

Suplemento 1 – Vol. 23 (2021)

# 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**

XIII Congreso Nacional y  
XXI Jornadas de la Sociedad Española  
de Sanidad Penitenciaria

“Aprender del pasado, escribir el futuro”



[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. 23 (2021) Suplemento nº 1

## EDITOR JEFE

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

## EDITORES ASOCIADOS

Julio García Guerrero  
*Facultativo Sanidad Penitenciaria (Castellón)*

Pablo Saiz de la Hoya Zamácola  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Alicante I (Alicante)*

## CONSEJO EDITORIAL

José Miguel Antolín Mugarza  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Ocaña I (Toledo)*

Maribel Espinosa García  
*UCEM - Institut Català de la Salut (ICS) (Barcelona)*

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)*

Montserrat Sánchez Roig  
*EAPP La Roca del Vallès 1 (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



## ■ CONSEJO ASESOR

- 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)*
- Alberto Arnedo Pena  
*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)*
- Jesús Castilla Catalán  
*Universidad de Navarra. Pamplona (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)*
- Ignacio de los Santos Gil  
*Hospital Universitario de La Princesa. 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. Sídney (Australia)*
- Fernando Drona 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)*
- Francisco González Morán  
*Servei Valencià de Salut. Valencia (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. Sídney (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)*
- Fuad Mirzayev  
*Global TB Programme. Communicable Diseases. World Health Organization.  
Ginebra (Suiza)*
- 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)*
- José Antonio Oteo Revuelta  
*Complejo Hospitalario San Millán-S. Pedro. Logroño (España)*
- Antonio Pérez Urdániz  
*Universidad de Salamanca. Salamanca (España)*
- Hernán Reyes  
*Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra (Suiza)*
- Vicente Rubio Larrosa  
*Hospital Provincial. Zaragoza (España)*
- Héctor Javier Sánchez Pérez  
*Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas. Chiapas (Méjico)*
- Jesús Sanz Sanz  
*Hospital de la Princesa. Madrid (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 Deu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins. Barcelona (España)*
- Joan Trujols Albet  
*Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona (España)*
- Manuel Vaquero Abellán  
*Escuela Universitaria de Enfermería. Córdoba (España)*
- Wenceslao Varona López  
*Hospital Royo Villanova. Zaragoza (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)*
- José Amador Vicente Pérez  
*Hospital de Móstoles. Madrid (España)*
- Juan José Vilata Corell  
*Universitat de Valencia. Valencia (España)*
- Mercedes Vinuesa Sebastián  
*Hospital de Móstoles. Madrid (España)*
- Stephan Walcher  
*Concept, Addiction Medicine. Múnich (Alemania)*

# 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-para-las-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 23, Suplemento nº 1 - 2021

## SUMARIO

### Editorial

Antón Basanta JJ  
*XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas  
Nacionales de la SESP*.....14

### PONENCIAS

#### Gestión y derecho sanitario

García Guerrero J  
*Seguridad jurídica y bioética en el ejercicio de la  
Medicina en prisiones: nadando entre dos aguas*.....15

Rey Pineiro XM  
*Aspectos bioéticos y jurídicos en la gestión  
farmacoterapéutica en IIPP*.....23

#### Salud mental y adicciones

González Tejedor D  
*Estrategias de optimización terapéutica*.....27

Elizagarate E  
*Cannabis y Psicosis*.....33

Tejerina Guzmán U  
*Atención de Enfermería en Salud Mental.  
Consulta de Enfermería en Salud Mental*.....39

#### Atención primaria

Casado Hocés SV  
*Atención a las mujeres en prisión*.....45

#### Enfermedades infecciosas

Marco A  
*Actualización de las Enfermedades Infecciosas  
más prevalentes en internados de prisión*.....52

Turu Santigosa E

*La enfermera de enlace en los centros  
penitenciarios*.....58

Ruiz Rodríguez F

*Tuberculosis pulmonar: ¿qué hay de  
nuevo viejo?*.....62

### COMUNICACIONES

#### Gestión y derecho sanitario

Marco Mourino A, Vela E, Guerrero RA, Turu E,  
Cleries M  
*Carga de morbilidad en presos de Cataluña,  
2015-2018*.....67

Zamora Torres A, López Olivares JR, Romera Bonilla  
EM, Serentill Cebria EM, García Campo A, De La  
Iglesia García MJ  
*Elaboración de un mapa de riesgos en seguridad  
del paciente en el Centro Penitenciario de  
Tarragona, Mas d'Enric, a partir de la  
participación en el proyecto MAPASP "estudio  
mapa de riesgos en seguridad de los pacientes  
en atención primaria" llevado a cabo en el  
territorio de Tarragona*.....71

García González L, Armenteros López B, Cuadro  
Pena E, Alonso Gaitón P, Carreras Corchado N,  
Sole Zapata N  
*Calidad asistencial sanitaria percibida en los  
centros penitenciarios catalanes*.....73

Sole Zapata N, Jacas A, Puig L, Rue X, Sánchez  
Encomienda P, Yela E  
*Efectividad del "programa de enfermera  
de enlace" en un centro penitenciario  
de Barcelona*.....74

García González L, Carreras Corchado N, Capella N, Mendioroz J, Sole Zapata N, Casado C  
*Percepción de calidad asistencial de la población extranjera en las prisiones catalanas* .....75

Sanchez-Roig M, Rodríguez-Monforte M, Coll A  
*Intervención pedagógica reflexiva en estudiantes de grado en enfermería que realizan sus prácticas académicas en prisiones catalanas*.....76

Fernández López de Vicuña EM, Nogales-García M, Méndez Hernando M, Valladolid Fernández L, Ollo Jacoisti JJ, López de Arcaute Trincado A  
*Implantación del tratamiento directamente observado para la administración de psicofármacos a todos los pacientes de un centro penitenciario: impacto en la actividad de farmacia y enfermería* .....77

Fernández López de Vicuña EM, Nogales-García M, Martín Martínez C, Romeo Ollora J, Ollo Jacoisti JJ, López de Arcaute Trincado A  
*Selección de un sistema automatizado para la preparación de la dosis unitaria por tomas en un centro penitenciario* .....78

## Salud mental y adicciones

Morán Rodríguez R, Trapote Bonilla L  
*Tabaquismo, deshabitación, adicción, prisión* .....79

Domenech Matamoros P, Lázaro-Monge R, Planelles-Ramos MV, Vera-Remartínez EJ  
*Influencia del uso de antipsicóticos en el síndrome metabólico*.....80

Gallego Castellví C, Marco A, Guerrero RA, Vaz E, Planella R, Sole C, Teixido N, Sastre A, Da Silva A, Ruiz A, Touzon C, Turu E  
*Interacciones entre fármacos antirretrovirales y del SNC en una amplia cohorte de internos infectados por VIH de Cataluña* .....81

Pisonero Torralba L, Comas Bosch E, Tribo A, Mariscot Bas MC, Ravetllat Adell N  
*Intervención psicoeducativa en pacientes con trastorno mental severo en el Centro Penitenciario Puig de les Basses* .....82

Guerrero Moreno RA, Camps J, Casaus P, Fernández P, Muro A, Saldana J, Sole C, Turu E, Valdivieso S  
*El reto de la conducta suicida en prisión: la implementación de un programa para minimizar su efecto* .....83

Nogales-García M, Velasco García R, Errasti Gochicoa A, López de Arcaute A, Campo Martínez de Zuazo AI, Larrabeiti-Etxebarria A  
*Comprobación de interacciones de metadona con fármacos con riesgo de prolongar el intervalo-QT en prisión* .....84

Macía L, Luna E, Martínez-Azofra A, Dotor P, Sierra D, Llerena S  
*PSI penitenciario: perfil de usuarios atendidos en el programa después de su primer año de implantación*.....85

Castillejo Serrano S, Cayetano López M, Plaza Salazar L  
*Implantación del tratamiento directamente observado en el Centro de Salud Mental de Zaballa* .....86

Anton Basanta JJ, Hervás Leyva G, Ruiz Rodríguez F  
*Experiencia de deprescripción de psicótropos en un centro tipo* .....87

## Atención primaria

Zamora Torres A, Baquero Murillo HA  
*Análisis del nivel de satisfacción de los alumnos de la escuela de adultos del CP Mas d'Enric, tras recibir formación teórico-práctica en soporte vital básico + desah y valoración del desarrollo de programas educativos sanitarios* .....88

Zamora Torres A, Baquero Murillo HA  
*Implementación del proyecto "abraça'm" dirigido a formar a personal no sanitario en la atención inmediata en situaciones de atragantamiento mediante la maniobra de Heimlich*.....90

López de Arcaute Trincado A, Roy López-Cano I, Vargas Axpe A, Pujol Padro ME, Beltrán de Nanclares L, Campo Martínez de Campo AI  
*Programa de rotación de los MIR de medicina familiar y comunitaria en el Centro Penitenciario de Araba/Álava* .....91



Bautista Martínez MR, Capella Pujula N, Llaveró Subirats H, Subiros Teixidor RM, Carreras Fortia D, González Boris O

*Talleres de constelaciones familiares con pacientes privados de libertad*..... 93

Carreras Corchado N, Guixé Prat Q, Torrella Soler M  
*Intervenciones de enfermería en los niños y niñas en el departamento de madres del Centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona*..... 94

López de Arcaute Trincado A, Atrio I, Viejo MA, Velasco R, Ruiz de Azua A, Martín M  
*Programa del cuidado del pie por el equipo de enfermería en un centro penitenciario* ..... 95

López de Arcaute Trincado A, Tutor J, Velasco R, Pujol ME, Campo AI, Beltrán de Nanclares L  
*Proyecto PENI-EPOC: prevalencia real de fumadores y búsqueda activa de pacientes con EPOC en un centro penitenciario* ..... 96

Martín-Cocinas Fernández MC, Jiménez Fernández-Henarejos A  
*Predecir el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada por el personal de enfermería de prisiones* ..... 98

Vera-Remartínez EJ, Moles-Julio MP, Lázaro-Monge R, Casado-Hoces SV, Garcés Pina E  
*Validez y fiabilidad de un dispositivo Android para la prevención del riesgo de caídas en mayores de 65 años* ..... 99

Subiros Teixidor RM, González Boris O, Bautista Martínez MR, Freixenet Ramírez FX, Capella Pujula N, Boti Colomina A, Poza Matías MF  
*Voces COVID-19 entre rejas*..... 100

Nogales-García M, Fernández López de Vicuña EM, Ruiz de Azua de Andrés A, Martín Rodríguez M, Tutor Ercilla J, López de Arcaute Trincado A  
*Programa de adecuación de prescripciones de antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en prisión*..... 101

## Enfermedades infecciosas

Marcos Mourino A, Espinosa MI, Guerreño RA, Gallego C, Sastre A, Teixido N, Vaz E, Planella R, Touzon C, Ruiz A, Solé C, Turu E  
*Eliminación de la hepatitis C en los reclusos de Cataluña: fortalezas, oportunidades y amenazas tras 17 años de tratamiento y más de 2000 infectados tratados*..... 102

Yela González E, Quintero S, Solé N, Ruiz-de Amos J, Lara-Conejero S, Puig-García L  
*Concordancia de la elastografía de transición vs. APRI y FIB4 en internos con hepatitis C crónica sin enfermedad hepática avanzada de los Centros Penitenciarios de Brians 1 y Brians 2*..... 103

Ribeiro de Menezes P, Teixeira Moreira de Vasconcelos C, Gomes Lopes L, Bezerra Berreira Z  
*Prevalencia de conductas sexuales y la aparición de ETS en mujeres privadas de libertad en el estado de Ceará, Brasil*..... 104

López de Arcaute A, Nogales M, Vargas Axpe A, Beltrán de Nanclares L, Pujol ME, Campo AI  
*Implementación de un programa de optimización de antibióticos en el Centro Penitenciario Araba/Álava (PROA-PEN)*..... 105

Nogales-García M, Fernández López de Vicuña E, Vargas Axpe A, Velasco-García R, Beltrán de Nanclares López de Munain L, Atrio Álvarez I  
*Prescripción de fosfomicina trometamol en infección del tracto urinario en un centro penitenciario*..... 107

Herrero Matías A, Espallargas Beatriz M, Salinas Moreno V, Serrano Balaguer M, Jorge Vidal V  
*Cambios en la composición del TARV a lo largo de los últimos doce años en una prisión "tipo" española con alta prevalencia de VIH desde su apertura (2009-2020)* ..... 108

# PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 28 DE OCTUBRE DE 2021

- 09:00 – 18:30 Entrega de Documentación  
Secretaría
- 09:00 – 13:00 Reuniones Grupos de Trabajo de la SESP
- 13:00 – 14:00 **SIMPOSIO SATÉLITE TAKEDA**  
Sala Forum **TDAH en el entorno penitenciario**
- Impacto del TDAH ¿Qué sabemos?**  
Juncal Servilla Vicente  
*Psiquiatra General. Hospital Ruber Internacional.*
- Bases del tratamiento farmacológico del TDAH**  
Ignacio Basurte Villamor  
*Servicio Psiquiatría. Clínica López Ibor.*
- Clínica de TDAH: impulsividad y oposicionismo**  
José María Civeira Murillo  
*Psiquiatra Hospital Miguel Servet. Profesor. Titular de psiquiatría.*
- Discusión**  
Juncal Servilla Vicente  
*Psiquiatra General. Hospital Ruber Internacional.*  
Ignacio Basurte Villamor  
*Servicio Psiquiatría. Clínica López Ibor.*  
José María Civeira Murillo  
*Psiquiatra Hospital Miguel Servet. Profesor Titular de psiquiatría.*
- 14:00 – 15:30 Descanso para el almuerzo
- 15:30 – 16:30 **SIMPOSIO SATÉLITE GILEAD**  
Sala Forum **BVY a ambos lados del muro:**  
¿por qué la robustez de TAR es clave en los centros penitenciarios?
- Adaptación del TAR a las necesidades de los infectados VIH de prisión.**  
Andrés Marco Mouriño  
*Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.*
- ¿Qué ofrece Biktarvy a estos pacientes?**  
M. García del Toro  
*Infectólogo del Hospital Universitario de Valencia.*
- 16:30 – 18:30 **Presentación de COMUNICACIONES ORALES**  
Sala Forum Moderadores:
- Pablo Saiz de la Hoya Zamácola  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Fontcalent. Alicante.*
- Enrique Vera-Remartínez  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario de Castellón I. Castellón de la Plana.*

### Comunicaciones Gestión y Derecho Sanitario

#### **GSD01** Carga de morbilidad en presos de Cataluña, 2015-2018.

Marco Mourinho, A; Vela, E; Guerrero, RA; Turu, E; Cleries, M.

#### **GSD04** Efectividad del “Programa de Enfermera de Enlace” en un centro penitenciario de Barcelona.

Solé Zapata, N; Jacas, A; Puig, L; Rué, X; Sánchez Encomienda, P; Yela, E.

#### **GSD06** Intervención pedagógica reflexiva en estudiantes de grado en enfermería que realizan sus prácticas académicas en prisiones catalanas.

Sánchez-Roig, M; Rodríguez-Monforte, M; Coll, A.

#### **GSD07** Implantación del Tratamiento Directamente Observado para la administración de psicofármacos a todos los pacientes de un Centro Penitenciario: impacto de la actividad de farmacia y enfermería.

Fernandez López de Vicuña, E.M; Nogales-García, M; Méndez Hernando, M; Valladolid Fernández, L; Ollo Jacoisti, JJ; López de Arcaute Trincado, A.

### Comunicaciones Salud Metal y Adicciones

#### **SM02** Influencia del uso de antipsicóticos en el síndrome metabólico.

Doménech Matamoros, P; Lázaro-Monge, R; Planelles-Ramos, MV; Vera-Remartínez, EJ.

#### **SM03** Interacciones entre fármacos antirretrovirales y del SNC en una amplia cohorte de internos infectados por VIH de Cataluña.

Gallego, C; Marco, A; Guerrero, RA; Vaz, E; Planella, R; Solé, C; Teixidó, N; Sastre, A; Da Silva, A; Ruíz, A; Touzón, C; Turu, E.

### Comunicaciones Enfermedades Infecciosas

#### **EI01** Eliminación de la Hepatitis C en los reclusos de Cataluña: fortalezas, oportunidades y amenazas tras 17 años de tratamiento y más de 2000 infectados tratados.

Marco, A; Espinosa, MI; Guerrero, RA; Gallego, C; Sastre, A; Teixidó, N; Vaz, E; Planella, R; Touzón, C; Ruíz, A; Solé, C; Turu, E.

#### **EI02** Concordancia de la Elastografía de Transición Vs APRI y FIB4 en internos con hepatitis C crónica si enfermedad hepática avanzada de los Centros Penitenciarios.

Yela González, E; Quintero, S; Solé, N; Ruiz-de Amos, J; Lara-Conejero, S; Puig-García, L.

#### **EI05** Prescripción de fosfomicina trometamol e infección del tracto urinario en un Centro Penitenciario.

Nogales-García, M; Fernández López de Vicuña, E; Vargas Axpe, A; Velasco-García, R; Beltrán de Nanclares López de Munain, L; Atrio Álvarez, I.

#### **EI06** Cambios en la composición del TARV a lo largo de los últimos doce años en una prisión “Tipo” española con alta prevalencia de VIH desde su apertura (2009-2020).

Herrero Matías, AM; Mercado Espallargas, B; Salinas Moreno, V; Serrano Balaguer, M; Jorge Vidal, V.

20:00 – 21:30  
Sala Forum

#### **Acto Inaugural y Conferencia Magistral**

Ponente: “Claves de la motivación en el ámbito sanitario”

Luis Gutiérrez Rojas

*Unidad de hospitalización de Salud Mental del Hospital Clínico San Cecilio. Profesor contratado doctor con vinculación clínica. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Granada.*

## VIERNES 29 DE OCTUBRE DE 2021

9:00 – 10:30 **MESA DE GESTIÓN Y DERECHO SANITARIO**  
Sala Forum **Seguridad jurídica y bioética en el ejercicio de la profesión sanitaria en prisiones.**  
Moderadores:

Carmen Hoyos Peña  
*Excoordinadora del grupo de trabajo GRELASESP.*

Elena Garcés Pina  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.*

### Ponencias

**Seguridad Jurídica y bioética en el ejercicio de la medicina en prisiones: nadando entre dos aguas.**

Julio García Guerrero  
*Médico de Instituciones Penitenciarias (jubilado). Castellón.*

**Aspectos bioéticos y jurídicos en la gestión farmacoterapéutica en IIPP.**

Xosé Manuel Rey Piñeiro  
*Asesoría Jurídica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).*

**Competencias enfermeras en IIPP. Las enfermeras ante la responsabilidad penal y patrimonial en actividades sanitarias dentro del ámbito penitenciario.**

José María Antequera Vinagre  
*Profesor de Derecho Sanitario y Bioética en la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.*

10:30 – 11:00 Pausa – café

11:00 – 12:00 **SIMPOSIO SATÉLITE CAMURUS**  
Sala Forum **Buprenorfina de liberación prolongada: ¿un cambio en el paradigma de tratamiento en los centros penitenciarios?**

**Introducción y Bienvenida.**

José Tomás Quiñonero Díaz  
*Médico voluntario Cruz Roja en los Centros Penitenciarios de la Región de Murcia.*

**Buprenorfina de liberación prolongada: Nuevas posibilidades en el abordaje del paciente con trastorno por consumo de opioides.**

Andrés Marco Mouriño  
*Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.*

**Experiencia desde la clínica. Manejo de la buprenorfina de liberación prolongada en Centros Penitenciarios.**

José Joaquín Antón Basanta  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

12:00 – 14:00 **MESA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**  
Sala Forum **Nuevos Enfoques.**  
Moderadores:

José Antonio Martín Peláez  
*Servicio de Drogodependencias. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.*

M<sup>a</sup> Auxiliadora Celdrán Hernández  
*Servicio de Farmacia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y del depósito de medicamentos del Centro Penitenciario Alicante-I.*

## Ponencias

### **Estudio histopatológico de las lesiones producidas por cocaína.**

Manuel Salguero Villadiego

*Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Sevilla.*

### **Uso racional de psicofármacos.**

Delia González Tejedor

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Teixeiro. A Coruña.*

### **Cannabis y psicosis.**

Edorta Elizagarate Zabala

*Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Álava. Responsable del Centro de Salud Mental del Centro Penitenciario Araba/Álava.*

### **Consulta de enfermería en Salud Mental.**

Ulpiano Tejerina Guzmán

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario de Dueñas.*

14:00 – 15:30 Descanso para el Almuerzo

## 15:30 – 16:30 **Comunicaciones Atención Primaria**

Sala Forum

Moderador:

Rafael A. Guerrero Moreno

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

### **AP07 Proyecto EPI-EPOC: prevalencia real de fumadores y búsqueda activa de pacientes con EPOC en un Centro Penitenciario.**

López de Arcaute Trincado, A; Tutor, J; Velasco, R; Pujol, ME; Campo, AI;

Beltrán de Nanclares, L.

### **AP08 Predecir el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada por el personal de enfermería de prisiones.**

Martín-Cocinas Fernández, MC; Jiménez Fernández-Henarejos, A.

### **AP09 Validez y fiabilidad de un dispositivo Android para la prevención del riesgo de caídas en mayores de 65 años.**

Vera-Remartínez, EJ; Molés-Julio, MP; Lázaro-Monge, R; Casado-Hoces, S; Garcés Pina, E.

### **AP11 Programa de adecuación de prescripciones de antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en prisión.**

Nogales-García, M; Fernandez López de Vicuña, EM; Ruiz de Azua de Andres, A;

Martín Rodríguez, M; Tutor Ercilla, J; López de Arcaute Trincado, A.

## 16:30 – 18:00 **MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Sala Forum

### **Situaciones emergentes.**

Moderadores:

José Miguel Antolín Mugarza

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Ocaña I. Toledo.*

Ana Eva Blanco Quiroga

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario La Moraleja. Palencia.*

## Ponencias

### **Atención al paciente pluripatológico.**

María Antonia Sepúlveda Berrocal

*Servicio Medicina Interna del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.*

- DM tipo 2: una perspectiva actual.**  
 Carlos Martín Ruíz  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.*
- Atención Sanitaria a las mujeres presas.**  
 Sofía Victoria Casado Hoces  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Madrid III. Valdemoro. Madrid.*
- 18:00 – 19:00 **SIMPOSIO GILEAD HEPATITIS**  
 Sala Forum **La eliminación de la Hepatitis C: rompiendo muros, logrando objetivos**  
 Moderadores:
- Francisco Fernández González  
*UAR Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*
- Marta Velázquez Martín  
*Business Unit de la Unidad de Hepatitis, Gilead.*
- Ponencias**
- ¿En qué punto estamos en la eliminación en el entorno de las prisiones?**  
 Francisco Fernández González  
*UAR Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*
- Estrategias de Test & Treat**  
 Pablo Sainz de la Hoya Zamácola  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Fontcalent, Alicante.*
- La enfermería, clave para lograr la eliminación**  
 Juan Antonio González Gómez  
*Centro Penitenciario Campos del Río.*
- 19:00 – 20:00 **TALLERES EN PARALELO**  
 Sala Cela **Taller Inhaladores y Espirometría.**  
 Fernando Pedraza Serrano  
*Servicios de Neumología del HGU Gregorio Marañón de Madrid.*  
 José Joaquín Antón Basanta  
*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Albolote. Granada.*
- Sala Guillen **Taller Anticoagulantes.**  
 Florentino García Sánchez  
*Servicio de Medicina Interna del HU Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.*
- Sala Ayala **Taller Insulina y Antidiabéticos.**  
 Núria Gil Fournier  
*Sección Endocrinología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.*
- Sala Delibes **Taller Actualización en vacunas.**  
 María Remedios Moreno Moreno  
*Médico de Instituciones Penitenciarias. Vocal de la Junta de la SESP.*
- Sala Alberti **Taller Deshabitación Tabáquica.**  
 Rafael Velasco García  
*Servicio Sanitario del C.S. Zaballa. Centro Penitenciario Araba.*
- 21:00 **CENA Y ENTREGA DE PREMIOS**



## SÁBADO 30 DE OCTUBRE DE 2021

### 9:30 – 11:30 **MESA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

Sala Forum **Actualización en enfermedades infecciosas.**

Moderadores:

José Tomás Quiñonero Díaz

*Médico voluntario Cruz Roja en los Centros Penitenciarios de la Región de Murcia.*

Asier López de Arcaute Trincado

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario de Araba. Álava.*

#### **Ponencias**

**Actualización en las Enfermedades Infecciosas más prevalentes en internados de prisión.**

Andrés Marco Mouriño

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

**Lo mejor en infección por VIH 2020-2021.**

Santiago Moreno Guillén

*Servicio de Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal de Madrid.*

**Enfermería de enlace.**

Elisabet Turu Santigosa

*Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de Salud.*

**Tuberculosis: ¿cómo está el tema?**

José Joaquín Antón Basanta

*Servicio Sanitario del Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

### 11:30 – 12:30 **Seminario Actualización en Hormona D.**

Sala Alberti Patrocinado por FAES Farma

Ponente:

Marta Romero Sánchez

*Servicio Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada.*

### 11:30 – 12:30 **TALLERES EN PARALELO**

Sala Cela **Taller Educación para la salud en el paciente psiquiátrico.**

Maidier Iglesias García

*Unidad de psiquiatría legal del Hospital Aita Menni de Arrasate. Mondragón.*

Sala Ayala **Taller Alimentación, nutrición y epigenética.**

M<sup>a</sup> Teresa García Jiménez

*Farmacéutica, Bióloga y Nutricionista.*

Sala Delibes **Taller Atención enfermera y cuidado de las personas con trastorno mental en ámbito penitenciario.**

Elisabet Prat Reixach

Laura Macià Astorch

*Parc Sanitari Sant Joan de Déu*

12:30 – 13:00 Pausa – café

### 13:00 – 15:00 **Asamblea de la SESP**

Sala Forum

# XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas Nacionales de la SESP

Antón Basanta JJ

Presidente de la SESP

---

Estimados compañeros,

Con más de un año y medio de retraso sobre las primeras previsiones nos volvemos a juntar, de manera presencial, en un Congreso de Sanidad Penitenciaria. Con este motivo me alegra enormemente poder presentar este número especial de la RESP en el que se muestran las ponencias y comunicaciones que habéis enviado para este, nuestro, XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

Quiero, en nombre de toda la SESP, trasladar el orgullo que se siente al comprobar la calidad de un trabajo, el de los sanitarios de prisiones, realizado en unas condiciones realmente penosas y, desgraciadamente, ya sin esperanza de que cambien a corto medio plazo. Y no solo orgullo, también admiración por seguir tratando de investigar, de publicar y de transmitir conocimiento a pesar de no contar con ningún apoyo de quienes deberían fomentar estas actividades.

Hoy, y en este Congreso, se vuelve a poner de manifiesto: hay Sanidades Penitenciarias de distinta calidad, dependiendo de si han sido transferidas a los sistemas autonómicos de salud, cumpliendo la Ley, o no lo han sido, incumpléndola desde hace más de 18 años. Por eso tiene, en mi opinión, un gran valor la celebración de este Congreso pues pone de manifiesto que, los que aún permanecemos trabajando en las prisiones, mantenemos algo de ilusión y algunas ganas de seguir transmitiendo experiencias y conocimientos. Un valor que significa, ni más ni menos, el mantenimiento de la dignidad de nuestro trabajo.

De manera especial quiero hacer llegar mi reconocimiento y agradecimiento a los Comités Organizador y Científico, en especial a sus presidentes, por el enorme trabajo que ha supuesto este Congreso.

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

Para finalizar, enhorabuena a todos aquellos que han presentado trabajos en este Congreso y gracias especiales a los miembros del Comité Editorial de la RESP por el extraordinario trabajo que hacen día a día y número a número, manteniendo el órgano de expresión de nuestra sociedad con la extraordinaria calidad que atesora.

# MESA. GESTIÓN Y DERECHO SANITARIO

## Seguridad jurídica y bioética en el ejercicio de la Medicina en prisiones: nadando entre dos aguas

García Guerrero J

Médico de Instituciones Penitenciarias (jubilado). Castellón.

