de la "Mesa. Farmacia" de este suplemento.

Jueves 3 noviembre 2022

# MESA. FARMACIA

## Farmacovigilancia

Mónica Saldaña Valderas

Doctora en Medicina y médica especialista en Farmacología Clínica. Unidad de Farmacología Clínica.  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Profesora asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

---

### RESUMEN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen un problema en la terapéutica farmacológica reconocido desde hace décadas. Diferentes acontecimientos acaecidos durante la segunda mitad del siglo pasado pusieron de manifiesto la necesidad de regular la autorización de comercialización de los medicamentos y de establecer mecanismos que permitieran evaluar, de forma dinámica, el cociente beneficio-riesgo de los medicamentos comercializados. Estos mecanismos se han materializado en la Unión Europea mediante la creación y regulación de los sistemas nacionales de farmacovigilancia coordinados por la Agencia Europea del Medicamento. Los profesionales sanitarios podemos y debemos participar activamente en este sistema de farmacovigilancia mediante la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos mediante la tarjeta amarilla. Gracias a este simple sistema, las autoridades reguladoras pueden evaluar los nuevos riesgos derivados del empleo de medicamentos y tomar medidas, como informar a los profesionales, modificar las condiciones de autorización o incluso, retirar del mercado aquellos en los que la experiencia clínica tras su comercialización demuestra que los riesgos son superiores a sus beneficios.

---

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen un problema en la terapéutica farmacológica reconocido desde hace décadas.

Birt publicó en 1957 un interesantísimo artículo que incluye algunos comentarios que continúan en vigor<sup>1</sup>. El autor indica que el desarrollo de nuevos fármacos permitió -a finales de la década de los 50- controlar enfermedades para las cuales no

existían opciones terapéuticas con la contrapartida de la aparición de reacciones adversas, con las que es necesario realizar el diagnóstico diferencial. Esta reflexión, publicada hace más de 60 años se refiere al tratamiento de la sífilis con penicilina, pero resulta aplicable a las terapias desarrolladas recientemente tales como los anticuerpos monoclonales, por poner un ejemplo.

La tristemente célebre tragedia de la talidomida supuso un hito en la historia de la regulación e investigación con medicamentos y contribuyó de forma decisiva al nacimiento y desarrollo de la farmacovigilancia. En 1961, se publicó en *The Lancet* una carta firmada por McBride<sup>2</sup> en la que se relacionaba la administración de talidomida durante la gestación con la aparición de malformaciones en las extremidades; las publicaciones sobre esta asociación se multiplicaron en los años siguientes<sup>3-5</sup> y las autoridades sanitarias de algunos países empezaron a recopilar las reacciones adversas a medicamentos mediante programas de monitorización.

La preocupación por este problema y, sobre todo, el deseo de impedir la aparición de un nuevo suceso de tal gravedad unieron esfuerzos en forma de colaboración internacional. En 1962, la *World Health Assembly* (WHA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la trascendencia de las reacciones adversas a medicamentos y en 1967 se adoptó la resolución en virtud de la cual se creó el Programa Internacional de la OMS para la Farmacovigilancia (*WHO Pilot Research Project for International Monitoring of Adverse Reactions to Drugs*). La fase piloto de este programa se puso en marcha en 1968 y contó con la participación de Australia, Canadá, la anteriormente denominada Checoslovaquia, Alemania (República Federal), Suecia, Holanda, Irlanda, el Reino Unido, Nueva Zelanda y Estados Unidos que establecieron un sistema de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos<sup>6</sup>.

En este programa se han cimentado los programas de farmacovigilancia nacionales, el desarrollo de la normativa que los regula y la creación del sistema europeo de farmacovigilancia, tal como lo conocemos hoy.

La farmacovigilancia de medicamentos de uso humano se define como la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos relacionados con el uso de los medicamentos una vez autorizados<sup>7</sup>. Puede sorprender el hecho de que la farmacovigilancia identifique, cuantifique, evalúe y prevenga los riesgos asociados con el uso de los medicamentos comercializados ya que los medicamentos comercializados lo han sido porque han demostrado su calidad, su eficacia y su seguridad mediante los datos disponibles sobre su calidad y sus aspectos preclínicos y clínicos. Sin embargo, la información clínica disponible sobre los medicamentos comercializados es limitada en el momento de su autorización.

Cuando un medicamento recibe la opinión positiva por la correspondiente agencia reguladora, en

nuestro caso, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), la población expuesta a ese fármaco se limita a las personas que han participado en los ensayos clínicos precomercialización en los que se basa la solicitud de autorización de comercialización del medicamento. Algunos de estos ensayos incluyen sujetos sanos o suponen la exposición a una sola dosis del medicamento o a dosis inferiores a las que se autorizarán (ensayos de búsqueda de dosis, ensayos de interacciones o ensayos de farmacocinética) o han recibido el medicamento durante periodos de tiempo inferiores a los que se espera emplear en la práctica clínica, como en los ensayos exploratorios.

Todos los ensayos clínicos, incluyendo los confirmatorios (también denominados fase III o “pivotaes”), reclutan un número determinado de sujetos que cumplen unos estrictos criterios de selección y en los que se basa la evaluación de la seguridad del medicamento antes de su autorización. Así, por ejemplo, para la evaluación de la seguridad de dulaglutida, se incluyeron datos de los ensayos clínicos fase II y III que incluyeron un total de 6.005 pacientes, de los cuales 4.006 recibieron al menos una dosis de dulaglutida<sup>8</sup>; la seguridad de oritavancina ha sido evaluada en un total de 3.017 pacientes (424 pacientes en estudios de fase I y 2.593 pacientes en estudios en Fase II y III). En los estudios fase II y III, 1.075 pacientes recibieron tratamiento con una dosis única de 1.200 mg de oritavancina<sup>9</sup>; el perfil de seguridad de remdesivir se basa en los datos registrados durante los ensayos clínicos realizados en pacientes diagnosticados de COVID-19 como de infección por virus del Ébola y en el uso compasivo del fármaco. En total, 1.936 individuos recibieron al menos una dosis de remdesivir, entre los que se encuentran 1.630 pacientes diagnosticados de COVID-19, 175 participantes con infección por virus del Ébola y 131 participantes sanos de estudios de fase I<sup>10</sup>.

El número de pacientes expuestos a un medicamento antes de su comercialización se reduce considerablemente en el caso de los medicamentos destinados a tratar una enfermedad minoritaria denominados medicamentos huérfanos. Por ejemplo, la seguridad de afamelanotida, autorizada para la prevención de la fototoxicidad en pacientes adultos con protoporfiria eritropoyética, se basa en los datos agrupados de estudios clínicos en los que participaron 425 sujetos, incluyendo sujetos sanos y pacientes<sup>11</sup>.

En todos los ensayos clínicos, con independencia del tipo de ensayo, de su objetivo principal o de la fase del desarrollo clínico, se evalúa de forma constante la seguridad de los participantes mediante el registro de reacciones adversas. La información sobre el perfil de

seguridad de un medicamento junto con los resultados de su eficacia son los dos componentes principales que permiten a las autoridades reguladoras establecer si el cociente beneficio-riesgo es favorable y, en consecuencia, autorizar su comercialización. Esta información, sin embargo, es dinámica y evoluciona conforme se amplía la experiencia clínica una vez el medicamento se encuentra comercializado y disponible para su uso.

Puede suceder que en el transcurso de los ensayos clínicos precomercialización, por puro azar, no se detecte una reacción adversa extremadamente infrecuente pero muy grave; conforme aumenta el número de sujetos expuestos al medicamento, más probable será la aparición de una reacción adversa que, tal vez, no se produjo en los ensayos clínicos precomercialización o se produjo de forma aislada y/o leve.

La exposición de grandes poblaciones a un medicamento permite ampliar la información sobre su seguridad al aumentar la información clínica disponible y reevaluar el cociente beneficio-riesgo de los fármacos con la nueva información que se genera. Por ello, la farmacovigilancia evalúa de forma dinámica a lo largo del tiempo -a veces, durante décadas- el cociente beneficio-riesgo de los medicamentos comercializados.