---

### RESUMEN

La prisión es un medio normativizado y jerarquizado al máximo en el que la tradicional relación bidireccional médico-paciente está modificada por la presencia de la Administración, que debe “velar” por la vida y salud de los reclusos. En el caso de conflicto extremo, en el que la vida del paciente preso pueda correr peligro, estos factores pueden condicionar una aplicación de la legislación sanitaria chocante con principios éticos y deontológicos del ejercicio de la Medicina e incluso con la aplicación de esa misma legislación a ciudadanos libres. Una decisión determinada de un paciente preso puede plantear un serio compromiso al médico, que por una parte está obligado a cumplir el mandato de su empleador que puede chocar con la ley común, pero por otra, si incumple los deseos de su paciente, traicionará sus convicciones morales y normas ético-deontológicas. Es el denominado conflicto de doble fidelidad que comporta una gran inseguridad jurídica para el médico que lo sufre. La primacía de la condición de “persona” sobre la condición de “preso” en el tratamiento de sus pacientes, debe ser la guía de actuación del médico penitenciario en su ejercicio diario.

---

### MARCO CONCEPTUAL

Siempre es conveniente definir de qué se habla y en este caso más, ya que Derecho y Ética no tienen la misma orientación y estamos enfrentando conceptos en que las consecuencias de su aplicación pueden ser contrarias, según se prime uno u otra. Por seguridad jurídica se puede entender el que las consecuencias legales de nuestros actos sean predecibles, es decir, que cada uno sepa los efectos de orden legal que pueden tener sus actos, sean estos del tipo que sean. Por su parte el concepto de Bioética aplicado a la asistencia sanitaria, tiene que ver con la búsqueda de la rectitud moral en todas las acciones que se desarrollen en esta asistencia. A continuación, se exponen algunos ejemplos de la asistencia sanitaria en prisión en los que seguir postulados de la Bioética puede comprometer la seguridad jurídica del profesional.

### INTRODUCCIÓN

La razón y objetivo fundamental del médico cuando ejerce su profesión es conseguir lo mejor para su paciente según su buen saber y entender. A menudo, la relación asimétrica médico-paciente ha inducido al médico a una “posición superior”, permitiéndole actuar sin consultarle e, incluso, en contra de sus preferencias. Sin embargo, el proceso histórico de conocimiento de la propia dignidad y la asunción de la condición de “ciudadano”, con reconocimiento social y jurídico de los derechos individuales, ha supuesto que en las sociedades occidentales se sustituya el modelo de beneficencia paternalista de la relación médico-paciente por el modelo en que el paciente tiene el derecho de aceptar o no un tratamiento y la Administración ampara y posibilita el ejercicio de ese derecho. Es lo que llamamos autonomía, que tiene su

expresión práctica en el consentimiento informado. En virtud de este proceso, el control del cuerpo, un bien tradicionalmente controlado por instancias ajenas al propio sujeto –como la religión, la justicia, la propia medicina– pasó a ser de gestión exclusivamente individual:

*“En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”.*

(Stuart-Mill. “Sobre la libertad”, 1856: 68).

El ejercicio de la autonomía personal exige, al menos, tres condiciones:

Primera, la competencia mental; es decir, la capacidad de comprender adecuadamente lo que se le propone tras la explicación procedente para, tras una reflexión, adoptar una decisión. Segunda, la voluntad de aceptar el tratamiento o medida propuesta o intencionalidad. Y tercera, que la decisión no la condicionen presiones externas; es decir no sea inducida por influencia indebida como la coerción, la coacción o la manipulación.

La prisión, como afirma Goffman<sup>1</sup>, es el prototipo de institución total: un medio absorbente y totalizador en el que las actividades de los reclusos están rígidamente programadas. Además, es un medio absolutamente normativizado y jerarquizado con una falta de libertad debida a la estricta regulación del tiempo y a las relaciones de poder entre presos, que tienen sus propias normas (subcultura carcelaria). Por otra parte, las prisiones, en cuanto lugares de privación física y psíquica, son la antítesis de un entorno saludable y el médico que en ellas trabaja debe tenerlo presente.

### La relación médico-paciente en la prisión

Si la relación médico-paciente se ha definido tradicionalmente como asimétrica, en razón de que uno de sus elementos –el médico– está en un plano de superioridad por sus conocimientos técnicos, esa asimetría se magnifica en la prisión donde el médico, además, forma parte del *staff* de la prisión y a la superioridad técnica se une la superioridad jerárquica. Hay un tercer elemento con influencia a menudo decisiva, que es la Administración, a la que presos y funcionarios están unidos por la llamada relación de sujeción especial, que puede condicionar la relación médico-paciente mediante una interpretación de los derechos individuales y una aplicación de la legislación vigente diferente a las que hay fuera de prisión y que puede chocar con los principios éticos y deontológicos observables en la práctica médica.

Marco relacional: El enfermo (el preso), la Administración, el médico.

Los presos son uno de los clásicos grupos de población vulnerables, ya que tienen dificultades a la hora de defender sus intereses o tomar sus propias decisiones, o incluso están imposibilitados para ello. Los presos, *a priori*, tienen capacidad y competencia mental como cualquier otra persona, pero pueden tener dificultades para tomar decisiones autónomas: a) pueden tener problemas de comprensión de la información médica, en razón de los efectos de un largo período de institucionalización y la pobreza de estímulos intelectuales que pueden darse en la prisión; y b) también, y principalmente, su capacidad de decisión puede verse limitada por su condición dependiente y subordinada, debido a las relaciones de estricta jerarquía que se dan en la prisión.

El segundo elemento de esta relación es la Administración penitenciaria que por ley tiene el deber de *“velar por la vida, integridad y salud de los internos”*. Ni más ni menos. La interpretación que se dé a este mandato será crucial para las posibilidades de elección de los pacientes presos y para la tranquilidad ético-deontológica, jurídica y administrativa del médico que trata a una persona privada de libertad.

El último elemento del triángulo es el médico. El médico, como todos, está obligado por las normas legales y disposiciones administrativas, pero además también está obligado por unos principios éticos que le impelen a buscar la excelencia en el ejercicio de su profesión, y por unas normas deontológicas que regulan esa búsqueda de la excelencia en su ejercicio. El médico está particularmente obligado en el medio penitenciario a cumplir los mandatos éticos y deontológicos, en razón de la vulnerabilidad de sus pacientes. Hay ocasiones en que ley, deontología y ética no siguen los mismos derroteros e incluso en que la ley se aplica de forma distinta en las prisiones que fuera de ellas o en que se dictan disposiciones administrativas que chocan con las leyes en vigor. Una decisión determinada de un paciente puede plantear un serio conflicto al médico, que por una parte está obligado a cumplir un mandato de su empleador que puede chocar con la ley común, pero por otra, si incumple los deseos de su paciente, traicionará sus convicciones morales y normas ético-deontológicas. Es el llamado conflicto de doble fidelidad, que también comporta una gran inseguridad jurídica para el médico.

A continuación se exponen los instrumentos éticos, deontológicos y jurídicos que confluyen para que el médico se vea inmerso en estos problemas durante su ejercicio en la prisión. Trataremos la cuestión desde la perspectiva de la autonomía en la toma de decisio-

nes y de la intimidad personal, ya que por las características del medio van a ser el principio ético y el valor más afectados en este mundo, como ya se ha esbozado.

### Aspectos éticos

La autonomía personal en la toma de decisiones sobre cuestiones médicas que afecten a una persona y está consagrada en documentos supranacionales, entre los que destaco:

- la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005<sup>2</sup>, en la que por primera vez en la historia se redacta un documento de validez universal con unas normas mínimas comunes para todos sobre las ciencias médicas y de la vida, al objeto de orientar a los estados a la hora de redactar leyes sobre este particular. Se dispone en su artículo 5 la obligación de *“respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.”* Y su artículo 6.1 es incluso más explícito: *“Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”*. A pesar de que por su carácter de Declaración no tiene eficacia jurídica es un documento importantísimo, ya que sienta bases comunes de comportamiento en asuntos que están muy mediatizados por la diversidad cultural, política, jurídica, social y religiosa que hay en el mundo. Respecto a la intimidad personal la declaración dice en su artículo 9: *“La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos”*.
- El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. El llamado Convenio de Oviedo de 1997<sup>3</sup>.

El Convenio es un documento europeo que nace como propio de la Bioética, pero que tiene eficacia jurídica para los países de la Unión Europea, de hecho es norma legal en España desde 1 de enero de 2000. El Convenio es lapidario en su artículo 5: *“una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”*. También se pronuncia sobre la privacidad en el artículo 10.1: *“Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud”*.

### Aspectos deontológicos

La Deontología es una disciplina que se puede considerar a caballo entre Ética y Derecho. No tiene la vocación de universalidad de la Ética ya que busca la excelencia, pero circunscrita al desempeño profesional de un grupo (medicina, enfermería, abogacía,...). Es, sin embargo, más exigente con las conductas profesionales que el Derecho; ninguna norma legal obliga a la formación continuada de un profesional, así como ninguna norma legal obliga a tener un trato humano y delicado con los pacientes. Son dos ejemplos de conductas exigidas por el Código de Deontología Médica (CDM) que superan la exigencia del Derecho. La Deontología es normativa y coercitiva ya que cualquier profesional colegiado que no cumpla su código de deontología, puede ser sancionado por su respectivo colegio profesional. El artículo 12 del CDM y el 6 y 7 del de la Enfermería española son claros y taxativos al respecto en exigir el consentimiento previo para cualquier intervención sobre un paciente. También son igualmente claros sobre el secreto médico en su Capítulo V y en los artículos 19 y 20 respectivamente.

### Aspectos legales

Con carácter general, los principios generales de la legislación española sobre la asistencia sanitaria a los ciudadanos son:

- El derecho a la protección de la salud por parte de los poderes públicos.
- El respeto y la protección de la dignidad e intimidad de las personas.
- La obligatoriedad con carácter general, de obtener el consentimiento previo a cualquier actuación médica sobre una persona, ya sea esta diagnóstica, terapéutica o de investigación.
- El respeto a la autonomía personal en la toma de decisiones por las personas competentes en un doble sentido: el derecho de un paciente a decidir libremente tras ser adecuadamente informado y el



derecho de cualquier paciente a negarse a un tratamiento, excepto en los casos marcados por la ley, cuando esa decisión genere o pueda generar daños para terceros.

- El derecho a la confidencialidad y reserva de los datos médicos, salvo los casos exceptuados por la ley (fundamentalmente daños a terceros y pericias judiciales médicas).
- La obligación de los profesionales de cumplir con unos deberes de información, registro y documentación clínica.
- Para el caso de las personas privadas de libertad: el derecho a recibir una asistencia sanitaria equivalente a la prestada a la población general, lo que es lo mismo que decir que esa asistencia debe cumplir con todos los principios enumerados anteriormente. Además, y en refuerzo de la idea anterior, ninguna de las normas legales relativas a la asistencia sanitaria a la población en España hace excepciones en función de que la persona asistida esté privada de libertad o no.

Los principales documentos legales que regulan estos aspectos en España son: la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (LGS), el Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (el llamado Convenio de Oviedo), que es norma legal plena en España desde 1 de enero de 2000, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica (en adelante Ley de autonomía) y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

También debe ser mencionada aquí la doctrina emanada del Tribunal Constitucional:

- Sentencias (SSTC) 120/1990, de 27 de junio, 137/1990, de 19 de julio y 111/1991, de 17 de enero, recaídas en el caso de la huelga de hambre de los presos del GRAPO. En ellas se ampara la licitud constitucional de la alimentación forzada de presos en huelga de hambre extrema, cuando corra peligro la vida del huelguista.
- Sentencia 154/2002, de 18 de julio de 2002, en la que se anula la condena penal por delito de homicidio de unos Testigos de Jehová, padres de un menor que murió tras negarse a recibir transfusiones de sangre autorizadas por el Juzgado de Guardia, por no haberle convencido estos padres a su hijo para deponer su actitud, ni haber autorizado dicha intervención médica. El TC considera que se ha vulnerado el derecho de estos padres a la libertad ideológica y religiosa.

- Sentencia 196/2004, de 15 de noviembre, en la que se reconoce vulnerado el derecho a la intimidad personal de una trabajadora despedida de su empresa a raíz de un reconocimiento médico en el que se detectó el uso de drogas. El reconocimiento no estaba justificado por riesgos laborales ni por el consentimiento de la trabajadora, que no fue informada.
- Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, en la que el TC considera vulnerados los derechos constitucionales a la integridad física de una persona a la que se prestó asistencia sanitaria desatendiendo el derecho del paciente a prestar un consentimiento informado.

De todas estas normas y doctrina, solamente las SSTC de la huelga de hambre de los GRAPO y una discutida y discutible interpretación del artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP), posibilitan una intervención médica en contra de los deseos de un paciente preso. Además está el artículo 210.2 del Reglamento Penitenciario (RP) –que es una norma administrativa– que también lo permite en caso de urgencia y que se aplica, lo que es notoriamente contrario a lo estipulado en normas de rango superior y de aplicación en estos casos. Respecto a la intimidad y confidencialidad el artículo 215.1 del capítulo de Asistencia Sanitaria dice: “*Los datos integrados en la historia clínica individual tendrán carácter confidencial, debiendo quedar correctamente archivados y custodiados, siendo únicamente accesibles para el personal autorizado*”.

### Supuestos prácticos

El médico está obligado a seguir en su práctica profesional en prisiones todas estas leyes, reglas, principios, normas o disposiciones administrativas vistas en el epígrafe anterior. Pero sucede que en ocasiones hay contradicciones entre toda esa normativa o en la interpretación que se hace de ella. Nos fijaremos en dos situaciones no raras en el ejercicio médico diario en prisión: la autonomía en la toma de decisiones por parte de enfermos que están presos y la salvaguarda de la confidencialidad de los datos médicos de estas personas.

El médico está obligado ética y deontológicamente a respetar la voluntad del paciente y hay normativa legal en esta línea; pero probablemente en casos extremos de peligro vital, el médico penitenciario recibirá orden administrativa de hacer médicamente lo necesario para conservar la vida de su paciente. Si no obedece al primer compromiso traiciona sus obligaciones profesionales para con su paciente y además incumplirá normas legales, por lo que puede ser denunciado por coacción



o por otros delitos. Si no obedece a su empleador puede verse envuelto en un expediente administrativo que le puede acarrear sanciones, incluso en un proceso penal por un delito relacionado con la omisión de socorro. Este es el típico conflicto de doble fidelidad que trae consigo una inseguridad jurídica manifiesta.

Otra situación, aún más frecuente, es la salvaguarda de la confidencialidad de los datos médicos. En prisión hay situaciones en las que el médico puede verse obligado a dar información médica de sus pacientes a instancias no médicas, o ser presionado para hacerlo. No hay una sola norma legal que ampare esta práctica. Sólo el RP en su artículo 215.1 dice que los datos médicos de los presos sólo serán accesibles “... a personal autorizado”, sin precisar qué personal es ese. La Instrucción de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) 12/2007 explicita que “*toda información sobre datos sanitarios que realicen los Facultativos de los Centros Penitenciarios, a instancias ajenas al proceso asistencial, y no contempladas en las excepciones previstas en el artículo 16 de la citada Ley 41/2002, precisarán la obtención con carácter previo de un consentimiento expreso y escrito del paciente que se obtendrá utilizando el modelo sanitario Mod.san 20 o 20-bis*”.

La ley orgánica 3/2018, de protección de datos de carácter personal, es una trasposición al ordenamiento legal español del Reglamento UE 2016/679 y prevé en su artículo 2.3 que el tratamiento de datos médicos en instituciones penitenciarias “*se regirá por lo dispuesto en su legislación específica si la hubiere y supletoriamente por lo establecido en el citado reglamento y en la presente ley orgánica*”. Estoy lejos de ser un experto en esto, pero hasta donde yo sé una Instrucción es una simple norma administrativa que no sirve para regular o limitar derechos fundamentales de las personas como es el de la intimidad. Además, la propia ley en su art. 9.2 establece que el tratamiento de datos con otros fines que los meramente asistenciales “*... deberán estar amparados en una norma con rango de ley, que podrá establecer requisitos adicionales relativos a su seguridad y confidencialidad.*”

Cabe preguntarse entonces sobre qué debe hacer el médico penitenciario cuando no obtiene ese consentimiento del paciente, o incluso aunque lo obtenga, para proporcionar su información médica a otras instancias no sanitarias que, frecuentemente, se la piden: ¿obedecer un mandato del que tiene dudas sobre su legitimidad? ¿salvaguardar la confidencialidad de la información médica desobedeciendo una orden de su empleador y arriesgarse a un expediente administrativo? Es otra situación parecida a la anterior y que adquiere caracteres dilemáticos.

Hay otras dos situaciones en que se pone crudamente de manifiesto la soledad del médico de prisiones ante la contradicción entre leyes y disposiciones administrativas y principios éticos y deontológicos: son el aislamiento carcelario y la contención física.

El aislamiento carcelario lo define la regla 44 de las Reglas mínimas de tratamiento de reclusos (reglas Nelson Mandela) de la ONU, de 2015, como “*... el aislamiento de reclusos durante un mínimo de 22 horas diarias sin contacto humano apreciable. Por aislamiento prolongado se entenderá el aislamiento que se extienda durante un período superior a 15 días consecutivos*”<sup>4</sup>. En esas mismas reglas se delimita el papel del médico en la aplicación de este régimen de vida penitenciario (reglas 33, 45 y 46). Estas reglas se pueden interpretar de forma contradictoria ya que la regla 33 establece que “*El médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión*”, lo que puede dar pie a la obligación de un reconocimiento médico previo de todo recluso sancionado antes de empezar a cumplir esa sanción. Además, la regla 45.2 establece que “*La imposición de sanciones de aislamiento estará prohibida cuando el recluso tenga una discapacidad física o mental que pudiera agravarse bajo dicho régimen*”, lo que implica necesariamente un informe médico previo a la aplicación de la sanción. Por otra parte, la lectura de la regla 46 induce a pensar que la participación del médico en este asunto sólo debería ser a posteriori de la aplicación de la sanción por propia iniciativa o a petición del propio interno o de funcionarios. Las reglas penitenciarias europeas de 2006<sup>5</sup> en su apartado 43.3 explicitan que “*El médico presentará un informe al director cada vez que considere que la salud física o mental de un detenido corra graves riesgos como consecuencia de la prolongación de la detención o con motivo de cualquier condición de la detención, incluida la de incomunicación*”, lo que da pie al reconocimiento médico previo de todo interno al que se le vaya a aplicar este régimen de vida. Por su parte, la Asociación Médica Mundial (AMM) en su Declaración sobre el aislamiento carcelario de Durban en octubre de 2014, revisada en Tiflis en octubre de 2019<sup>6</sup>, es tajante en su recomendación número 30: “*La función del médico es proteger, defender y mejorar la salud física y mental del recluso, no infligir un castigo. Por lo tanto, los médicos nunca deben participar en ninguna etapa del proceso de decisión que tenga como resultado el aislamiento carcelario, que incluya declarar a una persona “apta” para soportar el aislamiento carcelario o participar de ninguna manera en su imple-*

mentación. Esto no impide que los médicos realicen visitas regulares a los que están en aislamiento carcelario y presten atención médica y tratamiento cuando sea necesario o que expresen su preocupación cuando encuentren un deterioro en la salud de la persona”. En la Recomendación 32 establece claramente el ideal de independencia clínica y de actuación del médico de prisiones, que no es otro que la dependencia jerárquica y funcional de una administración distinta de la penitenciaria. Es conocido como el art. 43.1 LOGP y el 245.1 del Reglamento Penitenciario vigente establecen que toda sanción de aislamiento se cumplirá “con informe previo y reconocimiento del Médico del Establecimiento, quien vigilará diariamente al interno mientras permanezca en esa situación, informando al Director sobre su estado de salud física y mental y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta.” Así pues tenemos un claro mandato legal y administrativo frente a postulados ético-deontológicos también claros y en sentido contrario y normas de carácter internacional asumidas por nuestro país que pueden ser interpretadas en un sentido o en otro. En definitiva, es una situación de gran inseguridad jurídica.

La contención física es un medio coercitivo admitido por la LGOP y RP, aunque no se nombre así en ninguna de esas dos normas. En el año 2018 la SGIIPP publicó su Instrucción 03/2018 “Protocolo para la aplicación de la sujeción mecánica por motivos regimentales”. En el preámbulo, se mencionan dos motivos de sujeción: médicos y regimentales. Para el primero refiere como norma la regulación común general. Para el otro (la sujeción mecánica por motivos regimentales) obliga a participar al médico en un asunto que, según reconoce la misma norma, no es médico. Cabe preguntarse entonces ¿por qué se involucra al médico en él? La Instrucción obliga al médico a actuaciones profesionales mientras dure la medida de contención, como reconocimientos periódicos, recomendaciones sobre posturas o emisión de informes médico-legales, como son los partes de lesiones. Las reglas Nelson Mandela establecen en su regla 47.2.b que tras su aplicación se deberá alertar al médico. Lo mismo estipulan las Reglas penitenciarias europeas en su regla 68.2.b. Tenemos pues el aval de disposiciones internacionales asumidas por España para esta disposición. Estamos entonces ante una resolución administrativa legítima y avalada por instancias internacionales que obliga al médico a participar en un acto no médico, pero que puede tener consecuencias que hagan necesario el concurso de un médico (lesiones en el curso de su aplicación, vómitos con aspiración u otras). Sin embargo, la Deontología médica es muy

clara: “Si no hay una indicación médica, la contención mecánica no es un acto médico y por tanto el médico jamás debe participar, secundar o admitir su aplicación, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello”. Esta es una de las conclusiones del “Informe de la Comisión Central de Deontología sobre el “Protocolo para la aplicación de sujeción mecánica por motivos regimentales, según la instrucción 3/2018 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias”. Al no ser una Declaración y no estar aprobada por la asamblea general del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, esta conclusión no tiene fuerza normativa desde el punto de vista deontológico, pero no cabe duda de que su fuerza moral es notable en el quehacer cotidiano de cualquier médico de prisiones.

### La pandemia SARS-COVID-19

La COVID-19 ha obligado a los poderes públicos a un ingente esfuerzo asistencial y legislativo. Tanto la SGIIPP como la administración penitenciaria catalana han publicado normativa nueva propia en el marco de los sucesivos estados de alarma promulgados por el Ejecutivo estatal para contener la pandemia.

Con todos los matices que se quiera hay algunos principios rectores comunes en toda esta normativa que se señalan a continuación:

- La necesidad de una plena coordinación con la administración sanitaria.
- La limitación, al menos en los primeros meses de pandemia, y con objeto de evitar la transmisión de la infección, de derechos de los internos (salidas, permisos, comunicaciones), basado en la Orden Ministerial INT/227/2020, de 15 de marzo de 2020. Esta medida se intentó paliar con el aumento de las comunicaciones telefónicas permitidas por el Reglamento Penitenciario.
- La aplicación de estrategias alternativas al cumplimiento de las condenas en régimen cerrado, con incremento de cumplimiento en el domicilio, con control telemático y posibles excarcelaciones, al fin de conseguir dos objetivos fundamentales: disminuir la población expuesta y se aumentar la distancia social entre los no excarcelados.
- La implementación de los protocolos de control (detección de casos, aislamiento de infectados y contactos, potenciación de higiene, etc.)...- se protocoliza de la atención médica, con derivación el exterior en caso de necesidad.
- Se adoptan medidas para minimizar los riesgos laborales en el personal.

En general, todas estas medidas respetan los derechos de los internos si las analizamos en función de las directrices publicadas por el Consejo de Europa para

el manejo de la pandemia en las prisiones<sup>7</sup>, aunque una notable excepción haya sido el de la limitación de la movilidad de los internos dentro de las prisiones, con medidas de aislamiento ante sospecha de enfermedad y, de forma universal, en el momento del ingreso en el centro penitenciario, ya fuera de libertad o procedente de un permiso, así como también internos con sintomatología sospechosa de enfermedad. Esta medida sigue actualmente vigente en las prisiones dependientes de la SGIIPP, según instrucciones cursadas a los directores de los centros vía e-mail el 18 de agosto pasado:

#### CUARENTENAS

- Mantener los 14 días de cuarentena a los ingresos procedentes de libertad y a los internos que regresan de permiso NO vacunados.
- Mantener una cuarentena de 5 días a los internos que regresan de permisos ya vacunados e inmunizados, realizando una PDIA (prueba de diagnóstico con infección activa) previa a la salida al módulo.
- En la medida de lo posible y si se dispone de espacio, los internos que realizan cuarentenas podrán salir al patio/aire libre, *siempre de forma individual*.

Que yo sepa, no hay legislación especial alguna que ampare esta práctica, que fuerza el espíritu y la letra del artículo 20.3 del Reglamento Penitenciario en vigor: “*La estancia de preventivos o penados en el departamento de ingresos será, como máximo, de cinco días y sólo podrá prolongarse por motivos de orden sanitario o para preservar su seguridad. De la prolongación se dará cuenta al Juez de Vigilancia correspondiente*”. La cuarentena preventiva tiene su base sanitaria y epidemiológica en la reducción de la entrada del Covid-19 en prisión y se apoya en su bajo costo económico y de carga de trabajo sanitario, pero es limitante de los derechos de los internos y además hay alternativas como son el cribado masivo con pruebas diagnósticas a todos los ingresos, que es recomendada preferentemente por los organismos de vigilancia epidemiológica<sup>8,9</sup> supranacionales y fue el criterio adoptado por la administración penitenciaria catalana desde principios del verano de 2020.

#### Corolario

En la asistencia sanitaria en prisión se pueden dar situaciones en las que el médico se vea enfrentado ante el dilema de obedecer un mandato legal o administrativo, o seguir normas éticas o deontológicas que pueden estar enfrentadas al anterior. Esta situación puede ser fuente de conflictos en el médico, tanto de conciencia como de seguridad jurídica.

El respeto escrupuloso de los derechos de las personas y la consideración de los pacientes penitenciarios como personas enfermas que están presas, en vez de como personas presas que están enfermas<sup>10</sup>, debe aportar luz a la solución de estos conflictos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Amorrortu Editores, 1970: 270-2.
2. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005. Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) (Consultada: 26/08/2021).
3. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, de 4 de abril de 1997. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)) (Consultado: 26/08/2021).
4. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 17 de diciembre de 2015. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-S-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf) (Consultadas: 26/08/2021).
5. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Recomendaciones Rec(2006)2-rev del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (actualización de 1 de julio de 2020). Disponible en: [https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2021/02/Reglas\\_Penitenciarias\\_Europeas\\_Actualizacion\\_2020\\_ES.pdf](https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2021/02/Reglas_Penitenciarias_Europeas_Actualizacion_2020_ES.pdf) (Consultadas: 26/08/2021).
6. AMM. Declaración de la AMM sobre el aislamiento carcelario. Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, octubre 2014 y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, octubre 2019. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-el-aislamiento-carcelario/> (Consultada: 26/08/2021).
7. Council of Europe. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).[CPT/Inf(2020)13] “Statement of principles relating to

the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic”. Strasbourg, 20 march 2020. Disponible en: <<https://rm.coe.int/16809cfa4b>> (Consultada: 26/08/2021).

8. European Center for Disease Prevention and Control (Stockholm. Sweden). “Infection prevention and control and surveillance for coronavirus disease (COVID-19) in prisons in EU/EEA countries and the UK. (3 de julio de 2020)”. Disponible en: <<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/IPC-and-surveillance-for-coronavirus-disease-in-prisons.pdf>> (Consultada: 26-08-2021).
9. Center of Disease Control (Atlanta, USA). “Consideraciones provisionales para la realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en instituciones correccionales y de detención” (actualización de 03-12-2020). Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/testing.html>> (Consultada: 26/08/2021).
10. Tribunal Constitucional. Sentencia 120/1990, de 27 de junio. Voto particular del magistrado D. Jesús Leguina Villa. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1990-18314> (Consultada: 31/08/2021).

# Aspectos bioéticos y jurídicos en la gestión farmacoterapéutica en IIPP

Rey Piñeiro XM

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

---

## RESUMEN

El incumplimiento del mandato establecido en la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud puede considerarse la principal causa y origen de la mayoría de irregularidades jurídico-asistenciales identificables, tanto en la asistencia sanitaria en general, como en la atención farmacéutica y gestión farmacoterapéutica en particular, dentro del sistema penitenciario español.