Esto no quiere decir que las decisiones reguladoras se adopten de forma apresurada. Podría incrementarse el número de sujetos expuestos a un fármaco y podría aumentarse el número de ensayos clínicos que forman parte del expediente de registro de un medicamento, pero a costa de ralentizar y dilatar en el tiempo el desarrollo de un medicamento y de retrasar el acceso de los pacientes a los nuevos medicamentos. En general, la duración media del desarrollo completo de un medicamento oscila entre los 10 y los 15 años.

La farmacovigilancia también es necesaria por el impacto sanitario que suponen las reacciones adversas a un medicamento en términos médicos y económicos, sobre todo, si se trata de una reacción adversa grave y, finalmente, la farmacovigilancia es necesaria por la trascendencia social que en numerosas ocasiones presentan las reacciones adversas a fármacos. Ejemplo de ello son los acontecimientos adversos que se atribuyeron a la vacunación frente al papilomavirus hace algunos años, que trascendieron del ámbito sanitario y médico al ámbito social, con una gran repercusión mediática o las más recientes reacciones adversas a las diferentes vacunas frente al SARS-CoV-2.

La farmacovigilancia está regulada en toda la Unión Europea mediante diferentes Reglamentos. El propósito de regular la farmacovigilancia en la Unión

Europea no es otro que el de adoptar medidas comunes que mejoren el funcionamiento del Derecho de la Unión sobre la farmacovigilancia de los medicamentos de uso humano.

En cuanto a la normativa nacional, la farmacovigilancia está regulada en España por el *Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano*. Este Real Decreto regula y consolida el Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano como “*una estructura descentralizada, coordinada por la AEMPS, que integra las actividades que las administraciones sanitarias realizan de manera permanente y continuada para recoger, elaborar y, en su caso, procesar la información sobre sospechas de reacciones adversas a los medicamentos con la finalidad de identificar riesgos previamente no conocidos o cambios de riesgos ya conocidos, así como para la realización de cuantos estudios se consideren necesarios para confirmar y/o cuantificar dichos riesgos*”.

El Sistema Español de Farmacovigilancia está integrado por los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las comunidades autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellas adscritos, la propia AEMPS, los profesionales sanitarios y los ciudadanos.

La información sobre los riesgos asociados a la utilización de los medicamentos puede proceder de diversas fuentes:

- Resultados de estudios -desarrollados por los titulares de autorizaciones de comercialización de medicamentos o por investigadores independientes- de cualquier índole (estudios de calidad, preclínicos, estudios previos a la autorización, estudios posautorización, o metaanálisis).
- Casos individuales de sospechas de reacciones adversas recogidos en Programas de Notificación Espontánea.
- Bases de datos sanitarias informatizadas.
- Registros de pacientes seleccionados en función de patologías o de tratamientos farmacológicos y cualquier otro tipo de recogida sistemática de información sobre aspectos de seguridad de los medicamentos.
- Datos relacionados con la fabricación, conservación, venta, distribución, dispensación, prescripción y uso de los medicamentos, incluyendo los estudios de utilización de medicamentos.
- Datos relativos al uso incorrecto y abuso de los medicamentos, errores de medicación, o la exposición ocupacional, que sean relevantes para la evaluación de los beneficios y riesgos de los medicamentos.

Tabla 1. Medicamentos retirados del mercado en Europa por razones de seguridad en los últimos 11 años. Modificada de Onakpoya et al.<sup>12</sup>.

| Medicinal product            | Class             | Therapeutic indication         | Launch date | Year of first ADR report | Year first withdrawn | Countries withdrawn | Reason for withdrawal                           | Level of evidence |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------------------|-------------------|
| Ketoconazole                 | Antimicrobial     | Fungal infection               | 1976        | 1981                     | 2013                 | EU, Australia       | Hepatotoxicity                                  | 1                 |
| Tetrazepam                   | Sedative-hypnotic | Hypno-sedation                 | 1960        | 1988                     | 2013                 | EU                  | Dermatitis                                      | 4                 |
| Aliskiren                    | Antihypertensive  | Hypertension                   | 2007        | 2011                     | 2011                 | Europe              | Angioedema                                      | 4                 |
| Celecoxib                    | Analgesic         | Familial adenomatous polyposis | 2003        | 2006                     | 2011                 | Europe              | Increased risk of serious cardiovascular events | 3                 |
| Drotrecogin alfa (activated) | Antithrombotic    | Sepsis                         | 2001        | 2001                     | 2011                 | Worldwide           | Insufficient evidence; bleeding risk            | 1                 |
| Gatifloxacin                 | Antimicrobial     | Bacterial infection            | 1999        | 2002                     | 2011                 | Europe, India       | Dysglycemia                                     | 3                 |
| Pioglitazone                 | Hypoglycemic      | Diabetes                       | 1999        | 2011                     | 2011                 | Europe              | Risk of bladder CA                              | 3                 |