Las consecuencias de dicho incumplimiento suponen graves situaciones de inequidad en el adecuado acceso a la atención farmacéutica para los internos.

La situación de falta de legalización de muchos servicios de farmacia penitenciaria, así como la ausencia de una cobertura adecuada con la presencia y actuación profesional de los farmacéuticos necesarios genera situaciones permanentes de intrusismo profesional.

La inadecuada organización de la gestión farmacoterapéutica ha demostrado consecuencias trágicas para la salud de los pacientes e internos de los centros penitenciarios.

Sin la existencia de servicios de farmacia que cumplan todos los requisitos legales, que cuenten con la presencia efectiva y actuación profesional de los farmacéuticos especialistas que sean necesarios para su buen funcionamiento se hace imposible atender y gestionar de forma eficaz la farmacia penitenciaria.

**Palabras clave:** farmacoterapia, cumplimiento legal, bioética.

---

## MARCO CONCEPTUAL

La gestión farmacoterapéutica en los centros penitenciarios, función que legalmente corresponde al servicio de farmacia, integra las obligaciones de garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de necesidades, custodia, dispensación y correcta administración de los medicamentos a los pacientes del centro. Igualmente, corresponde a los farmacéuticos de dichos servicios de farmacia efectuar la vigilancia, supervisión y control de determinados tratamientos, todo ello de acuerdo con lo previsto en la legislación en materia de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios<sup>1</sup>.

La política farmacéutica de las AAPP responsables de garantizar la correcta cobertura y atención farmacoterapéutica a los internos de los centros penitenciarios españoles se ha caracterizado en las últimas décadas por la persistencia de servicios y depósitos

de farmacia carentes de plena cobertura legal. Así se reconoce, de forma reiterada, por la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en los informes generales de la institución<sup>2</sup>. Esta grave situación de incumplimiento legal ha venido provocada por el déficit sistemático de cobertura de los facultativos especialistas necesarios para la correcta atención farmacoterapéutica a los pacientes internos en muchos de los centros penitenciarios españoles. No podemos, obviar, en todo caso, que gracias a las convocatorias de plazas de especialista publicadas en los últimos dos años se ha iniciado una senda que puede contribuir a paliar esta grave carencia jurídica y sanitaria en el ámbito.

A continuación, vamos a analizar desde una perspectiva jurídica y de bioética, algunas situaciones y circunstancias que se han podido evidenciar en el estudio de la gestión farmacoterapéutica en los centros penitenciarios españoles.



## ASPECTOS BIOÉTICOS Y JURÍDICOS EN LA GESTIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

El incumplimiento, por parte de todos los consejos de ministros en los últimos 18 años, del mandato establecido en la disposición adicional sexta de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*<sup>3</sup>, puede considerarse la principal causa y origen de la mayoría de irregularidades jurídico-asistenciales identificables, tanto en la asistencia sanitaria en general, como en la atención farmacéutica y gestión farmacoterapéutica en particular, dentro del sistema penitenciario español. Y es que no estamos ante un simple y habitual incumplimiento de una promesa electoral o la típica inacción ante una simple posibilidad de ejecutar o no una determinada política pública, sino que dicha disposición adicional sexta establece con carácter imperativo, plazo temporal (18 meses) y vía legislativa (Real Decreto del Consejo de Ministros), la integración de la sanidad penitenciaria española en los sistemas autonómicos de salud, y por ende, en el Sistema Nacional de Salud. Este mandato, que serviría, sin ningún género de dudas, para alcanzar los necesarios objetivos de calidad y continuidad asistencial, dotación de recursos y garantías en la adecuada tutela de la salud de los pacientes internos en centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior, sólo ha sido llevado a término por iniciativa autonómica en tres comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco y Navarra).

La primera consecuencia del incumplimiento del mandato legal fijado en la disposición adicional sexta de la *Ley 16/2003* es la imposibilidad material de dar cumplimiento al articulado de esa misma ley en cuanto a las garantías de equidad y calidad en las prestaciones por la ciudadanía afectada. Y es que la dilatada inacción del Ministerio, tanto en la ejecución de las transferencias, como en la adecuada dotación de recursos materiales y humanos al sistema de salud penitenciario, (donde podemos observar como incluso se reconoce oficialmente la ausencia de legalidad en la forma de prestar la atención farmacéutica a internos), nos ha conducido a una situación en la que un paciente ingresado en un centro penitenciario tiene barreras infranqueables para tener garantizada la tutela efectiva de su derecho a la salud en condiciones de igualdad a cualquier otro ciudadano no privado de libertad. Sirva como ejemplo de ello el hecho contrastado, no ya de unas inasumibles ratios de farmacéutico/internos (28/50.129)<sup>4</sup>, sino el reconocimiento oficial de que la mayoría de los 66 centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior carecen de un facultativo

permanente que garantice la presencia y actuación profesional de un farmacéutico, único profesional sanitario habilitado legalmente para la conservación y dispensación de medicamentos<sup>5</sup>.

Esta realidad que venimos de evidenciar, además de las graves consecuencias en el ámbito de la efectiva tutela del derecho constitucional a la salud de los internos, supone que la propia institución facilite el intrusismo profesional, al permitir por la vía de hecho que en muchos centros penitenciarios la gestión farmacoterapéutica y, dentro de esta, actos indelegables como la validación y dispensación de los medicamentos prescritos por el médico, se realice por parte de personal de dichos centros carentes de la exigible titulación y cualificación profesional. En este sentido debemos recordar que el art. 403 del Código Penal español tipifica como delito al “*que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente*”. Por esta razón, podríamos vernos en la situación de que ciertas órdenes que habilitan por vía de hecho a otro personal de los centros penitenciarios a realizar funciones propias de un farmacéutico, supondrían una inducción a incurrir en una conducta perseguida penalmente.

Centrándonos en algunos aspectos singulares de la gestión farmacoterapéutica penitenciaria, cabe destacar la situación a la que se ven abocados los facultativos en el manejo diario del software de prescripción asistida, conocido como “OMI”. Dicha herramienta informática, conectada con la historia clínica de los pacientes internos de cada centro, tiene a nuestro juicio un defecto de base en su diseño que tiene difícil encaje legal. Aunque desde los servicios centrales de la institución se haya mantenido más de una vez que la prescripción visualizada en el equipo informático tiene el rango de orden de dispensación, lo cierto es que lo introducido o visualizado en dicha herramienta carece de algunos elementos legalmente indispensables para ser considerada una orden de dispensación o receta de acuerdo con lo establecido en el *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación*<sup>6</sup>. El art. 2.1 de este Real Decreto cita expresamente a los centros penitenciarios dentro de su ámbito de aplicación. Siendo esto así, su art. 17.5 establece que “*la orden de dispensación hospitalaria electrónica se ajustará a los criterios comunes establecidos para la receta médica electrónica*”. El art. 3.2.c) 6º exige, como criterio para la receta, entre otros aspectos relativos a los datos del médico prescriptor, que “*la firma será estampada personalmente una vez cumplimentados los datos de consignación obligatoria y la prescripción objeto de la receta. En las recetas elec-*



trónicas se requerirá la firma electrónica, que deberá producirse conforme con los criterios establecidos por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.” Es evidente que un sistema de acceso e identificación al sistema, como es el caso del OMI, basado en usuario y contraseña o código personal, no pueden ser considerados legalmente firma electrónica (por no garantizar la autenticación, integridad y no repudio), por cuanto no identifican con plena validez legal al médico prescriptor, por lo que dichas órdenes o recetas incumplen los requisitos legales para poder ser atendida por el facultativo dispensador. Esta forma de prescripción, formalmente viciada, trata de ser resuelta por los facultativos, que optan, en algunos casos ante la petición del servicio de farmacia, por imprimir la hoja “prescripción” y firmarlas de su puño y letra. También se han identificado casos de conducciones en las que la hoja llega al centro de destino con los datos del responsable de la prescripción tachado, lo que invalida totalmente dicho documento como orden de dispensación o receta.

Otra característica del sistema que podría vulnerar lo establecido en el art. 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,<sup>7</sup> es el hecho de que, pasados seis meses desde la prescripción de medicación crónica, si no es revalidada, la misma desaparece del sistema como medicación activa, pasando a cancelada o inactiva. Esta circunstancia supone un problema asistencial serio en un marco de evidente carencia de recursos humanos dedicados a estas funciones, además de no servir a la realidad del historial clínico del paciente, al identificar como inactiva una prescripción que en realidad es para un tratamiento crónico. Esto ha llevado a los facultativos a tener que identificar los tratamientos crónicos como agudos, marcando un período de vigencia largo (a veces hasta 2000 días), tratando de evitar así los profesionales que los tratamientos crónicos se desactiven a los seis meses.

Finalmente, y como resultado de las diferentes irregularidades jurídicas que hemos analizado, debemos hacer una consideración singular en el ámbito de la bioética sobre las consecuencias que para los pacientes/internos supone la forma en la que se organiza la gestión farmacoterapéutica, así como la dificultad práctica para garantizar la correcta administración de medicamentos en los centros penitenciarios españoles. El aumento de fallecimientos notificados por ingesta no controlada de medicamentos y por reacciones adversas a psicofármacos en las prisiones espa-

ñolas (especialmente en los fines de semana y puentes festivos) cuando los servicios de farmacia no están abiertos por ausencia de facultativos, no es más que la consecuencia trágica y directa de una política que, además de la ausencia de suficientes facultativos especialistas para la gestión farmacoterapéutica, acumula deficiencias estructurales en los equipos de vigilancia y las propias normas penitenciarias. Es evidente que, en muchos casos, los medicamentos implicados en los fallecimientos no provienen del centro, sino del exterior, siendo introducidos por las visitas. Pero debemos recordar las exigencias reforzadas que requiere, tanto el perfil de la población interna, como la tipología de medicamentos manejados, especialmente los de alto riesgo, que exigen un estricto control para su dispensación y seguimiento terapéutico. Pese a que el Real Decreto Legislativo 1/2015 exige que los servicios se doten de todos los facultativos que sean necesarios para la correcta atención y que todas actuaciones farmacoterapéuticas se realicen con la presencia y actuación profesional de los farmacéuticos que sean necesarios, es fácil comprobar que un gran porcentaje de los pacientes/internos del sistema penitenciario español son privados del acceso a una atención farmacoterapéutica que pueda ser mínimamente equiparable a la que disfruta la ciudadanía no privada de libertad. Una concepción de la atención farmacéutica en las prisiones que no ponga en el centro de sus decisiones la especial singularidad del medio, los perfiles sanitarios de los pacientes y la necesidad de permanente cobertura con los recursos humanos cualificados para atenderlos, está condenada a vulnerar de forma reiterada y constante los cuatro principios de la bioética definidos por Beauchamp y Childress<sup>8</sup> y a incurrir en una irresponsable pérdida de vidas humanas vinculadas a la ingesta incontrolada de medicamentos.

## CONCLUSIONES

- Sin la existencia de servicios de farmacia que cumplan todos los requisitos legales, que cuenten con la presencia efectiva y actuación profesional de los farmacéuticos especialistas que sean necesarios para su buen funcionamiento, se hace imposible atender y gestionar de forma eficaz la farmacia penitenciaria.
- La actual configuración de la prestación farmacéutica en el ámbito penitenciario genera el solapamiento de irregularidades jurídicas y éticas en la gestión farmacoterapéutica en los centros.
- El cumplimiento, aunque fuere extemporáneo, del mandato establecido por la disposición adi-

cional sexta de la Ley 16/2003, se presenta como la solución más rápida para revertir la situación de inequidad en el acceso e incumplimiento legal en la que se encuentra la farmacia penitenciaria española dependiente del Ministerio del Interior.

## CORRESPONDENCIA

Xosé Manuel Rey Piñeiro  
asesoriajuridica@sefh.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS

1. Arts. 83 y 84 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE núm. 177, de 25/07/2015) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>
2. Ministerio del Interior, Informe General de Instituciones Penitenciarias. <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias>
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, de 29/05/2003) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
4. Ministerio del Interior, Informe General de Instituciones Penitenciarias 2019. [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe\\_General\\_IIPP\\_2019\\_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514)
5. Art. 6.2.b) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (BOE núm. 280, de 22/11/2003) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
6. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. (BOE núm. 17, de 20/01/2011) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-1013>
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274, de 15/11/2002) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
8. Tom L. Beauchamp, James F. Childress (2001). Principles of Biomedical Ethics (5ª edición). Oxford University Press. ISBN 9780195143317.

Viernes 29 octubre 2021

# MESA. SALUD MENTAL Y ADICCIONES

## Estrategias de optimización terapéutica

González Tejedor D

Médico Especialista en Psiquiatría. Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria.  
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

---

### RESUMEN

La polimedicación es un problema de salud pública a nivel global, aunque tiene unas repercusiones especiales en el caso de los psicofármacos. El número de prescripciones multiplica la posibilidad una mala adherencia y esto supone para algunos grupos farmacológicos y poblacionales un riesgo de conductas de abuso y dependencia. Es necesario el desarrollo de estrategias dirigidas a reducir esta problemática y las consecuencias adversas que suponen en forma de pérdida de calidad de vida y aumento de la mortalidad a través del empoderamiento de las personas.

**Palabras clave:** polimedicación, mal uso, deprescripción.

---

### 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:** polymedication; misuse; de-prescription.

---

### INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la mejora en los cuidados se ha producido un aumento en la esperanza de vida, lo que supone el reto de enfrentarnos a pacientes cada vez más complejos y frágiles, en los que se suman patologías de índole orgánica y psicológica que implican el seguimiento por diferentes profesionales no siempre adecuadamente coordinados, pero también la suma de tratamientos. Paralelamente a esta realidad, nos encontramos otra, relacionada no tanto con el

aumento de la calidad de vida sino con la búsqueda de una mejor calidad de vida autopercebida. Este hecho, asociado a una reducción de la tolerancia a la frustración y a la necesidad de soluciones externas, fáciles y rápidas, lleva por un circuito diferente al anterior a una suma de progresiva de fármacos (OUELLET GM, 2018) (RALPHA SJ, 2018).

La consecuencia de ello es en muchos casos la *Polifarmacia* (MASNOON N, 2017) que supone una situación de riesgo para la aparición de problemas de adherencia, interacciones, reacciones adversas... causa

frecuente de ingresos hospitalarios, secuelas a largo plazo y muerte prematura (RA, 2016).

Al objeto de reducir los riesgos inherentes a la polifarmacia, se han desarrollado distintas políticas de seguridad para el paciente (SUBDIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y COHESIÓN, 2016). Uno de cuyos elementos es la llamada *simplificación u optimización terapéutica*, que representa la reducción del número de dosis, del número de fármacos o el empleo de formulaciones galénicas que favorezcan la adherencia terapéutica a fin de aumentar con ello la probabilidad de obtener unos mejores resultados de salud. Estas intervenciones tienen un enfoque multidisciplinar y colaborativo.

En el caso de la población penitenciaria (NICE, 2017), el problema se centra especialmente en los psicofármacos (TAMBURELLO A, 2017). Nos encontramos con un grupo poblacional caracterizado por su elevada vulnerabilidad, resultado de la interacción de factores tanto biológicos como psicológicos y sociales. Fruto de la interacción de todos ellos se produce una baja capacidad de autorresolución de problemas (no solo de salud), un uso inadecuado de los recursos sanitarios (con una demanda desorganizada que ocasiona una asistencia rápida y superficial) que favorece la suma de medicaciones que emplean de forma errática, favoreciendo la aparición de problemas de adicción que repercuten negativamente sobre todos los problemas de base, perpetuándolos. Este hecho se ha visto favorecido por una disminución de la sensación de riesgo de los profesionales respecto a la prescripción de ciertos grupos farmacológicos y cuya consecuencia ha sido el desplazamiento del consumo de las drogas tradicionales hacia un abuso de psicofármacos con los que consiguen paliar la abstinencia generada por la falta de otras drogas, que pueden suponer la principal desde el punto de vista adictivo, o desarrollar una adicción directa a la misma con síndromes de privación con síntomas más leves y breves. Esta conjunción torna especialmente peligrosa por la existencia de alteraciones biológicas derivadas de una exposición a condiciones de vida negativas desde edades precoces (que genera un envejecimiento prematuro) al favorecer la aparición de interacciones y efectos no esperados que desencadenan un aumento tanto de la morbilidad (especialmente cardiovascular) como de la mortalidad (H, 2017).

Hay que remarcar que esta problemática no es exclusiva de esta población, sino que se ha objetivado ampliamente en población general, hasta el punto de convertirse en uno de los elementos principales de actuación en el Plan de Acción sobre Adicciones del Nacional del Plan Nacional Sobre Drogas 2018-2020

(PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, 2018).

Los problemas de seguridad relacionados a la polifarmacia más importantes serían:

- La *adherencia*. La OMS la definió en 2003 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* (DILLA T, 2009). Es un problema de salud pública global, especialmente en poblaciones con problemática de salud mental o con elevada vulnerabilidad social, ambas sobrerrepresentadas en las prisiones. Las consecuencias son tanto clínicas como económicas. Entre los factores que influyen en ella hay que remarcar los rasgos de personalidad, el tiempo de latencia de los efectos, los secundarismos y la relación terapéutica (REYES-FLORES E, 2016).
- El *mal uso* (NICE, 2017). Representa la utilización de cualquier medicación prescrita para un uso diferente a aquel que se indicó, e incluye el sobreuso, el uso conjunto con drogas de abuso, la multiplicación del número de prescriptores y en general todos los usos no médicos (relacionado con el abuso y dependencia). Los grupos farmacológicos de mayor riesgo son los opiáceos, las benzodiacepinas, los psicoestimulantes y los gabapentinoides. Y dentro de los grupos con mayor riesgo de caer en esta situación están aquellos que presentan problemas de salud mental, desempleados, con bajo nivel educativo, con historia de abuso de drogas y las personas en situación de exclusión social.

Los equipos sanitarios, incluyendo personal facultativo, de enfermería, auxiliares y de farmacia, deben sospechar la posibilidad de mal uso, fundamentalmente de psicofármacos, ante la presencia reiterada de algunas conductas de carácter aberrante que se describen a continuación (Tabla 1).

- Las *interacciones farmacológicas*. Suponen la modificación cualitativa o cuantitativa de la acción de un fármaco por la administración simultánea o sucesiva de otro fármaco, alimento o contaminante ambiental. Se traducen en una variación de la intensidad del efecto habitual de un fármaco (por exceso o defecto) o en la aparición de un efecto diferente al esperado. Cualquiera de ellos supone un riesgo de toxicidad. Se diferencian en farmacodinámicas (parcialmente previsibles, incluyen el síndrome neuroléptico maligno, el síndrome serotoninérgico, o las torsades de pointes) y farmacocinéticas (las relativas al metabolismo hepático). En estudios de fármaco seguridad llevados a cabo

PONENCIAS.

Ponencias y comunicaciones del XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas de la SESP  
Alcalá de Henares, 28, 29 y 30 de octubre de 2021 – www.congresosesp.es

Tabla 1. Conductas aberrantes y señales de alarma de mal uso [adaptado (Henche Ruiz AI, 2019)].

Alteraciones de la vía de administración	Masticar o calentar parches Inyectarse comprimidos machacados
Acceso a opioides por distintas vías	Aceptar los psicofármacos de amigos o familiares Comprar el fármaco en la calle Obtener recetas de varios médicos Acudir frecuentemente a urgencias solicitando el fármaco
Uso indebido	Múltiples aumentos de dosis sin supervisión Uso compulsivo en lugar de seguir la pauta programada
Búsqueda compulsiva de psicofármacos	Consultas repetidas refiriendo pérdidas de recetas Solicitar (incluso de forma agresiva) aumentos repetidos de dosis Expectativas erróneas sobre el tratamiento Resistencia a la rotación de opioide o a la disminución de dosis Rechazar de forma sistemática los tratamientos de otra naturaleza a los demandados y los tratamientos no farmacológicos
Síntomas de abstinencia repetidos	Disforia, mialgias, síntomas gastrointestinales, ansiedad, deseos compulsivos de consumir
Trastornos concomitantes	Adicción o uso nocivo de alcohol u otras drogas Trastornos subyacentes del estado de ánimo o ansiedad que no responde a los tratamientos habituales
Problemática sociofamiliar	Deterioro o aislamiento social Preocupaciones expresadas por los familiares
Consideraciones	Puede considerar ser adicto o abusar de los psicofármacos Admitir emplear los psicofármacos para estabilizar el ánimo Reconoce síntomas de abstinencia
Medio penitenciario	Autolesiones con finalidad movilizadora del medio (cortes, ingestas de cuerpos extraños, ingesta de cáusticos...) Polifrecuentación sin causa aparente Trastornos facticios Actitudes amenazantes

en la comunidad, se ha calculado que hasta el 20% de los tratamientos prescritos presentan interacciones significativas. La OMS las considera como una de las principales causas de morbilidad relacionadas con el uso de tratamientos farmacológicos de cualquier tipo. A partir de datos de la Red de Alertas sobre el Abuso de Drogas de EE.UU. (DAWN) se ha llegado a establecer que los eventos adversos accidentales derivados de interacciones entre sustancias como una importante causa de mortalidad entre toxicómanos en Estados Unidos (DAVIS H, 1991). Uno de los problemas relacionados con la dificultad de su identificación, es la relativa a la escasa eficacia de los modelos in vitro por la concurrencia en la población no experimental de factores poco controlables como el consumo de alcohol o drogas, fármacos no prescritos, suplementos alimentarios, productos de herboristería, adulterantes alimentarios

- Las *Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM)* (MONTANÉ E, 2020) (SEMPERE VERDÚ E,

2012). Son *cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento*. Incluyen los efectos nocivos e involuntarios derivados del uso autorizado de un medicamento en dosis normales, de los errores en la medicación y de los usos al margen de los términos de la autorización de comercialización, incluidos uso equivocado, sobredosis y abuso del medicamento. En Estados Unidos se calcula que las RAM representan entre la 4ª y 6ª causa de mortalidad, del 10% de ingresos hospitalarios y hasta del 20% del gasto sanitario en hospitales. En España, el Estudio APEAS (SNS, 2008), realizado en Atención Primaria, calculó que la tasa de mortalidad por efectos adversos a la medicación entre los años 2008-2015 era del 0,1 por cada 100.000 habitantes. Se consideran factores predisponentes las edades extremas, la presencia de comorbilidades o la polifarmacia (a través de las interacciones).

A fin de reducir las graves consecuencias, medidas en carga de morbilidad y vulnerabilidad, del



problema de la polimedición se han desarrollado diferentes estrategias. Estas se caracterizan por su complejidad ya que no solo implican una actuación sobre el individuo concreto sino también sobre el contexto social, lo que supone no limitarlo al plano sanitario. Pero que a nivel asistencial parten de la sensibilización acerca del problema por parte de los prescriptores pero que deben extenderse al resto de profesionales implicados en el proceso asistencial. Ha de partirse de un análisis cuidadoso de las características de la personalidad y trabajar sobre aspectos relativos a ella (B, 2000) (Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH, 2017).

Un elemento fundamental representa el trabajo sobre la adherencia. Las actuaciones destinadas a ello se basan en el análisis de los factores individuales que condicionan la falta de adecuada cumplimentación terapéutica y van dirigidas a la modificación de la conducta a través del empoderamiento del paciente. Para ello pueden emplear estrategias basadas en la educación sanitaria, siendo especialmente útiles los programas grupales y la formación por pares. Puede ser útil apoyarse en medidas técnicas como los recuentos de medicación, pero sobre todo, el empleo de formulaciones que reduzcan el número de tomas y simplifiquen la posología (a la par que, en psicofármacos, reducen la capacidad adictiva). Pero además, en muchas ocasiones, y en el caso de haberla, puede ser importante trabajar con la familia al objeto de reforzar los cambios iniciados en la persona y a la hora de entender la importancia del seguimiento de las pautas terapéuticas indicadas.

La siguiente medida fundamental es la denominada como *deprescripción* (ESTEBAN JIMENEZ O, 2018). Esta se define como el *Proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión y que concluye con la modificación de la dosis, la sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros si es preciso* (GAVILÁN, 2012) (PAGAN NUÑEZ FT, 2012). Se trata de un proceso singular (adaptado a la tipología de cada paciente) y continuo, especialmente indicado especialmente en casos de polimedición, ante la detección de tratamientos inadecuados y/ o cuando se detecta consumo de medicamentos clínicamente no indicados. Este proceso puede realizarse por fármacos (cuando es necesario retirar fármacos no indicados, dado que es la forma más eficiente, aunque tiene menos en cuenta el contexto individual) o por paciente (reconsideración del régimen terapéutico de un paciente concreto a partir de criterios de necesidad y efectividad-seguridad). Dentro de la primera técnica hay experiencias en población

geriátrica siguiendo diversos criterios estandarizados (Beers y STOPP-START) con buenos resultados (PAGE, 2016).

Están descritas una serie de fases del proceso de deprescripción (AGIRREZABALA JR, 2012) (TODD A, 2018) (STEINMAN M, 2021), entre las que son fundamentales la de Conciliación (fuente frecuente de errores), la de Revisión (destinada especialmente a la búsqueda de consumo de fármacos no prescritos, productos de herboristería y drogas), la de Análisis (en la que se evalúa la adherencia y la presencia de interacciones y efectos adversos), la de Actuación (consiste en la optimización de la prescripción a partir de un cambio de paradigma, pasando de uno preventivo a uno reductor de daños) y finalmente la de Monitorización (destinado a valorar la evolución clínica del sujeto).

Para facilitar la monitorización de los tratamientos se recomienda establecer una entrevista semiestructurada en la que se valore si persiste la indicación del tratamiento, si la pauta dosis y duración del mismo son las correctas de acuerdo a las características de la persona, si se está alcanzando el objetivo terapéutico buscado, si hay alternativas con mayor evidencia o eficacia y si todo ello se da, evaluar los niveles de seguridad relativos a la prescripción (RAM o riesgo de ellas, interacciones, indicios de cascada terapéutica o de algún grado de mal uso).

Ante la recomendación de retirada de algún fármaco hay que tener en cuenta la necesidad de algunas precauciones (J, 2020) (CARR F, 2019) (POLLMANN AS, 2015), especialmente relativas a la necesidad de instauración de pautas de descenso individualizadas (incluso en casos de detección de signos de abuso, salvo que haya protagonizado alguna intoxicación aguda, en cuyo caso la retirada puede realizarse rápidamente por existir una evidencia de riesgo vital asociado a su uso).

## CONCLUSIONES

A la hora de plantear una optimización de un tratamiento en un paciente polimedicado, especialmente cuando se objetivan signos de mal uso, más en el caso de psicofármacos es importante:

- Establecer una *relación terapéutica*.
- *Documentar* en la historia clínica el proceso, remarcando los factores de riesgo de mal uso, las consecuencias adversas observadas (incluidos los signos de mal uso, abuso y dependencia).
- Establecer *planes de cuidados* con objetivos claros y en ellos integrar las prescripciones.



- Valorar la necesidad *consentimientos informados* (garantía de autonomía del paciente).
- Seguimiento periódico y oportunista, valorando “*las cinco A S*” (Analgesia, Actividades de la vida diaria, Adicción, Efectos Adversos y Adherencia).
- *Test de drogas* (confirmar adherencia y/ o abstinencia).
- Programas de *monitorización*: prescripciones digitales y seguimiento del grado de adherencia.
- Programas de *educación para la salud* centrados en la reducción de daños.
- Buscar el *acuerdo* con el paciente en la medida de lo posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agirrezabala JR, A.I. (2012). Deprescripción. *IN-FAC*, 28(8).
- AL, G.E. (2012). Ancianos frágiles polimedica- dos: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 47(4);162-167.
- B, G. D. (2000). El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. En C.C, Monografías Dr. Antonio Esteve. Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos (págs. 257-272). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- CARR F, T. P. (2019). Deprescribing benzodia- zepines among hospitalised older adults: quality improvement initiative. *BMJ Open Quality*, 8(e).
- DAVIS H, B. C. (Julio de 1991). Indices of drug misuse for prescription drugs. *Int J Addict*. 26(7), 777-795.
- Dilla T, V. A. (Junio de 2009). Adherencia y per- sistencia terapéutica: causas, consecuencias y es- trategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6);342- 348.
- Esteban Jimenez O, A. A. (2018). Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Aten Primaria*. 50(S2);70-79.
- Gavilán. (2012). Ancianos frágiles polimedica- dos: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 47(4);162-167.
- Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH. (2017). Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. Barcelona: Eu- romedice Vivactis.
- H, S. (2017). Psicofarmacología y patología médi- ca. *Rev Med Clin Condes*. 28(6);830-834.
- Henche Ruiz AI, P. D. (2019). Claves para un uso adecuado de opioides en dolor crónico no onco- lógico. *Boletín de información farmacoterapéuti- ca de Navarra*, 27(4).
- J, M. C. (Enero-Abril de 2020). Deprescripción. Más allá del uso racional del medicamento. *Med Fam Andal*. 21(1);47-66.
- Masnoon N, S. S.-E. (10 de Octubre de 2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 17(1), 230.
- Montané E, S. J. (Marzo de 2020). Reacciones ad- versas a medicamentos. *Medicina Clínica*. 154(5); 178-184.
- NICE. (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. *Guideline, Nice, Public Health England*.
- NICE. (2017). Mental health of adults in contact with the criminal justice system. *Guideline, Nice, London*.
- Ouellet GM, O. J. (2018). Principle of rational prescribing and deprescribing in older adults with multiple chronic conditions. *Ther Adv Drug Saf*. 9(11);639-652.
- Pagan Nuñez FT, T. C. (2012). Prescripción en cascada y deprescripción. *Rev Clin Med Fam*. 5(2); 111-119.
- PAGE. (2016). The feasibility and effect of de- prescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 82;583-623.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2018). Plan de Ac- ción Sobre Adicciones 2018-2020. Madrid, Espa- ña: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Pollmann AS, M. A. (2015). Deprescribing benzo- diazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 16(19).
- RA, P. (Octubre de 2016). The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med*. 16(5);465-469.
- Ralpha SJ, E. A. (2018). Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Re- view and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *Journal of Alzheimer’s Di- sease Reports*. 2;1-26.
- Reyes-Flores E, T.-A. R.-A.-G.-C.-S.-C. (2016). Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determi- nantes y Nuevas Estrategias. *Rev Med Hondur*. 84(3 y 4);125-132.
- Sempere Verdú E, P. L. (2012). 6. Reacciones ad- versas y acontecimientos relacionados con los medicamentos. En G. d. semFYC, Recomenda- ciones sobre el uso de los medicamentos. Barce- lona: SEMFYC.
- SNS, A. D. (2008). Estudio APEAS Estudio so-

bre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Steinman M, R. E. (MAY de 2021). Deprescribing. Recuperado el Agosto de 2021, de uptodate: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Subdirección General de Calidad y Cohesión. (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, 2015-2020. Madrid:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Tamburello A, K. A. (Octubre de 2017). Characteristics of Inmates Who Misuse Prescription Medication. *J Correct Health Care*. 23(4);449-458.
- Todd A, J. J. (2018). The deprescribing rainbow: a conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *BMC Geriatrics*. 18;295.

# Cannabis y Psicosis

Elizagarate E

Jefe de Servicio Psiquiatría. Red de Salud Mental de Álava.

## INTRODUCCIÓN

La psicosis es uno de los principales retos en salud mental. En la actualidad su detección y abordaje presenta todavía incógnitas y necesidades no cubiertas. Las dianas principales de actuación son la detección precoz, el diagnóstico diferencial adecuado y una intervención temprana.

Existe un amplio consenso internacional sobre la importancia de tratar lo antes posible la enfermedad y a distintos niveles la psicosis para buscar no únicamente la respuesta al tratamiento sino también la recuperación de una autonomía y un buen funcionamiento psicosocial. Por ello también se habla de una intervención temprana que intervenga en aspectos sociales y laborales.

Estudiar factores de riesgo implica el estudio de los factores genéticos y ambientales y aunque son conocidas las dificultades que se presentan para el cálculo de la incidencia o prevalencia de las psicosis, así como el peso específico que tiene el consumo de sustancias en el debut psicótico, se sabe que entre un tercio y la mitad de los sujetos con episodio psicótico de debut tienen abuso o dependencia de sustancias. Además de ello el consumo de sustancias se ha considerado un importante predictor de recaídas, sugiriéndose que la presencia de abuso de sustancias facilitaría una transición a una psicosis crónica a través de recurrencias en los episodios.

En cualquier caso, el consumo de drogas es muy frecuente en los pacientes esquizofrénicos y se ha comprobado que existe una gran prevalencia de pacientes psiquiátricos con patología dual. Aún no se ha podido establecer el motivo de la frecuente coexistencia de los trastornos psicóticos y el abuso o dependencia de tóxicos. Esta situación se ha constatado en los más importantes estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas. Se postula que podría haber factores genéticos y neurobiológicos que conectarían los dos trastornos, aunque la dirección de la relación no está bien definida. Para estudiarlo se han desarrollado múltiples estudios durante los últimos años, puesto que la presencia de patología dual ensombrece el pro-

nóstico de las dos enfermedades concurrentes. El uso, abuso o dependencia de este tipo de sustancias de abuso empeora el curso, el pronóstico y la evolución del trastorno psicótico, conlleva un peor funcionamiento social, aparecen un mayor número de recaídas y de ingresos, así como tasas elevadas de incumplimiento terapéutico y mala respuesta al tratamiento.

## HIPÓTESIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE CANNABIS Y PRESENCIA DE PSICOSIS

Se han postulado diversas hipótesis que pueden explicar esta asociación, desde la asociación espuria, aunque con los datos epidemiológicos es difícil no presuponer que debe existir algún tipo de relación que explique esta asociación tan frecuente e incluso la posible existencia de disfunciones neurofisiológicas que predisponen simultáneamente tanto al trastorno adictivo como al psicótico. También se ha planteado que la existencia de un trastorno psicótico sea un factor de vulnerabilidad para el adictivo, o viceversa, y la existencia de conductas de automedicación, que suponen que el paciente consume drogas en un inadecuado intento de paliar sus alteraciones psicopatológicas o los efectos secundarios producidos por los psicofármacos.

Aunque se dispone de muchas pruebas clínicas acerca de la fuerte asociación entre la esquizofrenia y el consumo de tóxicos, la naturaleza de esta relación es compleja y variable en función del tipo de sustancia de abuso:

1. La *hipótesis medioambiental* enfatiza la importancia de la influencia externa. Se ha intentado relacionar el consumo de sustancias con las desventajas sociales de los esquizofrénicos que viven en condiciones de pobreza y deprivación. Así se ha descrito la asociación entre esquizofrenia, alcoholismo, bajo estrato social y episodios de violencia.
2. *Hipótesis neurobiológica común de base*: la dependencia de sustancias como la enfermedad psiquiátrica comparten una misma alteración

neurobiológica de base o bien hipótesis neurobiológica con alteración primordial en el consumo repetido de una sustancia como generador de alteraciones neurobiológicas que conducirían a la enfermedad mental. En este sentido último podríamos incluir la hipótesis relacionada con el estrés: la patología psiquiátrica conceptualizada como estrés crónico produce alteraciones neurobiológicas en los circuitos cerebrales relacionados con el estrés. El consumo de tóxicos produce modificaciones en las vías cerebrales de recompensa, lo cual se puede traducir en la aparición de diferentes síntomas psiquiátricos. Desde el punto de vista molecular, la hormona liberadora de corticotropina (CRF) tiene una gran importancia en la respuesta al estrés y también se ha relacionado con los trastornos adictivos. La información preclínica sugiere que la CRF y las vías noradrenérgicas están relacionadas con la conducta de búsqueda de la droga en animales dependientes. Además los estresores que estimulan la hormona CRF también potencian las vías noradrenérgicas mesocortico-límbicas relacionadas con la recompensa en estos animales. Se ha observado que el estrés en etapas tempranas de la vida o de manera crónica produce cambios de la respuesta a éste a largo plazo. Estos cambios pueden alterar la sensibilidad dopaminérgica al estrés y aumentar la susceptibilidad para la autoadministración de sustancias de abuso. De forma similar, en humanos se ha descrito que el estrés emocional y los estados afectivos negativos aumentan el craving en las personas dependientes.

3. La tercera *hipótesis es la de la automedicación*. Fue reformulada por Khantzian en la década de 1980 e incorporada al estudio de las neurociencias. Propone que los esquizofénicos intentan paliar con drogas los síntomas negativos como la apatía, la anhedonia y las dificultades de relación social, así como contrarrestar los trastornos afectivos comórbidos. También podrían utilizarlos para paliar los efectos secundarios de la medicación, especialmente los síntomas extrapiramidales de los neurolepticos. Sin embargo hay estudios que apuntan que el consumo de tóxicos produce un empeoramiento de los síntomas en casi dos tercios de los pacientes aumentando la disforia, la tensión y la irritabilidad. En algunos casos la hipótesis de la automedicación ha sido sustentada sobre la información que aporta el paciente acerca de las razones por las que usa sustancias.

## EL USO DE SUSTANCIAS, LA EVOLUCIÓN Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO

Las sustancias con propiedades psicomiméticas, como la cocaína, anfetaminas, alucinógenos y cannabis están muy extendidas y su uso o abuso puede provocar reacciones psicóticas que se asemejan a una enfermedad psicótica primaria. El riesgo de presentar sintomatología psicótica varía entre las diferentes sustancias siendo el riesgo de cannabis de 7 veces.

En un 35% de los casos de presentación de un primer episodio de psicosis con paso posterior a esquizofrenia o trastorno bipolar estuvo asociado a consumo de sustancias, pero en el caso del cannabis era de un 47% sensiblemente superior al de anfetaminas -32% de los casos-, drogas psicodélicas -28%- y cocaína -20%-.

Esta asociación además tiene además importantes consecuencias clínicas y pronósticas por cuanto el consumo persistente puede modificar el curso de la enfermedad, favorece una mayor severidad de los síntomas positivo, mayores recaídas, aumenta riesgo de violencia y suicidio, menor adherencia al tratamiento y en general peor pronóstico general.

Los clínicos saben de las dificultades del diagnóstico de psicosis cuando se da esta asociación. Así no está claro si los síntomas son inducidos por sustancias o son representativos de un trastorno psicótico subyacente. Así muchas personas diagnosticadas inicialmente de psicosis inducidas por sustancias son luego diagnosticadas con un trastorno psicótico primario. Para su diagnóstico diferencial se usan los siguientes indicadores para sustentar la presencia del trastorno psicótico subyacente: persistencia de síntomas psicóticos con abstinencia, síntomas que no concuerdan con el tipo o la cantidad de sustancia utilizada, antecedentes familiares de esquizofrenia, síntomas positivos y/o presencia de sintomatología negativa y alteraciones cognitivas. De este modo, en relación a las psicosis inducidas por sustancias la gran mayoría de los estudios las incluyen dentro del grupo de primeros episodios, sin diferenciarlas del resto. Esto se debe al extendido modelo etiopatogénico de las psicosis de tipo estrés-diátesis (o modelo de vulnerabilidad-estrés), en el que el consumo de sustancias se considera un factor ambiental más y desempeña el papel de desencadenante del trastorno.

## PRIMER EPISODIO PSICÓTICO Y CANNABIS

El cannabis está considerada como la droga ilegal más consumida en Europa. Su consumo ha crecido durante la última década y los usuarios son cada vez más jóvenes. Además España es uno de los países de Europa con las tasas más altas de consumo de cannabis, con una prevalencia anual elevada en población entre 15 y 34 años.

Actualmente existe preocupación por cuanto su uso es considerado cada vez con un mayor riesgo psicomimético, principalmente cuando proviene de plantas modificadas genéticamente para conseguir niveles mayores de tetrahidrocannabinol.

Aunque ya lo hemos señalado anteriormente, la hipótesis más frecuente de vínculo entre cannabis y esquizofrenia es el de un factor desencadenante de la enfermedad en personas vulnerables. A esto ayuda la secuencia temporal ya que en muchos casos el abuso de sustancias precede al inicio de enfermedad y al hecho de que entre los consumidores el inicio de enfermedad es más precoz. La precocidad se sitúa entre 2 y 4 años.

Volviendo al tema del orden temporal se ha evidenciado que un determinado consumo de cannabis a una edad precoz (adolescencia temprana) puede aumentar el riesgo de desarrollar psicosis posteriormente, postulándose que el cannabis interactuaría con los sistemas endocannabinoides que están implicados en el neurodesarrollo, produciendo alteraciones similares a las encontradas en la esquizofrenia en las vías dopaminérgicas.

La literatura científica también sugiere que una edad más temprana de aparición de psicosis en los consumidores de cannabis es secundaria a una menor duración de la psicosis no tratada (DUP). Pero este es un tema controvertido pues también se relata una demora en el inicio del tratamiento en los consumidores de cannabis.

Otros factores asociados o que modulan esta relación son los relacionados con el mayor tiempo de consumo, las personas con antecedentes familiares de esquizofrenia y otros trastornos relacionados y por fin las personas con trastornos de personalidad pre mórbidos.

## ESTUDIOS DE CAUSALIDAD

Hace bastantes años un artículo de Thornicroft no llegó a una conclusión definitiva en relación con la causalidad y subrayó la necesidad de efectuar estudios de cohortes demográficos longitudinales prospectivos para aclarar una posible asociación causal. A día de

hoy y como digo muchos años después de la publicación del primer dato relativo al hecho del que el cannabis puede constituir un factor de riesgo causal de esquizofrenia posterior, cinco estudios epidemiológicos prospectivos recientes han proporcionado más datos.

El marco de los criterios de causalidad a pesar de su conflictiva historia se acuerda que son tres, o las 3 propiedades según los criterios más comúnmente aceptados, criterios de Hill sirven para definir las causas:

- Asociación: corresponde al requisito de que una causa y un resultado aparezcan juntos. Cuando la causa está presente, la frecuencia del resultado es mayor que cuando la causa supuesta no está presente. No es preciso que la causa supuesta esté presente en cada caso del resultado; basta con que la frecuencia del resultado sea superior en aquellos que la presentan en relación con quienes no la presentan.
- La prioridad temporal: consiste en la propiedad fundamental de que la causa supuesta esté presente antes que el resultado.
- La dirección: se refiere al hecho de que los cambios en la causa supuesta conduzcan a un cambio en el resultado. En otras palabras, la asociación de la causa supuesta con el resultado no procede de un tercer factor asociado a ambos. Los epidemiólogos se refieren a este último fenómeno como “factor de confusión”.

Voy a revisar los estudios que cumplen los siguientes criterios:

- Inclusión de una muestra bien definida de casos extraídos de registros demográficos o cohortes.
- Uso de datos determinados de forma prospectiva sobre consumo de cannabis y psicosis en el adulto.
- Presentación de los cocientes de posibilidades (odds ratio) como indicador de la intensidad de la asociación entre cannabis y la psicosis posterior, para permitir un cálculo de la estimación del riesgo global del consumo de cannabis en el caso de psicosis posterior (Tabla 1).

A modo de resumen las implicaciones clínicas que estos estudios suponen son las siguientes:

- El consumo de cannabis en la adolescencia conduce a duplicar o triplicar el riesgo relativo de aparición de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme en la edad adulta. Cuanto más temprana es la edad de inicio del consumo de cannabis, mayor es el riesgo de desenlaces clínicos psicóticos.
- El cannabis no parece constituir una causa suficiente ni necesaria de aparición de psicosis, pero forma parte de una constelación causal.



Tabla 1.

Estudio	Diseño del estudio	Sexo	Nº participantes	Seguimiento (años)	Edad	Desenlace clínico	Riesgo ajustado	Relación dosis respuesta	Especificidad del factor de riesgo
Andréasson et al 1988	Cohorte reclutas	Masculino	45.570	15	18	Ingreso hospitalario por esquizofrenia	2,3	Sí	No
Zammit et al 2002	Cohorte reclutas	Masculino	50.053	27	18	Ingreso hospitalario por esquizofrenia	3,1	Sí	Sí
NEMESIS Van Os et al 2002	Demo-gráfico	Masculino	4.104	3	18-64	a) Cualquier nivel de síntomas psicóticos b) Nivel patológico de síntomas psicóticos c) Necesidad de asistencia	2,76	Sí	Sí
Estudio Chisturch, Fergusson et al 2003	Cohorte oriunda	Masculino y Femenino	1.011	-	21	Síntomas psicóticos	1,8	ND	Sí
Estudio Dunedin Arsenault et al, 2002	Cohorte oriunda	Masculino y Femenino	759	11	15-18	Trastorno esquizofreniforme: a) Síntomas b) Diagnóstico	3,12	ND	Sí

- Una minoría de personas presenta un desenlace clínico perjudicial como consecuencia del consumo de cannabis. Sin embargo, esta minoría es significativa tanto desde un punto de vista clínico como poblacional. Se calcula que aproximadamente un 8% de los casos de esquizofrenia se podrían evitar erradicando el consumo de cannabis en la población.

Y en cuanto a las limitaciones:

- Los estudios prospectivos se basaban sólo en determinaciones de consumo de cannabis notificados por los propios pacientes.
- La mayoría de los datos se basan en grupos muy reducidos de personas que presentaron desenlaces clínicos poco frecuentes en la edad adulta.
- Es preciso realizar mayor cantidad de estudios longitudinales de tipo prospectivo para poder calcular el impacto a largo plazo del consumo de cannabis.

## ESTUDIOS GENÉTICOS

Desde el punto de vista genético hay también hallazgos interesantes. Los más extendidos son los que tienen que ver con la COMT (catecol-O-metiltransferasa), proteína responsable de la degradación

de varios neurotransmisores entre los que se incluye la dopamina. Un polimorfismo funcional en la posición 158 de su cadena de nucleótidos (guanina-adenina) determina un cambio en la cadena de aminoácidos en la proteína (valina-metionina). Esto da lugar a tres configuraciones proteicas posibles (Val-Val, Val-Met, Met-Met). La proteína configurada como “Val” metaboliza con rapidez la dopamina, de tal manera que los sujetos con este alelo tienen menores concentraciones de dopamina en la corteza prefrontal y mayores en la vía mesolímbica. Estas alteraciones junto con el consumo de cannabis y sus relaciones con la concentración de dopamina pueden explicar los síntomas psicóticos por la potenciación de ambas.

## OTRAS INVESTIGACIONES

Otras investigaciones han sugerido en este campo que el consumo de cannabis puede estar relacionado con mayores puntuaciones de síntomas positivos en personas con un PEP. Se ha evidenciado que existe una relación dosis-dependiente entre la exposición a cannabis y el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. Y por el otro lado están los síntomas negativos que apuntan los diversos estudios a una menor presencia de éstos entre los consumidores de cannabis. No



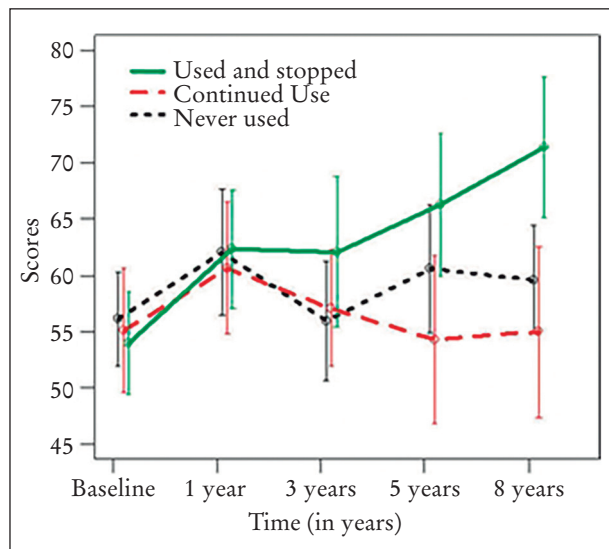


Figura 1.

obstante, se ha evidenciado como el hecho de dejar de consumirlo tras el episodio contribuye a una mejoría clínica y del funcionamiento a largo plazo como se relata en la Figura 1.

### COGNICIÓN EN PACIENTES CONSUMIDORES DE CANNABIS Y CON PSICOSIS

En relación a la investigación neurobiológica sobre el consumo de cannabis y su relación con la cognición en psicosis, los hallazgos presentan de nuevo ciertas discordancias. Un consumo de cannabis premórbido se ha asociado con más síntomas y un peor funcionamiento en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Diferentes estudios han observado una asociación positiva entre consumo de cannabis (historia de consumo o consumo actual) y cognición, tanto en personas con un diagnóstico de esquizofrenia como en primeros episodios psicóticos. En el proyecto multicéntrico y coordinado Estudio PEPs se ha demostrado que el uso de cannabis se asocia con un mejor rendimiento en pacientes con una historia familiar de psicosis y peor rendimiento en aquellos sin antecedentes familiares de psicosis. Estos resultados, fácilmente malinterpretables, se discuten en comparación con el resto de la literatura científica, que señala un mejor funcionamiento premórbido en personas con un patrón de abuso de cannabis.

Todo ello habla de la necesidad de realizar estudios con más uniformidad en el tipo de pacientes, en las variables evaluadas y en la forma de realizar esta

evaluación. La necesidad de estudios longitudinales con mejor calidad parece también perentoria.

### INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS CON CONSUMO DE CANNABIS

Debido al rápido crecimiento en el número de usuarios, especialmente entre adolescentes, y cada vez en edades más tempranas, es primordial entender el impacto del cannabis y evaluar exhaustivamente la premisa fundamental en que el cannabis incrementaría el riesgo de desarrollar esquizofrenia u otros trastornos persistentes relacionados.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: Follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 510-515. doi:10.1192/bjp.187.6.510
2. Arseneault L., Cannon M., Poulton R., Murray R., Caspi A., Moffit T.E. "Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study". *BMJ* 2002, 325, 1212-1213
3. Patton C.G., Coffey C., Carlin J.B., Degenhard L., Lynskey M., Hall W. "Cannabis use and mental health in young people: cohort study". *BMJ* 2002, 325, 1195-1198
4. Os J. Van, Bak M., Hanssen M., Biji R.V., Verdoux H. "Cannabis use and psychosis: A longitudinal population-based study". *Am. J. Epidemiology*, 2002, 156/4, 319-326
5. Zammit S., Allebeck P., Andreasson S., Lundberg I., Lewis G. "Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study". *BMJ* 2002, 325, 1199-1201
6. Bernardo M, Cabrera B, Arango C, Bioque M, Castro-Fornieles J, Cuesta MJ, Lafuente A, Parellada M, Saiz-Ruiz J, Vieta E. One decade of the first episodes project (PEPs): Advancing towards a precision psychiatry. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019 Jul-Sep;12(3):135-140. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2019.03.001. Epub 2019 May 16. PMID: 31103407.
7. Álamo C, Bernardo M, Bobes J, Caballero L, Sanchez PNecesidades no cubiertas en la Farmacoterapia de la esquizofrenia. 2020; Madrid Ergon.

8. Sergi Mas, Daniel Boloc, Natalia Rodríguez, Gisela Mezquida, Silvia Amoretti, Manuel J Cuesta, Javier González-Peñas, Alicia García-Alcón, Antonio Lobo, Ana González-Pinto, Iluminada Corripio, Eduard Vieta, Josefina Castro-Fornieles, Anna Mané, Jeronimo Saiz-Ruiz, Patricia Gassó, Miquel Bioque, Miquel Bernardo, PEPs Group, Examining Gene–Environment Interactions Using Aggregate Scores in a First-Episode Psychosis Cohort, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 46, Issue 4, July 2020, Pages 1019–1025, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa012>
9. Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):624–634. doi: 10.1177/0706743717720196. PMID: 28886671; PMCID: PMC5593250.
10. Addington, J. and Addington, D. (2007), Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115: 304–309. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00900.x>
11. Sven Andréasson, Ann Engström, Peter Allebeck, Ulf Rydberg, CANNABIS AND SCHIZOPHRENIA A Longitudinal Study of Swedish Conscripts, *The Lancet*, Volume 330, Issue 8574, 1987, Pages 1483–1486, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(87\)92620-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(87)92620-1).
12. Ana Mané, Daniel Bergé, Maria Jose Penzol, Mara Parellada, Miquel Bioque, Antonio Lobo, Ana González-Pinto, Iluminada Corripio, Bibiana Cabrera, Ana Maria Sánchez-Torres, Jerónimo Saiz-Ruiz, Miguel Bernardo, PEPs Group, Cannabis use, COMT, BDNF and age at first-episode psychosis, *Psychiatry Research*, Volume 250, 2017, Pages 38–43, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.045>.
13. Ana González-Pinto, Susana Alberich, Sara Barbeito, Miguel Gutierrez, Patricia Vega, Berta Ibáñez, Mahmoud Karim Haidar, Eduard Vieta, Celso Arango, Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 37, Issue 3, May 2011, Pages 631–639, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp126>
14. San L, Arranz B, Bernardo M, Arrojo M; Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual. ¿Por qué la necesidad de una Guía de Práctica Clínica de Patología Dual? Análisis de la evidencia [Why a Dual Pathology Clinical Guideline? Analysis of the evidence]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016 Apr-Jun;9(2):67–9. Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.01.004. Epub 2016 Feb 23. PMID: 26927532.
15. Sugranyes, G., Flamarique, I., Parellada, E., Baeza, I., Goti, J., Fernandez-Egea, E., & Bernardo, M. (2009). Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(5), 282–286. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.01.002

# Atención de Enfermería en Salud Mental. Consulta de Enfermería en Salud Mental

Tejerina Guzmán U

Supervisor de Enfermería del C.P. Dueñas – “La Moraleja” (Palencia).  
Enfermero Especialista en Salud Mental y Psicólogo.

---

## RESUMEN

Los sistemas de atención a la salud mental atraviesan actualmente una crisis profunda. Los abordajes más vanguardistas sobre la concepción del ser humano y la manera de asistir en materia de salud mental no son tan novedosos para los profesionales de enfermería ya que en su marco teórico fundamental se contempla el tratamiento holístico de la persona y de su entorno. Actualmente se define la salud mental en términos de funcionamiento, adaptación al entorno y afrontamiento, estando directamente relacionada con el aparato cognitivo, emocional y las habilidades. La principal labor de la enfermería respecto a la salud mental es la de ser agente motivador para que las personas generen y afiancen sus propias conductas saludables. Ante la perspectiva actual de abordaje y cuidado de la salud mental la Enfermera es el profesional idóneo para liderar, planificar, desarrollar programas y coordinar los cuidados y las estrategias asistenciales en esta materia dentro del ámbito penitenciario, ya que su cuerpo teórico y el abordaje de la salud y del individuo están en perfecta sintonía con las corrientes imperantes en la actualidad.

---

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de atención a la salud mental atraviesan actualmente una crisis profunda. Está cada vez mejor documentado el daño que la aplicación de los sistemas diagnósticos y tratamientos actuales pueden provocar, no solo por su posible carácter estigmatizador y normalizador sino por “...suponer que las experiencias, sean emocionales o cognitivas, de la persona que busca ayuda no tienen sentido y tan solo pueden entenderse como síntomas o como una consecuencia de un trastorno determinado.”. Cuando se habla de salud mental hay que tener muy presente que las acciones asistenciales en este campo no son inocuas. La iatrogenia producida por la actividad sanitaria es un grave problema de salud pública que en salud mental está poco estudiado. El perjuicio que se puede infligir a los/las pacientes abarca cualquier episodio de atención, desde la prevención hasta el tratamiento pasando por el proceso diagnóstico. En contra partida los nuevos enfoques postulan que las experiencias de las personas, manifestadas en comportamientos, pensamientos y emociones se pueden entender como vivencias y formas de responder a cuestiones relacionadas con su historia personal y el contexto donde han desarrollado su vida. Abordajes como el que ofrece el

PAS (Marco de Amenaza, Poder y significado) tienen como objetivo principal el ofrecer una perspectiva distinta sobre los orígenes, la experiencia, la expresión del sufrimiento emocional y del comportamiento perturbador y perturbado. En la práctica pretenden la construcción de narrativas que sean no diagnósticas, no culpabilizadoras y desmitificadoras sobre la fortaleza y la supervivencia bajo el precepto de que todos tenemos derecho a describir nuestras experiencias de la forma que más sentido tengan para uno mismo.