- Publicaciones científicas de casos, series de casos, estudios farmacológicos y toxicológicos, ensayos clínicos, estudios farmacoepidemiológicos y metaanálisis.
- Informaciones procedentes de otras autoridades sanitarias y organismos sanitarios internacionales.
- Cualquier otra fuente de información que pueda aportar datos sobre los riesgos asociados al uso de los medicamentos.

De todas estas fuentes, interesa particularmente el Programa de Notificación Espontánea, ya que permite la participación activa de los profesionales y, desde hace algunos años, de los propios pacientes en el Sistema de Farmacovigilancia de una forma sencilla, rápida y muy eficaz.

Este programa se define como un método de farmacovigilancia basado en la comunicación, recogida, registro y evaluación de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos, que se materializa a través de la denominada tarjeta amarilla.

La tarjeta amarilla es un formulario para la notificación de sospechas de reacciones adversas que puede completarse de forma telemática. La tarjeta amarilla contiene diferentes campos:

- Los dedicados a la identificación del paciente que experimenta la reacción.
- Los dedicados al medicamento o medicamentos sospechosos que incluyen dosis, esquema posológico, indicación y momento de administración.

En el caso de los biológicos, es muy relevante completar el campo dedicado al lote.

- Los dedicados a la reacción o reacciones, que permiten describir la reacción, su relación temporal con los medicamentos sospechosos y su gravedad. Se considera una reacción grave aquella que produce la muerte o pone en peligro la vida, la que supone la hospitalización o prolonga una hospitalización existente, la que produce secuelas o malformaciones congénitas. La presencia de cualquiera de estas circunstancias otorga a la reacción adversa la condición de grave. También se considera una reacción grave aquella que se considere importante desde el punto de vista médico, aunque no cumpla los criterios anteriores, como las que ponen en riesgo al paciente o requieren una intervención para prevenir alguno de los desenlaces anteriores y todas las sospechas de transmisión de un agente infeccioso a través de un medicamento.
- Los dedicados a la identificación del notificador y sus datos de contacto.

En general, deben notificarse todas las sospechas de reacciones graves tal como se han definido anteriormente. Debe enfatizarse que el notificador comunica “*sospechas de reacciones adversas*”; es decir, el notificador no está obligado a contrastar previamente ninguna información sobre la plausibilidad biológica de las reacciones ni debe evaluar la causalidad ni excluir causas alternativas. La tarea

de determinar el grado de causalidad o el nivel de imputabilidad de la reacción a ese fármaco corresponde a los técnicos de los centros autonómicos de farmacovigilancia. También son los centros de farmacovigilancia los responsables de comunicar las reacciones a los otros centros autonómicos, a la AEMPS y a la EMA.

Toda la información aportada al Sistema de Farmacovigilancia, con independencia de su procedencia, es evaluada y revisada científicamente por los técnicos de los centros de farmacovigilancia y la AEMPS. De esta evaluación se pueden derivar diferentes consecuencias, como la publicación de nueva información directa para los profesionales sanitarios (cartas, boletines), la inclusión de variaciones en la ficha técnica y, en algunos casos, puede suponer la suspensión o la retirada definitiva de la autorización de comercialización del fármaco.