Estas “nuevas” formas de entender al ser humano y de asistir en materia de salud mental no son tan novedosas para los profesionales de enfermería ya que en su marco teórico más fundamental recoge el tratamiento integral de la persona y de su entorno actuando como catalizador de las mejoras que la persona quiera y pueda realizar en el ámbito de su salud, asistiéndola cuando exista alguna alteración en la que pierda su autonomía y siendo el garante de la “seguridad en el paciente” en relación con las actuaciones sanitarias que se la puedan aplicar. Por todo esto y ante este nuevo panorama la Enfermera se postula como el profesional idóneo para liderar, planificar, desarrollar programas y coordinar los cuidados y las estrategias asistenciales en materia salud mental en el ámbito penitenciario, en colaboración íntima con el

resto de profesionales implicados, ya que su cuerpo teórico y el abordaje de la salud mental está en perfecta consonancia con los preceptos actuales.

### MARCO TEÓRICO – ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DESDE LAS BASES TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA

Según la Teoría de las Necesidades Humanas para la Vida y la Salud de Virginia Henderson (1955) la persona es un ser integral tendente al máximo desarrollo de su potencial. Definió 14 necesidades básicas entre las que se encuentran comunicarse y expresar las emociones, vivir de acuerdo con valores y creencias propios, ocuparse y sentirse realizado, practicar actividades recreativas y aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad; todas ellas relacionadas íntimamente con la salud mental. Estas necesidades son universales, comunes para todos los seres humanos y a la vez específicas ya que se manifiestan de forma distinta en cada uno de ellos.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) postulado por Nola J. Pender (1982) recoge que los factores individuales y las experiencias relacionadas con la salud, tanto negativas como positivas, afectan de forma directa a la probabilidad de adquirir un hábito saludable. Partiendo de la base del Aprendizaje Social (Bandura 1977), postula que los factores cognitivos (concepciones, creencias, percepciones, ideas...) son los principales determinantes del comportamiento de los individuos respecto al cuidado de su salud y enuncia que “para que las personas cambien la forma en que se comportan, deben cambiar la forma en que piensan”. Presenta como concepto capital de su teoría la autoeficacia percibida o juicio que la persona hace respecto a su capacidad para realizar las acciones que le lleven a lograr el objetivo deseado. También se apoya en el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather (1982) que considera el grado de compromiso personal como elemento esencial para la consecución de los objetivos.

La *Teoría atribucional de Weiner* (1979) define que el estilo atributivo es la atribución de causa que realizamos sobre los acontecimientos que nos suceden. De la atribución causal dependen muchos factores como la autoestima, la motivación, la conducta o las relaciones. El estilo atribucional se compone de tres dimensiones. Locus de control: la ocurrencia del evento depende de factores inherentes a uno mismo (interno) o a causas externas (externo). Estabilidad: cuando la causa a la que se atribuye el evento es estable y se considera que no se puede modificar, o varia-

ble, la casuística del evento obedece a circunstancias que se han dado en un momento determinado y que pueden cambiar. Controlabilidad o Capacidad de control: si la persona cree que es capaz de controlar las causas del evento o no. Todas las personas tienden a mostrar preferencia hacia un estilo atributivo determinado conformado por bipolaridades de las tres dimensiones arriba mencionadas. A la hora de aplicar cualquier plan de cuidados individualizado es muy importante tener esto en cuenta ya que, si los propios logros se atribuyen a causas externas como la suerte, las circunstancias concretas, o el azar, la autoestima se verá afectada por la ausencia de reconocimiento de las habilidades propias y el consiguiente sentimiento de incapacidad. Igual de nocivo sería atribuir los fracasos a causas internas y estables ya que el individuo se vería abocado a la inacción por el supuesto miedo a fracasar. Igualmente, si se piensa que los eventos escapan a nuestro control ¿Qué motivación tendremos para llevar a cabo cualquier tarea? Todo esto genera una atmósfera de indefensión aprendida y resignación que hace que la capacidad de maniobra o cambio por parte del individuo sea prácticamente nula.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto y más allá del concepto de Salud acuñado por la OMS, desde la perspectiva teórica enfermera se considera a la persona de forma holística entendiendo los problemas de salud dentro del contexto de su historia personal, familiar y social. Bajo el paraguas de los preceptos enunciados anteriormente se podría definir la salud mental en términos de funcionamiento, adaptación al entorno y afrontamiento y estaría influido por lo que la persona sabe y cómo interpreta lo que le rodea (cognición), lo que siente y como se valora (emoción), lo que sabe hacer (habilidades) y por el medio en el que habita.

Todos los programas asistenciales recogen como objetivo principal que el/la usuario/a alcance el máximo nivel de salud en relación con sus propias posibilidades y las de su entorno, haciendo énfasis en la multicausalidad y complejidad de los problemas de salud y en que, para su abordaje es necesario un cambio en la manera de interpretar y gestionar emocional y cognitivamente todos los factores relacionados con la misma para que se produzca una modificación de los comportamientos perjudiciales o maladaptativos.

En este contexto, según Henderson, la labor de la Enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación (o asistirle para una muerte digna), actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios, y buscará la forma de ayudarle a independizarse lo más rápidamente posible. De forma



más específica la Enfermera, en la teoría de Pender, debería ser agente motivador para que las personas generen y afiancen sus propias conductas saludables.

## OBJETO DE LA ACTUACIÓN

Los factores personales, sin subestimar la influencia de los del entorno más próximo o la cultura, son los que más influencia tienen sobre los comportamientos relacionados con la salud, por tanto, las intervenciones enfermeras se focalizaran en lo que la persona sabe, lo que cree y siente y lo que saber hacer sin perder de vista el abordaje integral propio de la Enfermería. En palabras de Pender: “...los factores individuales (biológicos, psicológicos y sociales) y las expectativas relacionadas con la salud, tanto negativas como positivas, afectan de forma directa a la probabilidad de adquirir un hábito saludable.”

En el ámbito de la atención y el cuidado por parte de la Enfermería a la salud mental en los centros penitenciarios, uno de los objetivos principales será la adquisición de aprendizajes significativos mediante procesos que permitan a los/las usuarios/as expresar, tomar conciencia e investigar su propia realidad, profundizar en el tema a trabajar, reorganizar conocimientos, analizar su situación general, reflexionar sobre los aspectos emocionales, etc. para por último afrontar su situación de forma plena. Para ello la Enfermera pretenderá la integración de elementos cognitivos y estados afectivos positivos precursores de la conducta saludable. En la práctica se trataría de que la persona exprese, reflexione, analice, conozca y hable de su situación en primera persona para, si lo considera, promover cambios en su dinámica vital instaurando hábitos de vida más saludables.

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Los Servicios Sanitarios de los Centros Penitenciarios en general, y la Enfermería de prisiones en particular, deben basar sus estrategias de cuidados a la Salud Mental en la prevención de las crisis, el seguimiento en los periodos de estabilidad de los/as internos/as con antecedentes de sufrimiento mental, y en el análisis de los factores de riesgo de aquellas personas que no hayan presentado aún alteraciones a este nivel. Para ello se deberá prestar atención a los colectivos más vulnerables y con mayores dificultades que presenten características como: larga historia de consumos de tóxicos y bajo potencial de cambio, necesidades especiales debido a diferencias de origen

e idioma, jóvenes procedentes de entornos familiares desestructurados y vinculados al delito, complicaciones legales o judiciales en curso (preventivos – incertidumbre), entre otros; siempre teniendo presente el potencial perjuicio futuro que puedan suponer todas estas actuaciones realizando un análisis de todas ellas desde la perspectiva de la Prevención Cuaternaria. En relación con esto se deberán orientar las intervenciones hacia una perspectiva integral e integradora, cuyo objetivo último sea el logro del mayor grado posible de salud, bienestar y funcionamiento autónomo de las personas.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA

### Ideación y Conducta Suicidas

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. La relación existente entre el consumo de tóxicos, el sufrimiento mental y el suicidio es muy estrecha, por ello es prioritario que la conducta suicida sea prevenida y atendida. La psicología desde la perspectiva cognitivo conductual ha intentado dar respuesta a este fenómeno. Según esta el funcionamiento de la ideación suicida vendría dado, en primer lugar, por el hecho de que la persona mantenga una visión pesimista sobre su futuro, entorno, y sobre sí misma, así como un estilo atribucional negativo (causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) asociado a un procesamiento emocional y comportamental disfuncional que reduce la percepción de soluciones disponibles y conduce a un estado de desesperanza. Y en segundo lugar por lo que se denomina hipótesis consensuada: aparición de un suceso estresante generador de emociones de frustración o rechazo que se traduciría en un deseo de escapar de la situación o de comunicar los problemas a otros junto con la valoración de que esa opción no es posible (no es posible escapar ni contarle) y de la falta de recursos (la opción de escapar y de contarle no es posible y además no se tienen recursos para hacerlo) que desembocaría en un sentimiento de indefensión que junto con la disponibilidad de medios provocaría la conducta suicida. El objetivo de las actuaciones sería generar oportunidades para explorar, explicitar significados y creencias alternativas, así como la ganancia de control a través de la generación de solución y mejora de habilidades que permitan hacerlo efectivo.

## Estigma

Se define como el conjunto de creencias falsas y miedos injustificados hacia personas que experimentan problemas de salud mental. Conlleva prácticas discriminatorias que abarcan todos los ámbitos de la vida de las personas que lo padecen. El estigma es un proceso por el cual la reacción de los otros anula la identidad normal de los individuos provocando discriminación y exclusión en diferentes áreas sociales y personales. Esto se traduce en sentimientos de devaluación personal, reducción de la autoestima, del empoderamiento y de la calidad de vida, empeoramiento del sufrimiento mental y aumento del riesgo de aislamiento, evitación e ideación suicida. Las personas que son víctimas de la estigmatización anticipan el rechazo por parte de los demás lo que les lleva a ocultar su sufrimiento mental y al aislamiento social, lo que se traduce en la pérdida de la confianza en las propias capacidades y posibilidades de recuperación, a este fenómeno se le denomina autoestigma. Para luchar contra esta problemática es necesario tener siempre presente que la persona que está pasando por un periodo de sufrimiento mental es más que sus antecedentes personales, diagnósticos y tratamiento y que por tanto hay que preservar todos sus derechos y hacerla participe de todas las decisiones que afecten a su vida. Existen dos guías muy útiles al respecto, por un lado, la “Guía de Derechos en Salud Mental. No hay recuperación sin derechos”, y la “Guía PARTISAM promoción de la participación y la autonomía en salud mental” elaborada por la AEN.

## HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA LA CONSULTA

### Fases del Cambio

Como se ha comentado anteriormente uno de los principales objetivos de las intervenciones enfermeras en salud mental es la de promover aprendizajes significativos que se traduzcan en modificaciones en las dinámicas conductuales que las personas tienen respecto a su salud. El modelo de Prochaska y DiClemente explica de forma clara y operativa la situación en la que la persona se encuentra respecto al cambio. Bajo este abordaje se pueden establecer cuáles son las actuaciones más idóneas para cada fase: 1. Precontemplación: no existe conciencia de problema y por tanto no hay intención de cambio Información/ Consejo: Intervención breve de entre 2 y 15 minutos en la que se aportaría información, motivación y una propuesta de cambio. Diferentes investigaciones

dicen que tiene una eficacia de un 5 a un 10%. Es una de las intervenciones más frecuentes que realiza la enfermería penitenciaria, de las que menos se registra y a las que menos importancia se le da. Este tipo de intervención tiene técnica y metodología propias y se puede sistematizar en 4 pasos. 1. Se pregunta sobre el aspecto a trabajar, en este caso la salud mental, y se registra. 2. Se aconseja el cambio (Información + Motivación): La información tiene que ser veraz, exacta y adecuada y debe ser expresada de forma práctica. Hay que reconocer la situación del/la interno/a y las dificultades que presenta, valorar, animar, reforzar, estimar sus motivos, quejas y demandas... así como expresar confianza en su decisión, sus capacidades y posibilidades de cambio. 3. Se entrega Material Didáctico. Aumenta el tiempo de contacto entra la información y el usuario. 4. Se oferta apoyo si lo necesita. Se podría utilizar el consejo sistematizado como medida de captación y después ofertar el programa de consulta. Si al cabo del tiempo no ha pedido ayuda se puede volver a realizar el consejo. No se debe repetir el consejo antes de 6 meses ya que podría producirse un efecto contraproducente (motivación negativa). 2. Contemplación: Conciencia leve de que existe un problema y de que hay que hacer algo para superarlo. En esta etapa nos centraremos en posibilitar que la persona reflexione sobre sí misma y se exprese. Los métodos y técnicas que se utilizarán serán de tipo inductivo partiendo de la experiencia del/la usuario/a. 3. Preparación: La persona se está planteando cambiar y es capaz de introducir pequeños cambios. Las acciones en esta etapa estarán orientadas y tendrán como finalidad el favorecer el análisis de la situación problema y de los recursos al alcance del/la usuario/a. 4. Acción: Se pone en marcha el plan establecido. Se pretenderá la adquisición de la habilidad de toma racional de decisiones.

### Acompañamiento terapéutico

Es un dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo, promoviendo la participación y la autonomía del/la usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social. “Enfermería como colaboradora íntima para crear las condiciones más favorables para la consecución de estados de salud y bienestar óptimos” (Pender 2011). El objetivo principal es que la persona llegue a la máxima plenitud por sí misma con ayuda de un Mediador – acompañante que deberá acompañar con el máximo silencio, evitando transferencias y contra-transferencias siendo un mero intermediario. El fin



último de cada sesión sería mediar para que la persona se marche aliviada, reconfortada y esperanzada.

### Consideraciones respecto a la EpS (Educación para la Salud)

La EpS tiene como objetivo ayudar a las personas que quieren modificar algún hábito de vida o quieren mejorar su capacidad de afrontamiento y adaptación a un problema de salud. Es una tarea que puede ser útil, y para que realmente lo sea hay que tener en cuenta algunas consideraciones. - Averiguar qué preocupa a el/la usuario/a y que cambio quiere hacer. - La EpS no es solo dar información al/la usuario/a, ya que una persona no cambia por el hecho de tener mucha información. - Se debe mostrar empatía. La empatía es una actitud por medio de la cual transmitimos a nuestro interlocutor que nos importa su situación y lo que dice. Es la herramienta principal de comunicación terapéutica, sin la cual la EpS no sería posible. - Las enfermeras, al igual que el resto de profesionales sanitarios, por el hecho de estar preparadas académicamente y de disponer de muchos conocimientos, tendemos a ser intervencionistas y a aconsejar. Lo que ayuda es escuchar a la persona con atención para que se pueda escuchar ella misma. En este sentido es muy útil parafrasear y hacer de “espejo”, sobretodo en las cuestiones que consideremos fundamentales para que se produzca el cambio. - Diferentes estudios han demostrado que cuando se intenta convencer a una persona, ésta se pone a la defensiva, y por eso no es buena idea intentar que un/a interno/a cambie la actitud que tiene hacia su problema de salud mental o su estrategia terapéutica argumentado, insistiendo o “haciéndole ver”. Es más eficaz, siempre que las condiciones lo permitan, ayudarle a reflexionar haciendo preguntas abiertas y neutras, que no den opinión sobre lo que se tendría que hacer.

### CONCLUSIONES

Los nuevos enfoques que intentan explicar y dar respuesta al sufrimiento mental pretenden, a nivel práctico, que la persona exprese, reflexione, analice, conozca y hable de su situación en primera persona para, si lo considera, promover cambios en su dinámica vital instaurando hábitos de vida más saludables. En definitiva, que construya una narrativa sobre cómo ha superado las crisis para analizar si las estrategias que llevó a cabo en el pasado fueron las más adecuadas y si es útil mantenerlas en el presente.

Las actuaciones sanitarias en el campo de la salud mental no son inocuas y por ello hay que darle la

importancia que merece a la prevención cuaternaria. En palabras de Ortiz Lobo: “Antes de indicar un tratamiento hay que considerar que la templanza es mejor virtud que el furor curandis y tener en cuenta que la indicación de no tratamiento es una más del repertorio asistencial...”.

El estigma y el autoestigma, los derechos y autonomía del paciente y la participación de las personas en cualquier estrategia que repercuta sobre su salud son aspectos fundamentales a tener en cuenta en cualquier acción que se plantee en el ámbito de la salud mental.

La visión y el abordaje holístico del ser humano son fundamentales y propios de la profesión enfermera. Los planes de cuidados de enfermería están repletos de actuaciones entre las que se encuentran la Información/Consejo breve, el acompañamiento, o el entrenamiento para la adquisición de la Habilidad en la Toma Racional de Decisiones. Estas acciones son tan cotidianas para las enfermeras que no se les otorga la relevancia que realmente tienen, siendo las intervenciones que menos se registran. La enfermería debe sensibilizarse sobre lo que puede hacer, lo que debe hacer y como lo debe hacer según las bases fundamentales que le otorgan el carácter de disciplina independiente. Modelos como el de V. Henderson o Nola J. Pender dan una respuesta global a las concepciones más certeras sobre el funcionamiento y la asistencia en el campo de la salud mental que deben ser aprovechadas por los profesionales enfermeros para actualizar sus competencias y reivindicar el lugar que deben ocupar en materia de asistencia, gestión y coordinación de la salud mental.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Protocolo de atención de enfermería en los centros de atención a las drogodependencias. Marzo 2015.
- Fernández de Sevilla Otero, Juan Pablo (coord.); San Pío Tendero, María Jesús (coord.); [et al.]. “Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental”. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2014.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society.
- López Marcelino, Laviana Margarita, Fernández Luis, López Andrés, Rodríguez Ana María, Apa-

ricio Almudena. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735

- Luis Rodrigo, M. T., Fernández Ferrín, C., & Navarro Gómez, M. V. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (3ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Ortiz Lobo A et al. Iatrogenia y Prevención Cuaternaria en Salud Mental. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 513-523.
- Pérez Pérez, Beatriz; Eiroá Orosa, Francisco. “Guía de Derechos en Salud Mental: No hay re-

cuperación sin derechos”. Barcelona: ActivaMent Catalunya Associació, Universidad de Barcelona, 2020.

- Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Manual de Educación para la Salud. NA - 2951 / 2006.
- Saiz Galdós Jesús, Chévez Mandelstein Alejandro. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. Psychosocial Intervention [Internet]. 2009 Mar [citado 2021 Ago 30]; 18(1): 75-88. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000100009&lng=es).

# MESA.

## ATENCIÓN PRIMARIA

### Atención a las mujeres en prisión

Casado Hoces SV

Enfermera del Centro Penitenciario Madrid III – Valdemoro

#### RESUMEN

La mujer en prisión es un colectivo minoritario, pero que requiere una especial atención debido a su especial vulnerabilidad. Su perfil responde al de una persona que ha sufrido múltiples situaciones de violencia a lo largo de la vida, que tiene un bajo nivel sociocultural, poca capacitación laboral y múltiples cargas familiares. Por ello, requiere especial atención la salud mental de las mujeres, que son diagnosticadas de trastornos mentales en un porcentaje mayor que los hombres y que sufren más intentos de suicidio que estos durante su estancia en prisión. Dado el elevado número de mujeres en edad fértil en los centros penitenciarios, debemos hacer especial énfasis en el desarrollo de programas de salud en el periodo perinatal, que comprende el embarazo, el parto y el puerperio. También es importante abordar la crianza de los niños en prisión, con el objetivo de empoderar a las mujeres para conseguir que todo el proceso se desarrolle dentro de la normalidad y no se añada más fracaso a una larga lista de fracasos que ya acumulan.

Las mujeres representan el 7,3% de la población que reside en las prisiones españolas, según datos de la última Estadística Penitenciaria Mensual de junio de 2021<sup>1</sup>. Como son pocas y no están presentes en todos los centros, tendemos a olvidar que son parte de la población penitenciaria y que tienen unas características muy concretas que las convierten en personas extremadamente vulnerables. Por un lado, el menor valor numérico hace que sufran mayor lejanía y dispersión geográfica de sus familias que los hombres, puesto que están concentradas en un número inferior de centros<sup>2</sup>. Por comunidades autónomas la distribución de mujeres se resume en los datos de la Tabla 1<sup>1</sup>, siendo Andalucía la que tiene un número mayor, seguida por la Comunidad de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana por ese orden.

Además, el elevado porcentaje de inmigrantes (26,2%)<sup>1</sup> también contribuye a que tengan, en algunos casos, poco apoyo familiar además de problemas idiomáticos y culturales. Atendiendo a la nacionalidad, observamos que los países de procedencia de las muje-

res son principalmente Colombia, Brasil, Marruecos, Rumanía y Nigeria, por ese orden.

En el ámbito familiar, muchas de ellas son cabeza de familia monoparental, siendo frecuentemente ellas las responsables del cuidado de los hijos o de familiares dependientes, así como del sostenimiento económico del hogar, por lo que el encarcelamiento es fuente para ellas de incertidumbre, angustia y culpabilidad<sup>2</sup>. En el Informe: La Situación de la Mujer privada de libertad en la Institución Penitenciaria<sup>3</sup>, publicado en marzo de 2021 por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, solo un 20% de las mujeres encuestadas manifestaron estar casadas y un 15% ser pareja de hecho.

Como podemos apreciar en la Tabla 2<sup>1</sup>, el porcentaje de mujeres en edad fértil en prisión es superior al 50%, lo que nos da idea de la importancia de las intervenciones en salud materno-infantil en este grupo poblacional, que abordaremos con detalle más adelante.

En relación con el tipo de delito, podemos observar en la Tabla 3<sup>1</sup> como las mujeres presentan un mar-

Tabla 1. Población nacional reclusa por comunidades autónomas.

	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	12681	868	13549
Aragón	1667	98	1765
Asturias	934	94	1028
Baleares	1279	129	1408
Canarias	3176	222	3398
Cantabria	522	40	562
Castilla y León	3269	233	3502
Castilla La Mancha	1653	43	1696
Cataluña	7378	571	7949
Comunidad Valenciana	5830	570	6400
Extremadura	901	57	958
Galicia	2820	202	3022
Madrid	5995	688	6683
Murcia	1583	117	1700
Navarra	306	32	338
País Vasco	1246	117	1363
La Rioja	281	21	302
Ceuta	287	14	301
Melilla	232	10	242
Total	52040	4126	56166

cado predominio de los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (43%) y contra la salud pública (26%). Es decir, que 7 de cada 10 mujeres están en prisión por delitos relacionados con el tráfico de drogas o con robos. En el caso de los hombres, los delitos contra el patrimonio se sitúan 4 puntos por debajo (39%) y contra la salud pública 10 puntos por debajo (16%), siendo su tipología delictiva más severa, con un 11% de delitos por violencia de género y un 8% contra la libertad sexual. El homicidio es la

tercera causa de ingreso en prisión para las mujeres, con un 9%, a bastante distancia de las dos primeras. Curiosamente este porcentaje es superior al de los hombres en dos puntos (7%); sin embargo, el delito de lesiones es mayor en el varón 5% frente al 4% en la mujer. La reincidencia en el delito es menor para las mujeres presentando un 40.6% frente al 48.2% de los hombres.

Es llamativa la altísima frecuencia de episodios de abusos sexuales y maltrato familiar y de pareja que han sufrido las mujeres encarceladas, realidad descrita tanto en la bibliografía nacional<sup>4-6</sup> como internacional<sup>7-9</sup>, así como la relación directa que se establece entre estas experiencias traumáticas y su historial delictivo<sup>2</sup>. No podemos olvidar tampoco las secuelas asociadas a ese pasado traumático: drogodependencia, depresión e intentos de autolisis.

En este sentido, encontramos entre la bibliografía española el estudio: *Violencia Contra las Mujeres. Análisis en la Población Penitenciaria Femenina*<sup>4</sup> de Cruells et al, publicado en 2006, realizado mediante entrevista a un grupo de 199 internas de las tres prisiones de Cataluña que albergan mujeres. Los datos no dejan lugar a dudas: Un 88.4% de las mujeres entrevistadas afirmaron haber sufrido algún tipo de violencia; esta violencia se puede desglosar en: psicológica en el 55% de los casos; física, social y sexual en el 68% de los casos y en cuanto a la violencia económica el porcentaje asciende al 42%. En el 82% de los casos de violencia física, ésta aparece de la mano de la violencia sexual. Y el 25% de las mujeres entrevistadas afirmaron haber sufrido abusos sexuales siendo menores. El porcentaje de mujeres entrevistadas que, habiendo sufrido violencia, declararon haber intentado suicidarse alguna vez asciende al 53.1%.

También merece mención otro trabajo: *Mujeres en Prisión: un estudio sobre la Prevalencia del Maltrato*<sup>5</sup>, realizado en 2013 por Fontanil et al, sobre un

Tabla 2. Población nacional reclusa por grupos de edad.

Edad	Hombres		Mujeres		Total
18-20	608	1%	28	1%	636
21-25	3736	7%	273	6%	4009
26-30	6249	12%	498	11%	6747
31-40	15555	31%	1424	31%	16979
41-50	14360	28%	1391	31%	15751
51-60	7520	15%	680	15%	8200
61-70	2293	5%	200	4%	2493
>70	601	1%	40	1%	641
Total	50922		4534		55456

Tabla 3. Tipología delictiva de la población nacional reclusa penada.

Delito	Hombres		Mujeres		Total
Contra el patrimonio	16709	39%	1498	43%	18207
Contra la Salud Pública	6770	16%	897	26%	7667
Homicidio	3134	7%	299	9%	3433
Lesiones	1948	5%	144	4%	2092
Contra la Administración de Justicia	770	2%	144	4%	914
Contra el orden público	1403	3%	132	4%	1535
Resto delitos	754	2%	89	3%	843
Falsedades	502	1%	67	2%	569
Contra la libertad sexual	3578	8%	56	2%	3634
Contra la libertad	602	1%	41	1%	643
Contra la seguridad del tráfico	1349	3%	40	1%	1389
Contra la Hacienda Pública	304	1%	37	1%	341
No consta delito	109	0%	24	1%	133
Contra las relaciones familiares	217	1%	14	0%	231
Faltas	12	0%	2	0%	14
Violencia de género	4524	11%	0	0%	4524
Total	42685	100%	3484	100%	46169

tercio de las mujeres internas en el Centro Penitenciario de Villabona. El 96.6% de las mujeres entrevistadas manifestaron haber sido maltratadas de forma grave en algún momento de su vida, oscilando el número de agresores entre uno hasta catorce para la misma mujer, con una media de 6.25 agresores por mujer. Si atendemos al momento evolutivo en el que se produjeron los episodios de maltrato, el 50% de las mujeres entrevistadas declararon haber sufrido maltrato en su infancia y el 89.3% siendo mayores de edad. Respecto a la relación de la víctima con el agresor, el padre fue señalado como agresor en el 32.1% y la madre en el 28.5%. En cuanto al maltrato de pareja, el 82.7% de las mujeres de esta muestra afirmaron haber sido agredidas por una o varias parejas. Analizando la reiteración de parejas agresoras se ve que el 41.6% de las maltratadas lo han sido por una sola pareja, el 37.5% por dos parejas y el 20.8% por tres parejas.

Concepción Yagüe<sup>6,10</sup> describe en sus artículos las características que aparecen de forma recurrente en el grupo poblacional de internas en el centro de Alcalá de Guadaíra:

- *Desestructuración o disfunción familiar.* En torno al 37% de las mujeres refiere fallecimiento de alguno de los progenitores durante su adolescencia o preadolescencia. La ausencia de la figura paterna es relativamente frecuente en esta pobla-

ción debido a fallecimiento, abandono o desatención, habiendo un tercio de las mujeres que refieren haber vivido a cargo de sus madres. Un 16.2% de mujeres han sido institucionalizadas en alguna etapa de sus vidas, la mitad de ellas por periodos de entre 7 y 9 años. También son frecuentes las historias de violencia intrafamiliar, malos tratos, abusos sexuales. A estos datos se une una maternidad precoz: el 95% de las mujeres son madres antes de los 25 años. Estas cifras nos deben alertar sobre la enorme probabilidad que tienen estas mujeres de reproducir a su vez modelos disfuncionales de familia.

- *Fracaso escolar con abandono precoz de la escolarización* por causas diversas como ayudar en casa, buscar trabajo o porque estudiar no les gusta. Un 80% no supera la etapa de escolarización obligatoria. El Informe Situación de la Mujer Privada de Libertad en la Institución Penitenciaria<sup>3</sup>, mencionado anteriormente, muestra cifras superiores al 64% de mujeres que solo tienen estudios básicos o que carecen de formación. El mismo Informe ofrece datos de participación de las mujeres en actividades educativas, tanto formales como no formales, muy superior a los hombres en todos los ámbitos menos en el del deporte, especialmente si es de competición. Esto puede ser un indicador de que son conscientes de sus carencias y se com-

prometen para adquirir competencias con las que mejorar su futuro.

El tema de la formación y la inserción laboral de las mujeres debe ser, por tanto, un asunto prioritario durante su estancia en prisión debido a su escasa formación académica y a sus cargas familiares, descritas anteriormente.

- *Exposición temprana a modelos delincuenciales*, siendo muchas de estas jóvenes las hijas de hombres y mujeres que han seguido trayectorias similares de drogadicción, delincuencia y prisión. De modo que podemos intuir una relación entre el ambiente familiar de procedencia y el desarrollo de la conducta delictiva, por lo que los hijos/as de los presos/as de hoy tienen una alta probabilidad de ser los presos/as de mañana.
- *Drogodependencia* que se inicia como consumo experimental en la adolescencia acompañado de amigos o parejas algo mayores que ellas, como una etapa más de su integración en el mundo de la calle. A los 25 años ya se habían iniciado en el consumo de drogas el 81% de las mujeres y a los 15 eran toxicómanas el 44%. Nuestras intervenciones en drogodependencias deben tener en cuenta tanto los motivos que las llevan a consumir drogas como la especificidad de este consumo, ya que, según la Encuesta sobre Drogas y Alcohol en España (Edades) 2019-20<sup>11</sup>, en el grupo de edad de 14 a 65 años son las mujeres las que consumen tanto hipnosedantes con o sin receta, como analgésicos opioides, en mayor proporción que los hombres.
- *Inestabilidad afectiva* con tendencia a crear lazos de dependencia de la figura masculina que se repetirán, a modo de impronta, en todas las relaciones posteriores. Dicha dependencia les lleva a sentirse incompletas o fracasadas en ausencia de pareja.
- *Personalidad inmadura* con un comportamiento regido por los impulsos y las sensaciones inmediatas, con predominio del presente sin una valoración adecuada de las consecuencias de la propia conducta y con dificultades para asumir las propias responsabilidades.

A modo de resumen, podemos decir que las mujeres en prisión presentan una autoestima muy baja, ya que perciben el fracaso de sus propias expectativas como mujeres, madres y esposas; además, el estigma de estar presas las lleva a verse poco capaces y valiosas.

Según el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2020<sup>12</sup> sobre el Género como Determinante de Salud Mental y su Medicalización en población general española, los trastornos mentales tienden a ser más frecuentes

en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad; además lo son también entre la población más desfavorecida, dibujando un deterioro de la salud mental mayor en mujeres con bajo nivel sociocultural o en situación de desempleo. También las mujeres inmigrantes parecen mostrar mayor riesgo de mala salud mental que las nativas, mientras que el estatus migratorio no es determinante en la salud mental de los hombres. Especial atención requiere el grupo de edad de mujeres mayores de 60 años donde los diagnósticos de ansiedad o depresión superan el 25%.

A partir de los datos que arroja la última Encuesta sobre salud y consumo de drogas en los internos en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) 2016<sup>13</sup>, podemos concluir que, a pesar de que las mujeres en prisión consumen todo tipo de drogas, lo hacen en menor proporción que los hombres, pese a lo que tienen una situación de deterioro y vulnerabilidad mayor que estos. En este sentido, encontramos que el porcentaje de mujeres cuyas parejas también están en prisión es mayor que el de hombres en la misma situación. También es superior el porcentaje de mujeres cuyas parejas consumen o han consumido heroína y/o cocaína. Estas presentan, en mayor medida que los varones, diagnósticos de trastorno mental, estando en tratamiento psiquiátrico en un porcentaje superior a ellos. El número de intentos de suicidio en prisión es superior para las mujeres, habiendo padecido más sobredosis que los hombres durante su internamiento. También son ellas las que han padecido agresiones sexuales en mayor proporción y las que utilizan el preservativo en las relaciones sexuales en menor número que los hombres<sup>14</sup>. Esto último posiblemente es debido a que son mujeres acostumbradas a someterse a los deseos masculinos, por las relaciones de dependencia que establecen con sus parejas y porque también se dedican a la prostitución, en algunos casos. Por lo tanto, uno de los objetivos prioritarios cuando nos planteamos cualquier intervención con mujeres en prisión debe ser el empoderamiento de estas y la mejora de su autoestima, como parte fundamental del cuidado de su salud emocional y mental.

Según Yagüe<sup>6</sup> et al, las mujeres, a diferencia de los hombres, tienen más necesidad de hablar, de contar lo que les sucede, de buscar solución a los problemas en todo aquel que esté dispuesto a escucharlas. Hasta tal punto que, muchas veces, son consideradas por ello como reiterativas o manipuladoras. Bajo mi punto de vista, los profesionales que atendemos a las mujeres en prisión tenemos que hacer un cambio en la mirada que proyectamos sobre ellas, evitando prejuzgar y condenar, manteniendo siempre una actitud de escucha, y de comprensión, lo que facilita la formación de un



vínculo terapéutico que va a hacer que nuestras intervenciones sean mucho más efectivas. No debemos olvidar que, de la atención que reciban las mujeres va a beneficiarse todo el grupo familiar, fundamentalmente los hijos a su cargo, evitando así la perpetuación de un sistema generador de delincuencia.

De la gran vulnerabilidad de la mujer en prisión se deduce que, tanto el periodo de salud perinatal que comprende el embarazo, el parto y el puerperio, como la crianza de los niños que conviven con sus madres en una institución penitenciaria, son periodos muy críticos durante los cuales la intervención desarrollando programas de salud, tanto de la mujer como de sus hijos, es crucial para que todo el proceso se lleve a cabo dentro de la normalidad.

El embarazo supone el rápido crecimiento y desarrollo de un nuevo ser; por ello es un periodo muy sensible durante el que, la exposición a determinados elementos ambientales determina un cúmulo de factores de riesgo para padecer determinadas patologías. Cada vez se le concede más importancia a la epigenética, entendida como el cambio en la expresión de genes sin alteraciones en la secuencia del ADN, que se produce después de la concepción y que son consecuencia de la interacción con el medio ambiente<sup>15</sup>. Por ello es importante tener en cuenta durante el embarazo aspectos como la dieta, el consumo de tóxicos, la exposición a carcinógenos, las infecciones y el estrés.

La dieta materna, tanto en el embarazo como durante la lactancia, y el bajo peso al nacer están asociados a un mayor riesgo de diversas patologías en la vida adulta como la diabetes tipo II, obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares<sup>15,16</sup>. Tanto una dieta pobre como una sobrealimentación en etapas tempranas del desarrollo incrementan el riesgo de obesidad en la edad adulta; sin embargo, una nutrición óptima en la infancia, representada por la alimentación con leche materna, ejerce un papel protector frente a la obesidad en edades posteriores<sup>17</sup>.

Durante el embarazo el tabaquismo materno está asociado a un mayor riesgo de aborto espontáneo, enfermedades respiratorias, problemas del sistema inmunológico como el asma y las alergias y diversos tipos de tumores. La exposición prenatal al humo del tabaco se acompaña, en la descendencia, de reducción de peso al nacer, problemas en el desarrollo y un mayor riesgo de enfermedades y trastornos de conducta en la vida adulta, ya que la concentración de nicotina en el feto es un 15% mayor que en la madre<sup>15</sup>.

Los niños de mujeres embarazadas con estrés o ansiedad presentan con mayor probabilidad ansiedad, trastornos de hiperactividad o déficit de atención y menor desarrollo mental según la escala de Bayley<sup>18</sup>.

Por todo ello, podemos afirmar que la educación para la salud es una actividad prioritaria en el periodo gestacional y debemos orientarla a conseguir una reducción del consumo de tóxicos, incluyendo el tabaco y el café, así como una dieta adecuada y un aumento del autocuidado en general.

Desde el punto de vista psíquico, el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional, que es máxima al final de este periodo. Según Bydlowski, durante la gestación resurgen recuerdos del pasado<sup>19</sup>; la embarazada necesita regresar a sus recuerdos infantiles para poder luego vincularse eficazmente con su futuro hijo. Si la infancia fue grata, este recuerdo le permitirá imaginarse cómo será la infancia del bebé en camino, pero si la infancia fue traumática, marcada por los abusos o el abandono emocional, puede manifestarse angustia o depresión provocadas por la reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y duelos pendientes.

Dado el número elevado de mujeres en prisión con experiencias traumáticas precoces, descritas anteriormente, es especialmente importante el acompañamiento emocional a la gestante dentro de las instituciones penitenciarias: Observar a las mujeres, escucharlas y conocer el psiquismo materno en el embarazo nos permite a los profesionales cuidar este aspecto tan relevante para su salud actual y futura, ya que sabiendo lo que cabe esperar, se está en condiciones de identificar lo que se aleja de lo esperable y merece una valoración psicopatológica más profunda por sus implicaciones tanto para la madre como para el bebé (depresión post-parto, psicosis puerperal)<sup>20</sup>. Además, la crianza supone una gran exigencia, renuncia, soledad en la mayoría de casos para muchas mujeres que pueden no tener un buen referente materno en quien inspirarse a la hora de ejercer a su vez como madres.

Otro aspecto esencial a tener en cuenta durante el periodo perinatal es el vincular. El desarrollo afectivo es la base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a; el vínculo afectivo que se establece desde el inicio de la gestación entre los progenitores y sus hijos/as es crucial para la supervivencia y el desarrollo del bebé, ya que capacita a los padres para que se sacrifiquen y lo cuiden<sup>18</sup>.

Bowlby J. formuló las bases de la Teoría del Apego, según las cuales el ser humano es un ser relacional; el niño/a viene al mundo preparado para establecer un estrecho lazo de unión con una figura de cuidado, madre o padre. Ainsworth M. contribuyó al concepto de la figura de apego como base segura desde la que un niño puede explorar el mundo. Además, formuló el concepto de sensibilidad materna a

las señales del niño y el papel que ello juega en el desarrollo de patrones de apego madre-hijo<sup>21</sup>. El apego seguro es el saludable; es decir, el que crea el niño con la figura de un/a cuidador/a que es estable y predecible. El niño se regula emocionalmente en contacto con ese cuidador/a. Cuando esto no sucede, aparecen otros tipos de apego (evitativo, ambivalente, desorganizado) que se encuadran dentro de lo que se conoce como trastornos del apego.

Diversos estudios establecen una relación entre las experiencias de apego de los progenitores y el apego que desarrollarán sus hijos, es decir, que hay una transmisión intergeneracional de dichas experiencias<sup>22</sup>. La prevención de estos trastornos tiene una relevancia máxima ya que se asocian a problemas de conducta en la infancia y adolescencia. Concretamente el apego desorganizado, que es el que presentan principalmente los niños que han sido víctima de maltrato, está claramente asociado con el padecimiento de trastornos psicopatológicos en etapas posteriores de la vida<sup>23</sup>.

Una intervención esencial, por tanto, desde el inicio de la gestación es el fomento del apego, con el código 6710 de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC<sup>24</sup>) y que se define como “Facilitar el desarrollo de una relación afectiva duradera entre el lactante y sus progenitores”. Esta intervención se concreta en actividades que tienen que ver con el contacto físico piel con piel, a través del baño, los masajes, los abrazos, las caricias y, por supuesto, la lactancia materna. Es importante fomentar una cercanía física mantenida entre el lactante y los progenitores, llevándolo en brazos, durmiendo en estrecha proximidad con él.

La promoción de la lactancia materna y sus beneficios deben ser objeto de la educación para la salud que debemos realizar durante el embarazo. La leche materna es mucho más que un nutriente, ya que posibilita que el bebé esté en los brazos de su madre, lo que fortalece el vínculo materno-filial<sup>18</sup>. Posibilitar que la lactancia materna se inicie precozmente y sea tan prolongada como la madre y el bebé deseen es una prioridad; para ello, tras el alta hospitalaria debemos preguntar a la puérpera, siempre que tengamos oportunidad, sobre problemas que pueda presentar como dificultades de agarre, grietas, mastitis a fin de ayudarla a resolverlas precozmente. También debemos hacer intervenciones encaminadas a asegurarnos de que la lactancia está correctamente instaurada, como la supervisión de una toma de lactancia completa.

Muy importante también es alentar una respuesta rápida y homogénea al llanto del lactante<sup>22</sup>. Llorar es nocivo para el recién nacido ya que aumenta el riesgo

de hemorragia intraventricular; además, el cortisol que se genera con el llanto, de forma mantenida, es un tóxico. Finalmente, lo que los bebés aprenden cuando se les deja llorar es que sus demandas emocionales no van a ser atendidas por las personas que más los deberían querer, sus propios padres<sup>18</sup>, y ahí empieza la primera merma en su autoestima.

Empoderar a las mujeres para ser las mejores cuidadoras de sus hijos es, por todo lo dicho, una prioridad desde los primeros momentos del embarazo; acompañarlas en la ilusionante labor de criar a sus bebés con amor es la clave para conseguir el éxito de su maternidad y la mejor manera de evitar que sigan añadiendo más fracaso a su ya larga lista de fracasos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadística penitenciaria mensual. Consultada el 15/8/2021. Disponible en: <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estad%C3%ADstica-mensual-2021>.
2. Programa de acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres en Centros Penitenciarios. Consultado el 22 de agosto de 2021, Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Programa+de+acciones+para+la+igualdad+entre+mujeres+y+hombres+en+el+%C3%A1mbito+penitenciario+%28NIPO+126-10-110-2%29.pdf/afdad71e-a598-4e24-a89f-9f4657bf8952>
3. Situación de la mujer privada de libertad en la Institución Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 1 marzo de 2021. Consultado el 23 de agosto de 2021 Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/12986337/La+situaci%C3%B3n+de+la+mujer+privada+de+libertad+en+la+Instituci%C3%B3n+Penitenciaria.pdf/a871cb1d-2bea-4555-adc4-b2309291045f>
4. Cruells M, Torrens M, Igeda N. Violencia sobre las mujeres: Análisis en la población penitenciaria femenina. Caixa de Catalunya. 2006. Consultado el 31/8/2021. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0804.pdf>
5. Fontanil Y, Alcedo MA, Fernández R, Ezama E. Mujeres en prisión: Un estudio sobre la prevalencia del maltrato. RES nº 20 (2013) pp. 21-38. ISSN: 1578-2824
6. Yagüe-Olmos C, Cabello MI. Mujeres jóvenes en prisión. Revista de Estudios de Juventud. 2005 Junio; nº 69: 30- 48.

7. Tripodi SJ, Pettus-Davis C. Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Jan-Feb; 36(1): 30-40.
8. Covington S. Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008 Nov; (Suppl 5): 377-385.
9. Tripodi SJ, Onifade E, Pettus-Davis C. Nonfatal suicidal behavior among women prisoners: the predictive roles of childhood victimization, childhood neglect and childhood positive support. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2014 Apr;58(4):394-411.
10. Yagüe-Olmos C. Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*. Art. 4. 2007 nº 5
11. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p. Consultado el 15/8/2021. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf)
12. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza-Bueno M, Martín U. El Género como Determinante de la Salud Mental y su Medicalización. *Informe SESPAS 2020*. *Gac. Sanit*. 2020; 34(S1): 61-67
13. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) 2016- Consultado el 31/8/2021. Disponible en <http://www.pnsd.msrebs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>
14. Informe General de 2019. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Consultado el 29 de agosto de 2021. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias>
15. Epigenética: vieja palabra, nuevos conceptos. *Rev Argent Endocrinol Metab* 51:66-74, 2014
16. Factores epigenéticos en mujeres embarazadas con diabetes. *Rev Argent Endocrinol Metab* 51:151-159, 2014
17. Nutrición en etapas tempranas de la vida y su impacto sobre el desarrollo de obesidad en etapas posteriores. En: Pérez-Gallardo, LL. Los perfiles nutricionales de los alimentos y la obesidad en Europa. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2010
18. Alba-Romero C, Pallás CR. Funciones básicas de los seres vivos: relación, nutrición y relación. En: Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. p 37-69. Consultado el 31/8/2021. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
19. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001 (vol. 13) pages 41-52.
20. Fernández-Lorenzo P, Olza I. *Psicología del Embarazo*. Madrid: Síntesis, 2020
21. Bowlby J, Ainsworth. The Origins of Attachment Theory. *Developmental Psychology* 28(5):759-775. September
22. Galán-Rodríguez A. El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. Vol 30 nº 4. Madrid. Oct/dic 2010.
23. Van-Ijzendoorn MH, Schunengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 11 (1999) 225-249.
24. Butcher H, Dochterman JM, Bulechek GM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier. Barcelona. 2019.

Sábado 30 octubre 2021

# MESA. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

## Actualización de las Enfermedades Infecciosas más prevalentes en internados de prisión

Marco A

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

### RESUMEN

En España, la población penitenciaria creció mucho entre 1987 y 2009, pero desde entonces y hasta 2020 se ha reducido el 27%. También ha cambiado sociológicamente, lo que ha influido en la incidencia de algunas infecciones.

El riesgo de ingreso en prisión está asociado al nivel de renta y es muy baja la incidencia de población penitenciaria en personas de renta alta. Los presos son jóvenes, pero la edad ha aumentado y más del 40% tiene más de 40 años. También tienen mayor carga de morbilidad y presentan más comorbilidades, más prescripción farmacológica, frecuente distocia social, más tabaquismo y consumo de drogas ilegales, más prevalencia de infecciones, especialmente asociadas al consumo de drogas, y más prevalencia de trastornos psiquiátricos.

La reducción del uso endovenoso en consumidores de drogas, los cambios sociodemográficos y la implementación de estrategias como las dirigidas a eliminar las hepatitis víricas han reducido las infecciones por VIH, VHC y VHB, aunque la prevalencia aún es más alta que en la población no presa.

El ingreso en prisión es una oportunidad para acceder a colectivos con graves problemas sanitarios y ofrecerles servicios y programas que ayuden a proteger y promocionar la salud, evitando daños individuales y comunitarios.

### INTRODUCCIÓN

En el mundo hay casi 11 millones de personas encarceladas/día y aunque los presos han aumentado un millón en la última década, el crecimiento porcentual de la población mundial y de la población penitenciaria (3% Vs 3,7%) ha sido similar en los últimos tres años<sup>1</sup>. En España, la tendencia es diferente. En nuestro país la población reclusa ha aumentado mucho desde 1977, año de publicación de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP). Ese año había 9392 presos<sup>2</sup> y 55195 en 2020, prácticamente 6 veces más.

España tiene una de las tasas de encarcelamiento (número de personas encarceladas por 105 habitantes) más altas de Europa (102,7 en Cataluña y 120,2 en el resto de España<sup>3</sup>) y esta tasa alcanzó su máximo en

2009 (140,8 en Cataluña y 166,9 en el resto del Estado) con 76079 presos<sup>4</sup>. Sin embargo, después el número de reclusos ha mostrado una tendencia decreciente, disminuyendo el 27,5% en los últimos once años (Figura 1). Esto ha mejorado la densidad ocupacional y, por consiguiente, ha evitado la sobreocupación, clave no sólo en la transmisión de infecciones en un medio cerrado, sino también en la salud individual –física y psíquica-, colectiva y ambiental de los reclusos<sup>5,6</sup>. En España, la actual “densidad de ocupación” (relación entre el número de presos y los lugares disponibles expresado como número de reclusos por cada 100 plazas disponibles) es óptima (80% según el último registro disponible<sup>7</sup>), pero hay en torno a un centenar de países, algunos de ellos miembros de la Unión Europea, que sobrepasan su capacidad en más del 10%.

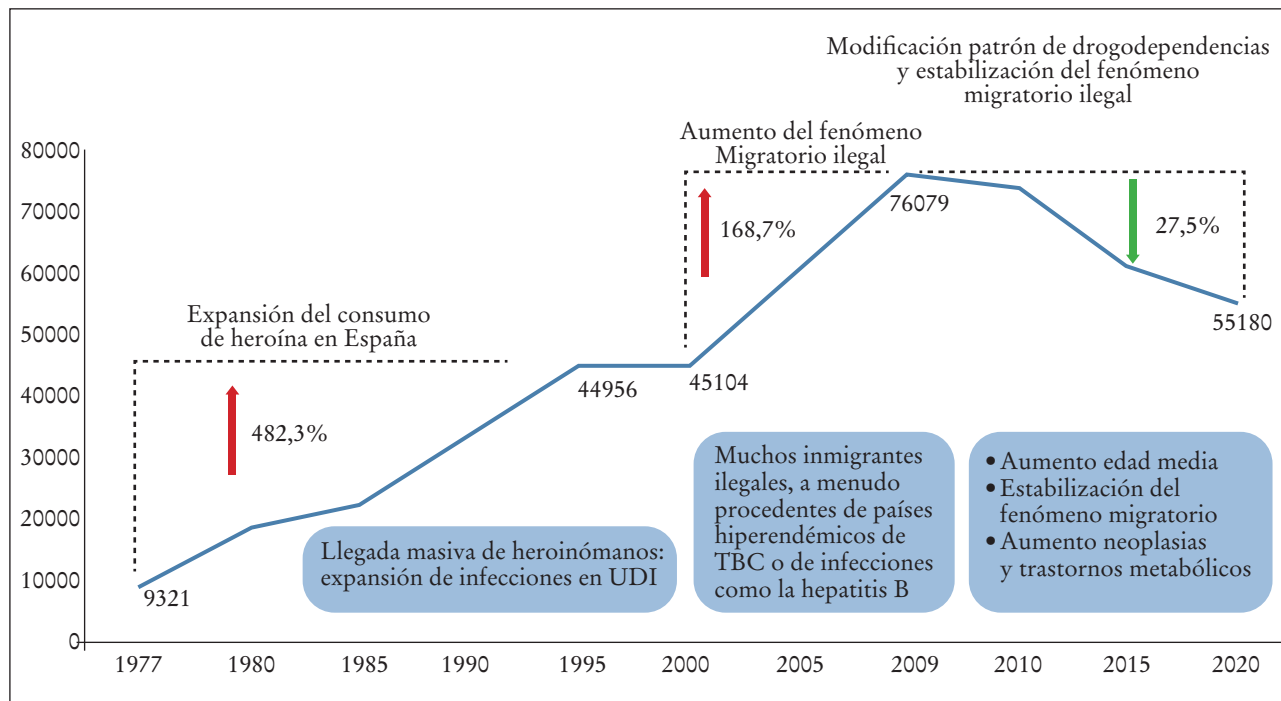


Figura 1. Evolución de la población penitenciaria en España (1977-2020) y su potencial relación con algunos fenómenos sociológicos.

### CAMBIOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA DESDE LA PROMULGACIÓN DE LA LOGP

En España, tres fenómenos sociológicos explican en gran parte los cambios cuantitativos y cualitativos ocurridos en la población penitenciaria en los últimos 40-45 años. Son: 1) la expansión del consumo de heroína desde finales de la década de los setenta hasta la década de los noventa, que generó el ingreso masivo en prisión de miles de heroinómanos, que presentaban sobre todo infecciones adquiridas por vía endovenosa (durante 1977-1995 la población presa se incrementó el 482,3%); 2) el fenómeno migratorio ilegal, que supuso la entrada en prisión de muchos inmigrantes a partir del 2000, a menudo originarios de países hiperendémicos de tuberculosis o de otras infecciones como la hepatitis B (durante 2000-2009 la población reclusa creció el 168,7%); y c) la modificación del patrón de drogodependencia (aumento del consumo de cocaína y de otras sustancias, y disminución del uso de la vía endovenosa), asociado al aumento de la edad media de los reclusos, que ha generado desde 2009 una reducción del 27,5% de población interna y, sanitariamente, un incremento en los presos de los diagnósticos de neoplasias y de enfermedades crónicas no transmisibles<sup>8,9</sup>.

Actualmente, la mayoría de presos son hombres (más del 90%)<sup>3,10</sup> y moderadamente jóvenes (mediana de 44 años), pero la edad media está aumentando y más del 40% supera ya los 40 años de edad. Este progresivo envejecimiento de los internos ocurre en España y también en países como EE.UU, donde los presos de más de 55 años han aumentado el 280% en el periodo 1999-2016<sup>11-13</sup>. Sólo la proporción de población reclusa extranjera difiere en las dos Administraciones Penitenciarias españolas, siendo casi el doble en Cataluña que en las prisiones del Ministerio del Interior (47,9% vs. 25,1%)<sup>3,10</sup>. Gran parte de los ingresados procede del tercer o cuarto mundo; es decir de movimientos migratorios o de las bolsas de pobreza de la periferia de las ciudades. De hecho, el riesgo de ingresar en prisión está muy relacionado con el nivel socioeconómico, ya que la tasa de incidencia de población reclusa aumenta de manera exponencial conforme disminuye la renta económica, como se observa en la Figura 2<sup>14,15</sup>. También es de destacar que la carga de morbilidad, medida mediante grupos de morbilidad ajustada basados en diagnósticos, es mayor en la población reclusa que en la no presa (Figura 3). Un estudio presentado en este Congreso muestra que el riesgo de presentar una carga de morbilidad “alta o moderada” es del 36% en la población reclusa vs. el 8% en población no presa<sup>15</sup>. Las patolo-



gías más frecuentes son: a) las adicciones (tabaquismo y consumo de drogas ilegales); b) las infecciones asociadas al consumo de sustancias; y c) los trastornos psiquiátricos. También hay más factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en presos, ya que el 75% de los reclusos fuman y además presentan prevalencias de hipertensión arterial del 25%, de dislipemia del 18%, y de diabetes *mellitus* del 10% en mayores de 45 años, siendo además el 20% obesos (definida la obesidad como un índice de masa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>14,15</sup>. En el grupo de 20 a 24 años, 4 de cada 10 mujeres y 3 de cada 10 hombres presos de Cataluña tienen algún FRCV, mientras que en la población no reclusa son 2 de cada 10 personas<sup>14</sup>. En definitiva,

aumenta la edad media de los presos, grupo con más comorbilidad, más prescripción farmacológica, más consumo de tabaco y drogas ilegales, más prevalencia de infecciones, especialmente asociadas al consumo de sustancias ilícitas, y más prevalencia de trastornos psiquiátricos.

### CAMBIOS EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS MÁS PREVALENTES EN INTERNADOS DE PRISIÓN

Se ha observado en presos una reducción de conductas de riesgo asociadas al uso endovenoso de dro-

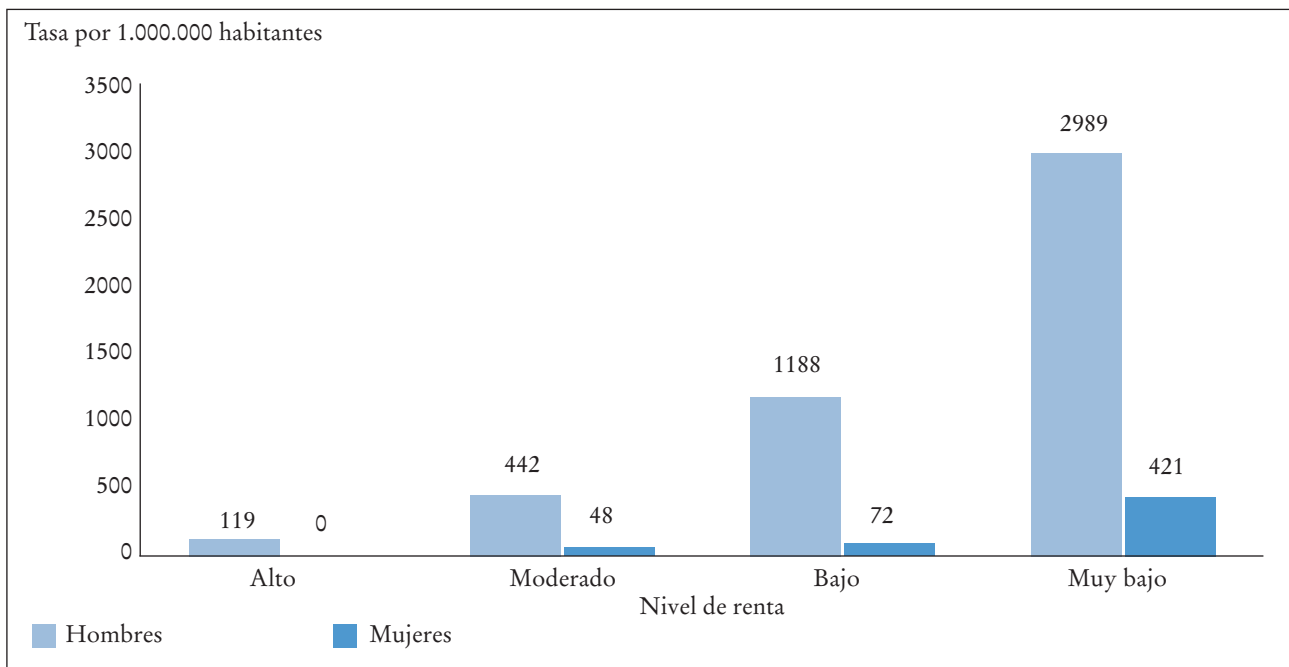


Figura 2. Evolución de la población penitenciaria en España (1977-2020) y su potencial relación con algunos fenómenos sociológicos.