Son numerosos los ejemplos de medicamentos que han sido retirados del mercado después de un tiempo más o menos prolongado desde su comercialización. La magnífica revisión sistemática de Onakpoya, et al.<sup>12,13</sup> revisa los medicamentos retirados del mercado por razones de seguridad entre 1950 y 2014. Los autores identificaron un total de 462 medicamentos suspendidos por problemas de seguridad, bien en un país, en varios o de forma mundial. Los retirados más recientemente en la Unión Europea fueron los siguientes:

## CONCLUSIONES

- El procedimiento de autorización de comercialización de medicamentos en la Unión Europea y en España permite el acceso de la población a medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
- El papel de los sistemas de farmacovigilancia es fundamental para reevaluar el cociente beneficio-riesgo de los medicamentos autorizados y garantizar la salud pública.
- Los profesionales sanitarios tienen un papel muy relevante en el sistema de farmacovigilancia, mediante la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Es nuestra responsabilidad contribuir al uso seguro de los medicamentos mediante nuestra participación en el sistema de Farmacovigilancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arthur R Birt. The increasing problem of drug reactions. *Canad. M. A. J.* 1957;77:709-715.
2. W.G. McBride. Thalidomide and congenital abnormalities. *The Lancet.* 1961;278(7216): 1358.
3. Lenz W, Knapp K: Die Thalidomid-Embryopathie. *Dtsch Med Wochenschr* 1962;87:1232-1242.
4. SPEIRS AL. Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet.* 1962 Feb 10;1(7224):303-5. doi: 10.1016/s0140-6736(62)91248-5. PMID: 13915621.
5. JOSEPH MC. Thalidomide and congenital abnormalities. *Dev Med Child Neurol.* 1962 Jun;4:338-9. doi: 10.1111/j.1469-8749.1962.tb03179.x. PMID: 14452516.
6. Venulet J, Helling-Borda M. WHO's international drug monitoring – the formative years, 1968–1975 preparatory, pilot and early operational phases. *Drug Saf.* 2010;33(7):e1–e23
7. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. *BOE Núm.* 179. Sábado 27 de julio de 2013. Pág. 55066- 55092.
8. INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO Informe de Posicionamiento Terapéutico de dulaglutida (Trulicity®) en diabetes mellitus tipo 2 IPT, 15/2020. V2 Fecha de publicación: 21 de octubre de 2020. En: [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT\\_15-2020-dulaglutida-Trulicity.pdf?x98521](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT_15-2020-dulaglutida-Trulicity.pdf?x98521). Acceso: 18 de agosto de 2022.
9. INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO Informe de Posicionamiento Terapéutico de Oritavancina (Tenkasi®) para el tratamiento de la infección bacteriana aguda de la piel y tejidos blandos de la piel en adultos IPT, 27/2022. V1 Fecha de publicación: 06 de mayo de 2022. En: [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT\\_27-2022-Orbactiv-Tenkasi.pdf?x98521](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT_27-2022-Orbactiv-Tenkasi.pdf?x98521). Acceso: 18 de agosto de 2022.
10. INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO Informe de Posicionamiento Terapéutico de remdesivir (Veklury®) en el tratamiento de la COVID-19 IPT, 18/2021. V1 Fecha de publicación: 14 de abril de 2021. En: [https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2021/IPT\\_18-2021-Veklury.pdf?x58227](https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2021/IPT_18-2021-Veklury.pdf?x58227)
11. INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO Informe de Posicionamiento Terapéutico de afamelanotida (Scenesse®) para la prevención de la fototoxicidad en pacientes adultos con protoporfiriaeritropoyética. En: <https://>

[www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/  
informesPublicos/docs/IPT-afamelanotida-Sce-  
nesse.pdf?x58227](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-afamelanotida-Sce-<br/>nesse.pdf?x58227). Acceso 12 de agosto de 2022.

12. Onakpoya IJ, Heneghan CJ, Aronson JK. Post-marketing withdrawal of analgesic medications because of adverse drug reactions: a systematic review. *Expert Opin Drug Saf*. 2018 Jan;17(1):63-72. doi: 10.1080/14740338.2018.1398232. Epub 2017 Nov 1. PMID: 29076385.
13. Onakpoya IJ, Heneghan CJ, Aronson JK. Correction to: Post-marketing withdrawal of 462 medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review of the world literature. *BMC Med*. 2019 Mar 2;17(1):56. doi: 10.1186/s12916-019-1294-9. Erratum for: *BMC Med*. 2016 Feb 04;14:10. PMID: 30823879; PMCID: PMC6397477.



# XIV CONGRESO NACIONAL

# XXII JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

*“Un camino, un relevo”*



★ SESP | Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

**3, 4 Y 5 DE NOVIEMBRE DE 2022**

Jerez de la Frontera