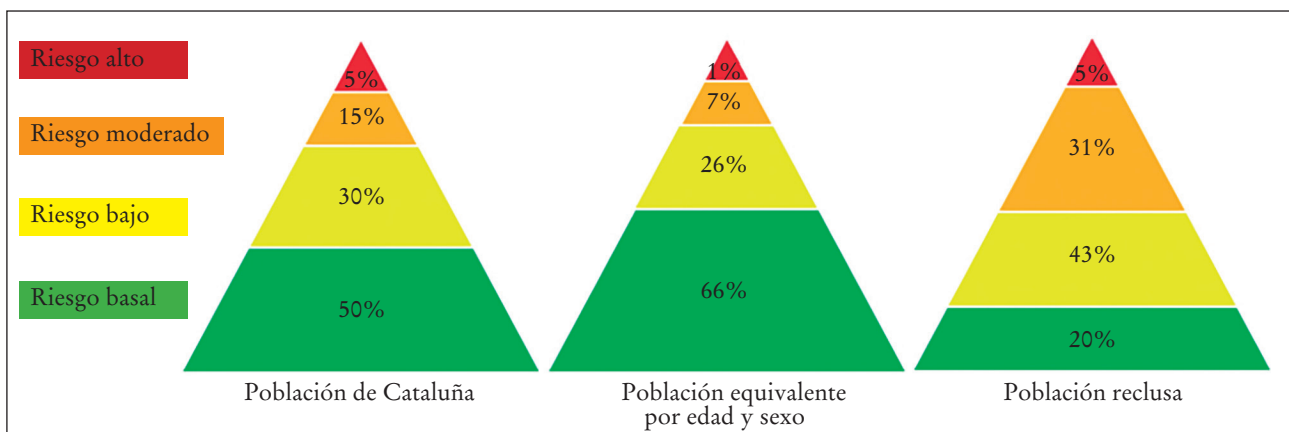


Figura 3. Distribución de la “Carga de Morbilidad” según estratos de riesgo. Población de Cataluña, 2018<sup>14,15</sup>.

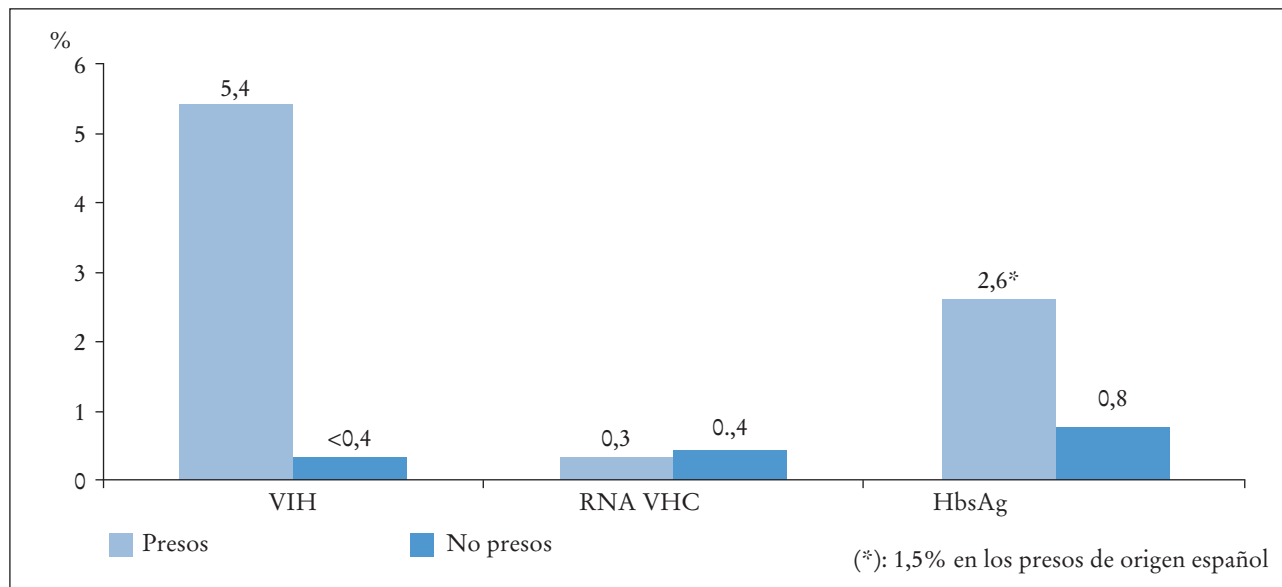


Figura 4. Comparación de la prevalencia de infección por VIH, VHC y VHB en presos y no presos (Cataluña 1996-2020).

gas, pero el 76%, según la última encuesta ESDIP<sup>16</sup>, aún declara al ingreso haber consumido drogas ilegales y el 49% haberlas consumido el último mes. Las más prevalentes son el cánnabis y la cocaína y, aunque el consumo de heroína se ha reducido, el 14% de los ingresos manifiesta haberla consumido en el último año y el 13,7% que “alguna vez” ha consumido ésta u otras drogas por vía intravenosa<sup>16</sup>.

Como se ha comentado, la mayoría de reclusos proceden de áreas socio-económicamente deprimidas y suelen presentar pocos hábitos saludables. También es habitual que fuera de prisión no estén vinculados a servicios sanitarios convencionales. De hecho, en Cataluña en el 44% de los presos se detecta en los 3 primeros meses de reclusión alguna patología de la que no había constancia previa en la historia clínica compartida<sup>14</sup>. Por consiguiente, la prisión tiene muchos inconvenientes, pero también alguna ventaja de índole sanitaria, ya que es un recurso útil para detectar patologías no diagnosticadas. El ingreso en prisión permite acceder a grupos con graves problemas sanitarios y ofrecerles servicios y programas que ayuden a proteger y promocionar la salud, evitando daños individuales y comunitarios.

Los cambios sociológicos ocurridos en los últimos años y la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas, como la vacunación anti hepatitis B o el tratamiento de la hepatitis crónica por VHC, han supuesto una reducción de la prevalencia de algunas infecciones (Figura 4). No obstante, esta reducción no es homogénea, ya sea porque algunos no han accedido a programas preventivos en sus países de origen, como

ocurre con la vacunación anti hepatitis B en inmigrantes<sup>17</sup>, o porque otros, como los consumidores endovenosos, tienen más riesgo de adquirir infecciones por vía sanguínea, o de reinfectarse<sup>18-20</sup>.

### NUEVOS RETOS: INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Las prisiones son espacios cerrados donde puede aumentar la transmisión de algunas infecciones. Además en algunas, sobre todo de países pobres, puede haber otras condiciones, como la sobreocupación, el saneamiento insuficiente o la ventilación deficiente, que también favorezcan la transmisión. Los CDC europeos, ante la pandemia de infección por SARS-CoV-2, han recomendado la vigilancia estricta y la implementación de Programas de Salud Pública en estos establecimientos<sup>21</sup>. La primera medida antiCOVID de las Administraciones Penitenciarias de la Unión Europea (UE) y de otros países se aplicó en marzo-abril de 2020 y consistió en reducir la población expuesta a la infección. Se excarcelaron cerca de 130.000 presos en la UE y, en concreto, 2931 en las prisiones del Ministerio del Interior y 1425 en las de Cataluña, que suponían el 5,8% y el 17% de los encarcelados, respectivamente<sup>22</sup>. Más polémicas han sido las medidas que limitaban la movilidad y los contactos interpersonales de los reclusos, al reducir o anular permisos, salidas, actividades y comunicaciones. Estas medidas, sin embargo, se sustentaron en la

Orden Ministerial INT/227/2020<sup>23</sup> y fueron justificadas, por su eficacia, por el Parlamento Europeo<sup>24</sup> y la Oficina de Naciones Unidas de Derechos Humanos<sup>25</sup> si se aplicaban con proporcionalidad y transparencia. Otras estrategias (entrega de material de protección, aumento de higiene, desinfección ambiental, protocolización asistencial, uso de pruebas de detección, aislamiento de casos y contactos, así como el confinamiento) no varían sustancialmente de las aplicadas fuera de prisión y están recogidas en guías de agencias nacionales e internacionales para el manejo y control de la infección por SARS-CoV-2 en las prisiones<sup>21-26-28</sup>.

En Cataluña, hasta el 15 de agosto, se habían diagnosticado 1059 casos de infección por SARS-CoV-2 de forma aislada o mediante brotes, que han obligado a adaptar las prestaciones asistenciales y de intendencia<sup>29</sup>. También se han creado “Unidades COVID intrapenitenciarias para casos de baja exigencia”. La mortalidad ha sido baja: sólo 1 caso ha fallecido. La infección por SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto la complejidad e incertidumbre de nuestro pequeño gran mundo. Debemos ser capaces de extraer lecciones de futuro.

En definitiva, y a modo de conclusión, los servicios sanitarios penitenciarios españoles tienen un rol fundamental en el control de las enfermedades infecciosas en cuanto pueden detectar a infectados no diagnosticados y pueden servir además como: 1) un dispositivo de alerta epidemiológica de las infecciones más prevalentes en algunos grupos poblacionales; 2) como un medio óptimo para informar y educar a colectivos de riesgo; 3) como un instrumento que puede actuar preventivamente: informando, educando, implementando estrategias de “reducción del daño” y aplicando medidas específicas como las vacunaciones; 4) como un recurso que diagnostique y trate a los reclusos infectados de forma coordinada con las unidades hospitalarias; y 5) como un espacio que, por su carácter cerrado, permite garantizar el cumplimiento terapéutico con la aplicación incluso, si se precisa, de terapia directamente observada.

## CORRESPONDENCIA

Andrés Marco  
Enfermedades Infecciosas  
Programa de Salud Penitenciaria  
Instituto Catalán de la Salud  
amarco@gencat.cat

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wansley R. International Centre for Prison Studies. World Prison Population List (tenth edition). Disponible en: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl\\_10.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf). Acceso: 17 de agosto de 2021.
2. Instituto Nacional de Estadística. Población reclusa, delitos cometidos y libertades condicionales concedidas. Catálogo de Publicaciones. Anuarios Estadísticos. De 1971 a 1980. Anuario 1979. Disponible en: <https://www.ine.es/inebaseweb/search.do?monoSearchString=reclusa>. Acceso: 17 de agosto de 2021.
3. Departament de Justícia. Descriptors estadístics de serveis penitenciaris i rehabilitació. Dades fins a juliol de 2021. Publicació mensual. Disponible en: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris). Acceso: 15 de agosto de 2021.
4. Epdata. Evolución de la población reclusa en España. Fuente: Ministerio del Interior. Disponible en: <https://www.wpdia.es/evolucion-poblacion-reclusa-espana/45f42e1f-b5bd-4319-8afb-2c97e6157b91>. Acceso 17 de agosto de 2021.
5. García-Guerrero J, Marco A. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev Esp Sanid Penit* 2012; 14: 106-13.
6. Marco A, García-Guerrero J. Hacinamiento y sobreocupación penitenciaria. De qué hablamos y cuál es la situación en las prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit* 2020; 22: 99-101.
7. Wansley R. International Centre for Prison Studies. World Prison Population List (twelfth edition). Disponible en: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl\\_12.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf).
8. Vera-Remartínez EJ. Nuevos tiempos para la Sanidad Penitenciaria: los condicionantes de la edad y del síndrome metabólico. *Rev Esp Sanid Penit* 2016; 18:73-5.
9. Rivera Esteban JM, Augustin S. Comorbilidad metabólica, el nuevo enemigo. Síndrome y esteatohepatitis metabólica. *Rev Esp Sanid Penit* 2020; 22: 58-60.
10. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Informe General 2019. Disponible en: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe\\_General\\_IIPP\\_2019\\_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514). Acceso 22 de agosto, 2021.
11. Nowotny K, Bailey Z, Omori M, Brinkley-Rubinstein L. COVID-19 Exposes Need for Progress-

- sive Criminal Justice Reform. *Am J Public Health* 2020; e1-e2. doi: 10.2105/AJPH.2020.305707.
12. Kinner SA, Young JT, Snow K, Southalan L, Lopez-Acuña D, Ferreira-Borges C, et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *Lancet Public Health* 2020; 5:e188–e189. 10.1016/S2468-2667(20)30058-X
  13. McKillop M, Boucher A. Aging Prison Populations Drive Up Costs. Available in: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2018/02/20/aging-prison-populations-drive-up-costs>. Acceso 7 de septiembre de 2020.
  14. Unitat d'Informació i Coneixement. Servei Català de la Salut. Programa Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Informe breu núm. 39: Persones en situació de reclusió. Catalunya, 2015-2018. Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020.
  15. Marco A, Vela E, Guerrero RA, Turu E, Cleries M. Carga de morbilidad en Presos de Cataluña, 2015-2018. Alcalá de Henares: XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2021.
  16. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. ESDIP 2016. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf> Acceso 22 de agosto de 2021.
  17. Salleras L, Domínguez A, Bruguera M, Plans P, Costa J, Cardeñosa N, et al. Declining prevalence of hepatitis B virus infection in Catalonia (Spain) 12 years after the introduction of universal vaccination. *Vaccine* 2007; 25:8726-31.
  18. Marco A, Gallego C, Caylà JA. Incidence of Hepatitis C infection among prisoners by routine laboratory values during a 20-year period. *Plos One* 2014; 9: e90560. doi: 10.1371.
  19. Marco A, Esteban JI, Solé C, da Silva A, Ortiz J, Roget M et al. Hepatitis C virus reinfection among prisoners with sustained virological response after treatment for chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2013; 59: 45-51.
  20. Marco A, Guerrero RA, Vergara M, Gallego C, Solé C, Planella R, et al. Reinfection in a large cohort of prison inmates with sustained virological response after treatment of chronic hepatitis C in Catalonia (Spain), 2002-2016. *Int J Drug Policy* 2019; 72:189-194.
  21. European Centre for Disease Prevention and Control Infection prevention and control and surveillance for coronavirus disease (COVID-19) in prisons in EU/EEA countries and the UK – July 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
  22. Aebi M, Tiago MM. Prisons and Prisoners in Europe in Pandemic Times: An evaluation of the short-term impact of the COVID-19 on prison populations. Disponible en: [http://wp.unil.ch/space/files/2020/06/Prisons-and-the-COVID-19\\_200617\\_FINAL.pdf](http://wp.unil.ch/space/files/2020/06/Prisons-and-the-COVID-19_200617_FINAL.pdf). Acceso 7 de septiembre de 2020.
  23. Ministerio del Interior. Orden INT/227/2020, de 15 de marzo, en relación con las medidas que se adoptan en el ámbito de Instituciones Penitenciarias al amparo del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, número 68, de 15 de marzo de 2020.
  24. European Parliament. COVID-19's impact on human rights outside the EU. 03.04.2020. Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2020/649365/EPRS\\_ATA\(2020\)649365\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2020/649365/EPRS_ATA(2020)649365_EN.pdf) Acceso: 14 de septiembre de 2020.
  25. Oficina medidas urgentes para evitar que el COVID-19 'cause estragos en las prisiones'. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=S> Acceso: 14 de septiembre de 2020.
  26. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance 15 March 2020. Available in: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf). Acceso: 23 de abril de 2020.
  27. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Interim Considerations for SARS-CoV-2 Testing in Correctional and Detention Facilities. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/testing.html>. Acceso: 12 de septiembre de 2020.
  28. CICR. Respuestas de Salud en Detención al COVID-19. Versión 1.0. Actualizado el 17 de marzo de 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/andre/Downloads/respuesta\\_de\\_salud\\_covid19.pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/respuesta_de_salud_covid19.pdf) Acceso: 13 de septiembre de 2020.
  29. Marco A, Gallego C, Pérez-Cáceres V, Guerrero RA, Sánchez-Roig M, Sala-Farré RM, et al. Public Health response to an outbreak of SARS-CoV2 infection in a Barcelona prison. *Epidemiol Infect* 2021; 149: 1–5. DOI: 10.1017/S0950268821000789.

# La enfermera de enlace en los centros penitenciarios

Turu Santigosa E

Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Barcelona.

---

## RESUMEN

A medida que la asistencia sanitaria se ha ido estructurando y adquiriendo complejidad, la coordinación entre niveles asistenciales ha sido un elemento de eficiencia y buena gestión que define la calidad asistencial. En un sistema sanitario en el que el paciente es el centro, la organización debe articular medidas para conocer los procesos, técnicas y tratamientos relevantes a los que se somete al paciente, de forma accesible para los profesionales que deben tomar decisiones sobre su salud, sea cual sea el ámbito en el que se produce y sea cual sea el ámbito desde el que se consulta.

En la salud penitenciaria este ha sido un déficit histórico global, que ha afectado especialmente al control de la patología mental, las adicciones y los procesos infecciosos, muy prevalentes en la población penitenciaria. Facilitar que el paso “Prisión-Comunidad” sea ordenado resuelve problemas de salud pública, incrementa la seguridad del paciente y del clínico, y aumenta la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. A este respecto, la figura del enfermero de enlace es clave, al vincular a los pacientes excarcelados a los dispositivos sanitarios, acreditando el derecho asistencial y garantizando la acogida en el sistema en tiempo y forma.

---

## JUSTIFICACIÓN

Las conexiones entre niveles asistenciales han sido históricamente un problema habitual de los sistemas de salud. Actualmente está aceptado que la correcta coordinación entre niveles es una dimensión de la calidad en el proceso asistencial<sup>1</sup>. Por otro lado, el desarrollo de las nuevas tecnologías y su uso en el mundo sanitario permite un grado de integración entre dispositivos sanitarios inimaginable hace apenas unos años. La mayoría de las organizaciones sanitarias han incorporado la coordinación entre niveles en la definición de sus políticas y estrategias y han aprovechado las oportunidades que la tecnología dispone para implementarlas, generando mayor seguridad para el paciente y mayores garantías también para el clínico.

Si la coordinación entre niveles asistenciales es compleja para los sistemas de salud, la coordinación entre la salud penitenciaria y la red de salud convencional es un desafío en el que está casi todo por implementar. Ciertamente hay experiencias de conexión con los dispositivos de salud comunitarios para personas excarceladas, pero su abordaje generalmente se ha dirigido a pacientes con patologías concretas (trastornos mentales, sobre todo)<sup>2</sup> o con problemas sociales

añadidos<sup>3</sup>, pero no ha habido un programa global que analice metódicamente las necesidades de continuidad de cuidados y tratamientos para las personas que abandonan de forma programada la prisión.

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA QUE JUSTIFICAN UN ESFUERZO ESPECIAL DE COORDINACIÓN

La población penitenciaria catalana, al igual que la española, a pesar de ser mayoritariamente joven tiene un número cada vez mayor de personas mayores (2,1%  $\geq$  de 65 años)<sup>4</sup>, muchos con problemas de salud crónicos. En los presos es mucho mayor la prevalencia de consumidores de drogas ilegales, del uso de la vía endovenosa y de pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos<sup>5,6</sup>. Se ha observado, además, que el consumo de ilegales es uno de los factores asociados al incremento de la mortalidad post excarcelación, junto al consumo de alcohol y el tratamiento con antidepresivos en prisión<sup>7,8</sup>. También la prevalencia de infecciones, sobre todo de aquellas que son especialmente prevalentes en consumidores de drogas, como la infección tuberculosa latente<sup>4,9,10</sup>, la infección por



VIH<sup>11</sup> o las infecciones hepáticas virales<sup>12</sup> son muy altas en los reclusos. Hay además entre la población penitenciaria personas de otros países, muchos en situación ilegal y procedentes de países con alta endemicidad de infecciones como la tuberculosis<sup>10</sup> o la hepatitis B<sup>13</sup>, para los que los servicios sanitarios de los centros penitenciarios son el primer contacto con el sistema de salud. No disponen por tanto de tarjeta sanitaria y en el momento de la excarcelación no dispondrían de medios para continuar con las visitas de seguimiento y los tratamientos necesarios<sup>14</sup>.

Es cierto que la implantación en prisiones de Catalunya de la historia clínica de atención primaria que utiliza la red convencional ha facilitado esta coordinación y ha significado un salto cualitativo en todo lo que refiere a la continuidad de cuidados y a la seguridad del paciente tanto en el ingreso como en la salida de la prisión. Sin embargo, el momento de la salida en libertad es considerado el de mayor vulnerabilidad porque el paciente pasa de un sistema hiperprotector con un papel más pasivo, a un sistema normalizado en el que el paciente debe ser elemento activo y responsabilizarse más de su salud.

Además, en un porcentaje no desdeñable de casos el paciente debe interactuar con un sistema que no conoce (extranjeros ilegales) o que conoce, pero en el que las reglas de acceso e interacción con el medio sanitario han cambiado (caso de condenas largas). Para acompañar este proceso se ha creado la figura del enfermero de enlace, implantado en cada prisión. Su función se ha descrito como una más de la enfermería de prisiones, ya que continuará en el tiempo sin ligarse a personas concretas, aun cuando se ha implementado en sus inicios con dos enfermeras seleccionadas de cada equipo. Para enfatizar su relevancia, los resultados de la enfermera de enlace forman parte de la dirección por objetivos grupales de cada equipo de atención primaria penitenciaria desde 2018, año posterior a su puesta en marcha, con excepción del 2020 por motivos asociados a la pandemia del SARS-CoV-2.

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Dirigido a todos los pacientes penados, es decir, a los que disponen de una fecha conocida de excarcelación. Para todos ellos hay que:

- Analizar metódicamente las necesidades de cuidados y tratamientos de la persona que saldrá en libertad.
- Gestionar la documentación (tarjeta sanitaria individual) que le permitirá posteriormente surfear en el sistema sanitario.

- Asegurar que cada persona tiene asignado un centro de salud y un equipo sanitario (médico y enfermera) de referencia.
- Programar para un espacio de tiempo no mayor a 15 días desde la fecha de libertad las visitas en los dispositivos sanitarios que lo han de acoger en 4 líneas asistenciales: la atención primaria (ABS), la hospitalaria, los centros de salud mental (CSM) y los centros de tratamiento de las adicciones (CAS).
- Entregar a los servicios penitenciarios el sobre que se adjuntara a sus efectos personales para serle entregado en el momento de la libertad. Este sobre contiene la tarjeta sanitaria individual, el calendario de las visitas y la medicación que garantiza la continuidad del tratamiento activo durante un máximo de 15 días.
- Registrar en un programa informático incluido en la historia clínica informatizada todas las actividades relacionadas con este proceso.

## REQUERIMIENTOS PREVIOS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

- Acuerdo con la autoridad sanitaria (en Catalunya, el CatSalut) para la puesta en marcha de la enfermera de enlace penitenciaria y publicación y difusión de una orden de esa misma autoridad que obliga a todos los dispositivos sanitarios a programar una visita a demanda de la enfermera de enlace penitenciaria en el plazo de tiempo que ella proponga
- Mapeo de centros y responsables. Designación para cada hospital, territorio de primaria, centro de salud mental y centro de adicciones de dos personas de referencia. Una operativa y la otra un mando de admisiones con teléfono y correo electrónico para el enfermero de enlace
- Designación y formación de las enfermeras de enlace de cada centro
- Adecuación de espacios y líneas telefónicas y informáticas en cada centro penitenciario
- Elaboración de programa dentro del ECAP (historia clínica informatizada)
- Difusión a todos los equipos de atención primaria penitenciarios de la puesta en marcha del programa y elaboración de objetivos e indicadores. Inclusión en la dirección por objetivos del año.
- Seguimiento centralizado y mejora continua del procedimiento. Inclusión de nuevos supuestos.

## PROCEDIMIENTO INTERNO

Se presenta gráficamente en la Figura 1. Incluye:

- Análisis semanal por consulta al sistema informático de justicia de las personas que tienen la libertad programada los próximos 40 días y citación de los mismos en una agenda de la enfermera de enlace. En la visita presentación del programa y firma de consentimiento informado o de la renuncia al mismo. De las personas que han aceptado, petición de tarjeta sanitaria, adscripción a ABS si no la tenía y adjudicación de médico y enfermera.
- Revisión de HC y detección de necesidad por algún de los siguientes motivos:
  1. Proceso crónico que precisa seguimiento por su centro de salud o proceso agudo que precisa revisión para finalizar. En este caso citación a su médico o enfermero de familia.
  2. Paciente en tratamiento con medicación hospitalaria de uso ambulatorio (HIV, HC etc) o paciente que precisa seguimiento por unidad hospitalaria. Programación en hospital de referencia del paciente por zona de residencia.
  3. Paciente con diagnóstico de problema de salud mental grave o con más de tres fármacos psicótrópos en su medicación activa. Previa consulta con el psiquiatra del centro, derivación a un centro de salud mental.
  4. Paciente en tratamiento sustitutivo con opiáceos. Derivación a un centro de adicciones.
    - Programación de las visitas acordadas.
    - Detección de tratamientos activos y petición a la unidad de farmacia de la medicación a entregar.
    - Repaso de calendario de citas y plan de medicación con el paciente y preparación del sobre con la documentación y medicación para que

sea entregado con los efectos personales al ser puesto en libertad.

- Registro de cada paso en la historia clínica del paciente.

## RESULTADOS

A lo largo de los años 2018, 2019 y 2020 el enfermero de enlace ha trabajado con 5237 pacientes, cursando tarjeta sanitaria individual (TSI) al 80,6% y adjudicando, cuando ha sido necesario, centro salud, y médico y enfermera según lugar de residencia. La necesidad de seguimiento y la programación cursada se presenta en la Tabla 1. Tras evaluar los resultados periódicos, se redefinió el proceso en el área de salud mental.

### Problemas detectados

El circuito de enlace de las personas que pasan de centro penitenciario a centro abierto no es operativo. Básicamente porque la dinámica de ingreso en centro abierto no permite disponer de 40 días para trabajar con la antelación que el enfermero de enlace necesita. Después de dos intentos de reorganizarlo sin éxito es probable que se abandone esta línea de enlace abierto y se busquen alternativas.

Un porcentaje no desdeñable de pacientes no alcanza la libertad en la fecha que consta en el programa informático del Departamento de Justicia. Puede ocurrir que salga antes de la fecha prevista (por ejemplo, por pago de multas) o después (generalmente, por acumulación de sanciones). En cualquier caso, el trabajo de la enfermera de enlace se invalida. Este es un tema pendiente de trabajar con el Departamento de Justicia. Estas contingencias se han de poder registrar en el programa informático. También el programa informático debe mejorar y consignar los pacientes que, aun disponiendo de la documentación



Figura 1. Procedimiento interno de la actividad del enfermero/a de enlace.

Tabla 1. Distribución de necesidades detectadas y actividad programada por el Enfermero/a de Enlace. Periodo 2018-2020.

	Necesidad detectada (%)	Actividad programada (%)
Atención hospitalaria	7,4	83,3
Salud mental	10,7	34,7
Centro de adicciones	11	65
Atención primaria	25	52,1

**Nota.** Fuente de información: SISAP (sistema informàtic d'Atenció primària.-ICS).

y medicación lista para entregar, no recogen el sobre. Es necesario investigar las causas.

## CONCLUSIONES

El enfermero de enlace aporta soluciones efectivas en la coordinación entre la salud penitenciaria y la convencional para una gran parte de la población penitenciaria. Se debe redefinir su población diana para excluir a los pacientes que pasan a centro abierto y probablemente también a la población con condenas inferiores a 12 meses, a excepción de las personas sin documentación sanitaria que deben ser incluidas, en cualquier caso.

Se debe definir un nuevo procedimiento para la población “preventiva”, para las personas que pasan a centro abierto y para los que pasan a centros de internamiento, pendientes de expulsión.

Se debe buscar una forma ágil para conocer cuántas personas programadas acuden a la visita prevista y cuántas no. Las que no, deben ser estudiadas por si hay factores predictivos que aconsejen nuevas intervenciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres A, Lledó A. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:232-233.
2. Smith DJ, Harnett S, Flanagan A, Hennessy S, Gill P, Quigley N, et al. Beyond the Walls: An Evaluation of a Pre-Release Planning (PreP) Programme for Sentenced Mentally Disordered Offenders. *Front Psychiatry* 2018; 9:549.
3. Reingle Gonzalez JM, Businelle MS, Kendzor D, Staton M, North CS, Swartz M. Using mHealth to Increase Treatment Utilization Among Recently Incarcerated Homeless Adults (Link2Care): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2018;7:e151.
4. Departament de Justícia. Descriptors Estadistics Serveis Penitenciaris i Rehabilitació. [Internet]. 2019. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/)
5. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. ESDIP 2016. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf> Acceso 22 de agosto de 2021.
6. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2016. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2018\\_MEMORIA\\_2016.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2018_MEMORIA_2016.pdf). Acceso 26 de abril de 2019.
7. Spittal MJ, Forsyth S, Borschmann R, Young JT, Kinner SA. Modifiable risk factors for external cause mortality after release from prison: a nested case-control study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 28:224-33.
8. Rosen DL, Schoenbach VJ, Wohl DA. All-cause and cause-specific mortality among men released from state prison, 1980-2005. *Am J Public Health* 2008; 98:2278-84.
9. García-Guerrero J, Marco A, Sáiz de la Hoya P, Vera-Remartinez EJ, Grupo PREVALHEP de prisiones. Estudio multicéntrico de prevalencia de infección tuberculosa latente en los internados en prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit* 2010;12:79-85
10. Marco A, Solé N, Orcau A, Escribano M, del Baño L, Quintero S, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently incarcerated in a men's prison in Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:60-4.
11. Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J y Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Rev Esp Sanid Penit* 2012;14:19-27.
12. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Rivera A, Prevalhep study group. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2011;30:857-62.
13. Marco A, Solé C, Gallego C, Planella R, Lenadro E, Sastre A, et al. Prevalencia de HbsAg positivo en presos de Cataluña y perfil diferencial según el lugar de origen. *Rev Esp Sanid Penit (suppl)* 2014; 16:98.
14. Unitat d'Informació i Coneixement. Servei Català de la Salut. Programa Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Informe breu núm. 39: Persones en situació de reclusió. Catalunya, 2015-2018. Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020.

# Tuberculosis pulmonar: ¿qué hay de nuevo viejo?

Ruiz Rodríguez F

Servicio Médico del Centro Penitenciario de Albolote. Granada.

## RESUMEN

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa de transmisión aérea tratable y prevenible responsable de más de un millón de muertos anualmente. Por las características de transmisibilidad y de las condiciones de la población que las ocupa las cárceles suponen unos lugares propicios para mantenerla y, por la permeabilidad del sistema, influir en la sanidad pública, por esto el diagnóstico de la enfermedad y de la infección latente, así como el tratamiento de las dos circunstancias, suponen una prioridad en las prisiones. En esta ponencia se repasan las novedades más recientes y prácticas respecto a esta enfermedad/infección.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Alrededor de 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis (Tb) y un total de 1,4 millones de personas murieron en 2019 en todo el mundo (1) a pesar de ser curable y prevenible; la tuberculosis es una de las 10 principales causas de muerte y la principal causa por un único agente infeccioso (por encima del VIH/sida). En ese año se detectaron 206.030 personas con tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina, lo que supone un aumento del 10% con respecto al año anterior<sup>1</sup>.

En España en el año 2018 se notificaron 4.389 casos de tuberculosis, una incidencia de 9,39 casos por 100.000, de los que 3.171(72,2%) la localización fue pulmonar. La evolución de la incidencia es descendente: en 2005 la incidencia total fue del 17,94 por 100.000<sup>2</sup>. En las prisiones españolas, exceptuando las de Cataluña, en el año 2019 se notificaron 29 casos lo que supone una tasa de 0,6 por 1000; en el 2005 esta tasa era del 2,6 por mil<sup>3</sup>; estas cifras ponen de manifiesto que continúa la tendencia descendente de la tuberculosis en las prisiones al igual que en el medio extrapenitenciario.

En el mismo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial está infectada con M. tuberculosis y, por lo tanto, corre el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa. La tasa de infección tuberculosa latente (ITL) en las prisiones españolas se estima entre el 40 y el 54,6%<sup>4-6</sup>; en los estudios de García Guerrero y Marco la presencia de ITL se ha

asociado a tener más de 40 años de edad, llevar más de cinco años en prisión y a provenir de países de Europa del Este, África subsahariana o América Latina.

## DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ADULTOS

Sigue siendo fundamental la sospecha clínica: comienzo más o menos insidioso con tos generalmente productiva, de más de 2 o 3 semanas de duración, sobre todo si se acompaña de otros síntomas como hemoptisis, síntomas constitucionales inespecíficos (más frecuentes estos en inmunodeprimidos y niños) como sudoración nocturna o pérdida de peso. En caso de afectación de otros órganos habrá síntomas específicos dependientes de estos. Ante una clínica respiratoria inespecífica, poco clara y duradera *siempre hay que pensar en la tuberculosis*.

Es útil para el diagnóstico investigar sobre factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el riesgo de ITL y que favorecen el desarrollo de la enfermedad activa; en el medio penitenciario destacan infección por el VIH, el uso de drogas y/o alcohol, inmigrantes de áreas con elevadas tasas de Tb: África subsahariana, Magreb, países de la órbita de la antigua Unión Soviética, Sudamérica y Extremo Oriente, desnutridos, vagabundos, personas con tratamientos inmunosupresores, gastrectomizados, diabéticos, presencia de enfermedades como la insuficiencia renal crónica y las enfermedades malignas hematológicas que también incrementan el riesgo<sup>7</sup>.



La RADIOLOGIA de pulmón en dos posiciones tiene un papel muy importante en el diagnóstico de la Tb pulmonar por ser muy sensible ya que, si es normal, descarta la TB pulmonar en más del 95% de adultos inmunocompetentes; tiene el inconveniente de ser muy inespecífica: incluso lesiones muy sugestivas pueden ser otra enfermedad y viceversa; además no permite evaluar la actividad de las lesiones.

La utilización de otras pruebas de imagen (TAC, RM, PET) no suelen ser necesarias salvo para circunstancias en las que se requiera una resolución más precisa de las características observadas en la radiografía convencional o cuando se sospeche un diagnóstico alternativo<sup>8</sup>.

Las *Pruebas Microbiológicas* son la base del diagnóstico de certeza; tienen la gran ventaja de ser muy específicas: si es positiva confirman la Tb pero su sensibilidad depende en gran medida de la calidad y el procesamiento de las muestras recogidas<sup>7</sup>.

La baciloscopia (bk) tiene el inconveniente de su baja sensibilidad ya que se necesitan aproximadamente 10000 bacilos por mL para la detección en el frotis de BAAR<sup>9</sup>, esta sensibilidad aumenta con la concentración y el aumento del número de muestras, así como con el uso de tinciones basadas en fluorocromo (tinciones de auramina) que puede ser hasta 10 veces más sensible que los métodos clásicos (Ziehl-Neelsen, Kinyoum)<sup>8</sup>. Una baciloscopia negativa no descarta TB, pero una positiva prácticamente la confirma en más del 95% de los casos y es indicación de iniciar el tratamiento<sup>7</sup>.

El cultivo convencional es la prueba más sensible para detectar la Tb ya que puede detectar el bacilo en muestras con solo 10 bacterias/mL y tiene una sensibilidad y especificidad de, aproximadamente, 80% y 98% respectivamente<sup>8</sup>. El inconveniente de este método es su lentitud: de 1 a 2 meses, siendo más rápido el crecimiento en medios líquidos como el Middlebrook 7H12 (de 1 a 3 semanas). El cultivo sigue siendo el test de referencia para la confirmación de la Tb en el laboratorio.

Las pruebas de amplificación de ácido nucleico amplifican una secuencia específica de este y algunas de ellas pueden detectar genes que codifican resistencia a medicamentos; son pruebas más sensibles que la baciloscopia pero menos que el cultivo. De estas pruebas la más extendida es la Xpert MTB/RIF que da el resultado en menos de 24 h; este test puede ser positivo con solo 131 bacilo/mL y si se usa el cartucho Ultra basta con 16 bacilos/mL. Tras la revisión de 70 estudios que incluían más de 30.000 participantes de 37 países se ha visto que este test tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 98% en todas las

muestras (bk+ y bk-) y detecta resistencia a la rifampicina (R); en los pacientes VIH los resultados son similares<sup>10</sup>. Recientemente se ha comercializado el Xpert MTB/XDR que además de a la R puede detectar resistencia a isoniacida (H), etambutol (E), fluorquinolonas (FLQ) y antituberculosos inyectables de 2ª línea (ISL), todo en unos 90 minutos<sup>11</sup>.

Otras pruebas moleculares rápidas son la BD MAX MDR-TB que es una prueba cualitativa que detecta ADN de Tb y mutaciones de resistencia a H y R; En un estudio<sup>12</sup> comparativo entre ambas pruebas la sensibilidad fue similar (91 y 90%). La sensibilidad y especificidad para la resistencia a la R fue del 90 y 95% (IC 95%: 91-97%) y para la H del 82 y 100%.

El LPA (ensayo de prueba en línea) es una PCR convencional y tarda dos días en dar resultados; también detecta resistencias a R, H, FLQ y ISL; la OMS recomienda el uso de esta prueba para pacientes con TB RR/MDR confirmada como test inicial para detectar resistencia a FLQ e ISL en lugar de los métodos convencionales.

La detección en orina del glucolípidio lipoarabinomano (LAM) de la pared celular mycobacteriana, test en tira con resultados en una hora, debe usarse en combinación con otras pruebas y no debe usarse como prueba de triaje, puede ser útil en pacientes que no pueden producir esputo; la OMS recomienda que se use como herramienta de diagnóstico para Tb activa en personas con VIH muy deterioradas y clínica sugerente de Tb<sup>8</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

En el caso de sensibilidad a los fármacos antituberculosos el planteamiento se mantiene desde hace muchos años; el esquema de tratamiento debe incluir 3-4 fármacos eficaces, de los cuales al menos 1-2 con buena actividad bactericida, que no serían necesarios tras negativizar los bk y cultivos, al menos 1-2 con actividad esterilizante que serán los que eviten posibles recaídas y van a acortar el tiempo del tratamiento, estos deben mantenerse durante todo el periodo de tratamiento<sup>13</sup>. En los casos de Tb sensible se sigue recomendando la pauta 2HRZE/4HR<sup>7,14</sup>, aunque si se conoce la sensibilidad a H+R antes de comenzar el tratamiento o en menos de 2 semanas puede ser suficiente con 2HRZ/4HR<sup>15</sup>. Está indicado prolongar el tratamiento a 9 meses en caso de cavidad en la radiografía inicial y cultivo positivo a los dos meses y alguno de los siguientes: bajo peso, fumador activo, diabetes, infección por VIH u otras inmunodepresiones<sup>14</sup>.



Hay regímenes más cortos, de 4 meses, con rifampicina (RPT)+H+Z+moxifloxacino (MOX)<sup>16</sup> pero se prefiere utilizar las pautas clásicas especialmente en casos con bk + y/o enfermedad con cavernas<sup>17</sup>.

Si hay resistencia a H la OMS recomienda la pauta R+E+Z+levofloxacino (LEV) durante 6 meses y NO recomienda añadir estreptomina (S) ni ningún agente inyectable<sup>18</sup>.

En los casos multirresistentes o extremadamente resistentes los regímenes usados deben cumplir los siguientes requisitos:

- deben estar presentes al menos cuatro medicamentos nuevos (nunca antes utilizados), que probablemente sean efectivos;
- dos de ellos deben ser medicamentos “básicos”, al menos uno con una buena actividad bactericida y uno con una buena actividad esterilizante. Idealmente, ambos (o al menos el fármaco esterilizante) deberían administrarse durante todo el tratamiento;
- los otros dos fármacos son los denominados fármacos “complementarios”, cuya función es proteger la acción de los fármacos principales;
- el tratamiento debe administrarse durante el tiempo suficiente para curar a los pacientes y prevenir la recaída. Los compuestos con mayor actividad esterilizante (rifampicina, pirazinamida y, probablemente, moxifloxacino, levofloxacino, linezolid, bedaquilina y delamanida) son potencialmente útiles para reducir la duración del tratamiento, aunque algunos de ellos no serán elegibles para este régimen<sup>19</sup>.

El diagnóstico y tratamiento de *infección tuberculosa latente* es una prioridad para el control de la Tb ya que la identificación y el tratamiento de la ITL pueden reducir el riesgo de desarrollo de la enfermedad hasta en un 90% con la repercusión de protección sobre la salud pública que esto puede suponer<sup>20</sup>. La ITL debe investigarse en las personas que se beneficiarían del tratamiento de ella (TITL); en las prisiones son especialmente útiles para detectar infectados al ingreso, detectar convertidores, facilitar estudios de contactos y monitorizar el desarrollo del programa específico<sup>7</sup>.

No existe una prueba que establezca definitivamente un diagnóstico de ITL por lo que a este se llega demostrando una respuesta inmune a los antígenos (Ag) de M. tuberculosis y excluyendo la Tb activa<sup>20</sup>. Las pruebas disponibles son la prueba cutánea de la tuberculina (PT) y los ensayos de liberación de interferón gamma (IGRA). En la Tabla 1 se comparan las pruebas de detección de ITL.

¿Qué prueba utilizar? En adultos inmunocompetentes sin BCG: PT, si tienen BCG un IGRA, en VIH con >200 CD4, enfermos con enfermedades inflamatorias crónicas y trasplantados PT e IGRA y se considera test positivo si alguno de los dos lo es; en VIH < 200 CD4 hacer IGRA<sup>21</sup>.

En función de los factores de riesgo que se presenten para desarrollar la enfermedad tuberculosa se debe priorizar la indicación del TITL; en el medio penitenciario se establecen 3 niveles de riesgo para indicarlo<sup>7</sup>:

- *Muy alto*: contactos íntimos con Tb, contacto frecuente con Tb y otros factores de riesgo, VIH +,

Tabla 1. Comparación de las pruebas de detección de ITL.

	PT	Quantiferon-TB Gold Plus	T-SPOT.TB
Antígenos	PPD	ESAT6, CFP10, TB7.7 (in tube)	ESAT6, CFP10
Tipo de prueba	Intradermorreacción, precisa dos visitas	Sangre total, ELISA que detecta IFN- $\gamma$ una visita	Cels. mononucleares en sangre periférica. ELISPOT. Detecta cels. productoras de IFN- $\gamma$ , una visita
Respuesta	Induración + $\geq 5$ mm	Producción IFN- $\gamma$ $\geq 0,35$ UI/mL	Producción IFN- $\gamma$ $\geq 6$ spots
Interferencia BCG	Sí	No	No
Efecto booster	Sí	No	No
Distingue Tb activa	No	No	No
Sensibilidad	71-82%	80-95%	86-93%
Especificidad	Sin BCG:95-99% Con BGC: baja	97,2-100%	86-100%
Predicción Tb activa	2-3%	Sin datos	3,3-10%

Nota. Tomada de Domínguez J, et al<sup>21</sup>.

convertidores <2 años, Rx con lesiones fibróticas compatibles con Tb antigua no tratada y sin signos de actividad.

- *Medio*: con procesos médicos y tratamientos que aumentan el riesgo de Tb y contactos de bajo riesgo sin Pt previa
- *Bajo*: sin factores de riesgo; menores de 35 años sin riesgo de hepatotoxicidad.

El fundamento del TITL es la prevención de Tb activa por la eliminación de la población bacteriana latente, constituida por bacilos metabólicamente poco activos, con el fin de evitar su reactivación ulterior; para ello se usan la H con gran actividad sobre los bacilos con más alta multiplicación, sobre los que también actúan la R y la S, la R también tiene actividad contra los bacilos metabólicamente menos activos lo mismo que la Z<sup>22</sup>. Teniendo en cuenta esto se están usando las siguientes pautas para el TITL:

- H 300 mg/día o 3 días a la semana durante 6 o 9 meses.
- H+R 300/600 mg durante 3 meses.
- R 600 mg/día durante 4 meses.
- MOX o LEV durante 6 meses en caso de exposición a Tb multirresistente o imposibilidad de otras pautas, en cuyo caso se han asociado a E o etionamida dependiendo de la sensibilidad de la cepa índice<sup>21</sup>.

## CONCLUSIONES

- Parece que la tasa de Tb a nivel mundial está bajando, aunque aún está lejos de ser realmente controlada, por contrapartida se observa un ligero incremento de los casos de resistencias a fármacos.
- En el diagnóstico de la enfermedad continúa siendo de referencia el cultivo de esputo, aunque la utilización de medios moleculares puede acortar mucho el tiempo de espera de resultados.
- El tratamiento de la Tb sin resistencia sigue con las pautas clásicas, pero hay esperanzas de poder acortarlos con la introducción de fluorquinolonas (moxifloxacino) y rifapentina en los esquemas de tratamiento. En los casos de multirresistencias sigue siendo preciso utilizar terapias muy agresivas y durante mucho tiempo (mínimo 9-12 meses hasta 18-20 meses).
- Sigue siendo muy importante el diagnóstico tratamiento de la ITL. Aunque no hay ninguna prueba que lo establezca de forma definitiva el uso combinado de la PT y de los test IGRA, junto con la exclusión de Tb activa, son los que no llevan a este diagnóstico.
- El TITL continúa con las pautas habituales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe Global sobre Tuberculosis 2020. disponible en [www.who.int/tb/global-report-2020](http://www.who.int/tb/global-report-2020)
2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Años 2017-2018. Madrid, 2020.
3. Subir. Gral. de Sanidad Penitenciaria. Área de Salud Pública. Informe de casos de tuberculosis 2018-2019.
4. García-Guerrero J, Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de prevalencia de infección tuberculosa latente en los internados en prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010;12:79-85.
5. Marco A, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently incarcerated in a men's prison in Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16:60-4.
6. López de Goicoechea-Saiz ME, et al. Prevalencia y factores predictores de infección tuberculosa latente en un centro penitenciario tipo español. *Rev Esp Sanid Penit.* 2018;20:4-11.
7. Ruiz F, López G. Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas (resumen). *Rev Esp Sanid Penit* 2010; 12
8. Bernardo J. Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en adultos. UpToDate. Actualización a 01 de junio de 2021. Consultado 09 de septiembre de 2021.
9. Hobby GL, et al. Enumeration of tubercle bacilli in sputum of patients with pulmonary tuberculosis. *Antimicrob Agents Chemother.* 1973;4:94.
10. WHO. Molecular assays as initial tests for the diagnosis of tuberculosis and rifampicin resistance. Rapid Communication, January 2020. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330395/9789240000339-eng.pdf>.
11. Theron G, et al. The diagnostic accuracy of the GenoType(®) MTBDRsl assay for the detection of resistance to second-line anti-tuberculosis drugs *Cochrane Database Syst Rev.* 29 de octubre de 2014; (10): 4-123.
12. Shah M, et al. Multicenter study of the accuracy of the BD MAX MDR-TB assay for detection of Mycobacterium tuberculosis complex and mutations associated with resistance to rifampin and isoniazid. *Clin Infect Dis* 2020; 71:1161
13. Caminero JA, et al. The Union MDR-TB Guidelines. 2013
14. Pascual-Pareja JF, et al. Tratamiento de la enfermedad tuberculosa pulmonar y extrapulmonar.

- Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(8):507–516
15. Caminero JA en XXIV Jornadas Internacionales sobre TB. UITB, Barcelona 2020
  16. Dorman SE, et al. Four-month rifapentine regimen with or without moxifloxacin for tuberculosis. *N Engl J Med.* 2021;384:1705
  17. Sterling TR. Tratamiento de la Tb pulmonar susceptible a fármacos en adultos no infectados por el VIH. UpToDate. Actualización a 01 de junio de 2021. Consultado 09 de septiembre de 2021.
  18. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 4.2020
  19. Caminero JA, et al. Propuesta de un régimen de tratamiento estandarizado para manejar los casos de tuberculosis pre y extensamente resistente a los medicamentos. *European Respiratory Journal* 2017 50: 1700648.
  20. Menzies D. Abordaje del diagnóstica de la ITL en adultos. UpToDate. Actualización a 01 de junio de 2021. Consultado 09 de septiembre de 2021.
  21. Domínguez J, et al. Diagnóstico y abordaje terapéutico de la ITL. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36(5):302–311
  22. Mitchinson DA. Basic mechanisms of chemotherapy. *Chest.* 1979;76:771–81.

# COMUNICACIONES.

## GESTIÓN Y DERECHO SANITARIO

### Carga de morbilidad en presos de Cataluña, 2015-2018

Marco Mouriño A<sup>1</sup>, Vela E<sup>2</sup>, Guerrero RA<sup>1</sup>, Turu E<sup>1</sup>, Cleries M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Català de la Salut. <sup>2</sup>Unitat d'informació i coneixement del Servei Català de la Salut

**Objetivo:** Cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades y factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la estancia en prisión.

**Método:** Estudio observacional de corte transversal y ámbito poblacional. Fuentes de información: a) el Registro de Morbiditat i Utilització de Serveis Sanitaris de Catalunya (MUSSCAT); b) las bases de datos del Programa de Salut Penitenciària del Institut Català de la Salut; y c) els Descriptors estadístics de serveis penitenciaris i de Rehabilitació.

Se determinó mediante un agrupador de morbilidad (GMA, grupos de morbilidad ajustada) basados en diagnósticos, la carga de morbilidad (CM) de la población reclusa catalana (PRC) durante 2015-2018. Se presentan los factores de riesgo, los diagnósticos y la mortalidad y se compara con la población no reclusa (PNR), ajustada por edad y sexo.

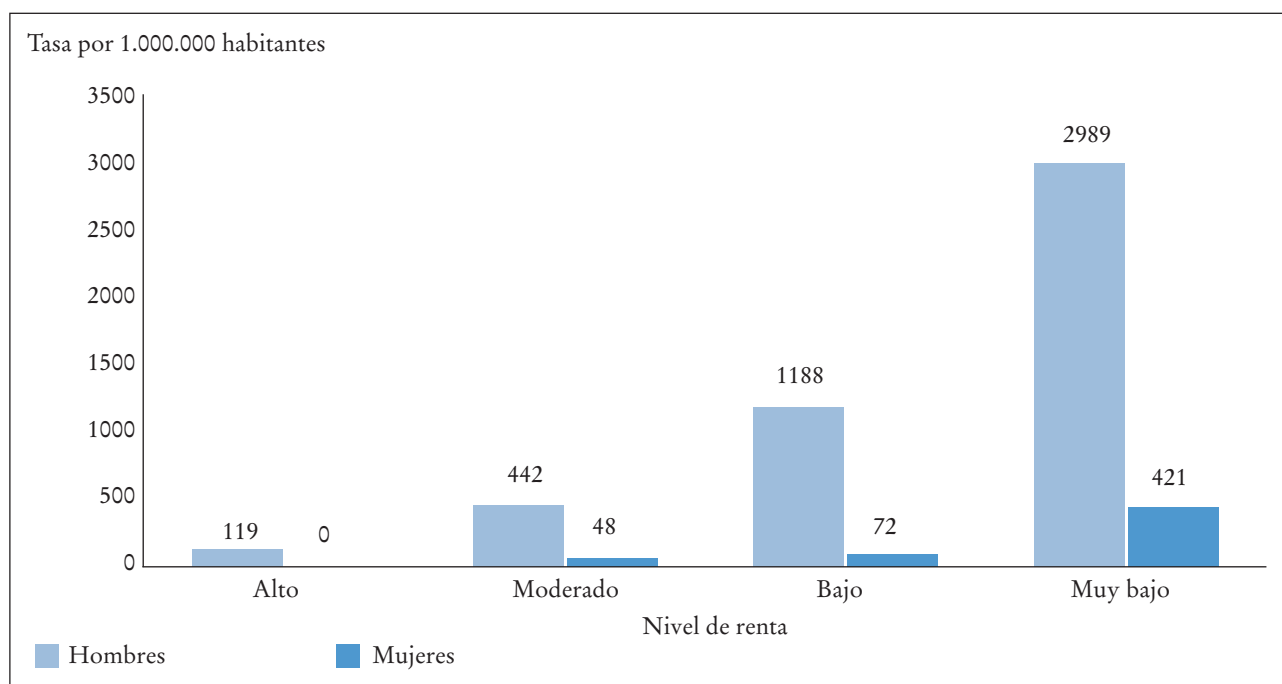


Figura 1. Tasa de nuevos reclusos según nivel de renta económica. Cataluña 2018.

**Resultados:** Se han analizado 28.032 internos diferentes (6,9% mujeres y 43,8% extranjeros) de 37,6 años de edad mediana. La prevalencia de PRC de renta económica alta es muy baja, pero aumenta exponencialmente conforme disminuye el nivel de renta (Figura 1). El 36% de PRC Vs el 8% de PNR presenta riesgo “alto o moderado” de CM (Figura 2).

En el 44% de PRC se detectó alguna patología de la que no había constancia en los primeros 3 meses de reclusión. La patología más frecuente es: a) los trastornos adictivos (tabaquismo y consumo de drogas ilegales); b) las infecciones asociadas al consumo; y c) los trastornos psiquiátricos. La presencia de factores de riesgo cardiovascular también es mayor en PRC que en PNR (Figura 3).

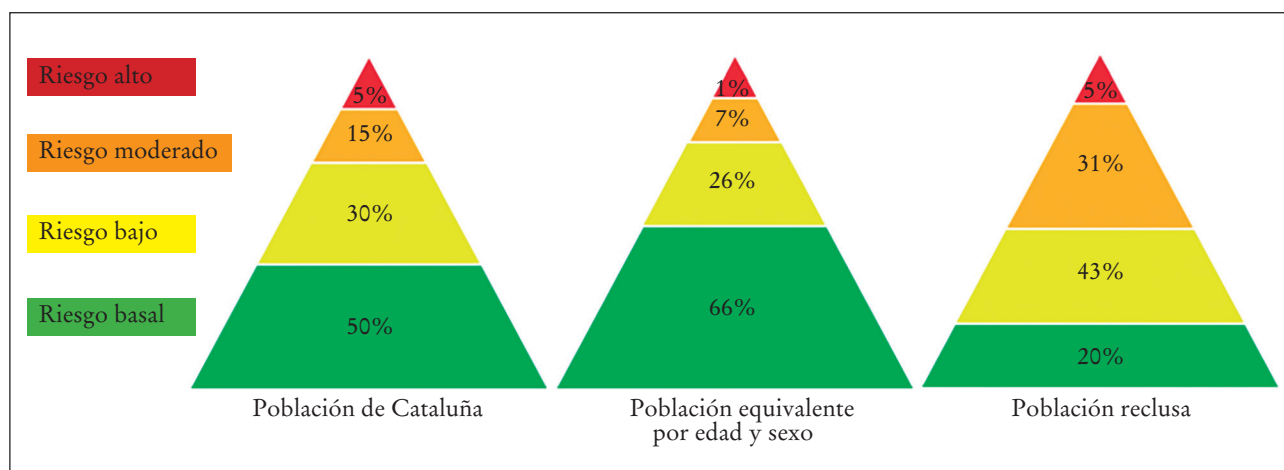


Figura 2. Distribución de la "Carga de Morbilidad" según estratos de riesgo. Población de Cataluña, 2018.

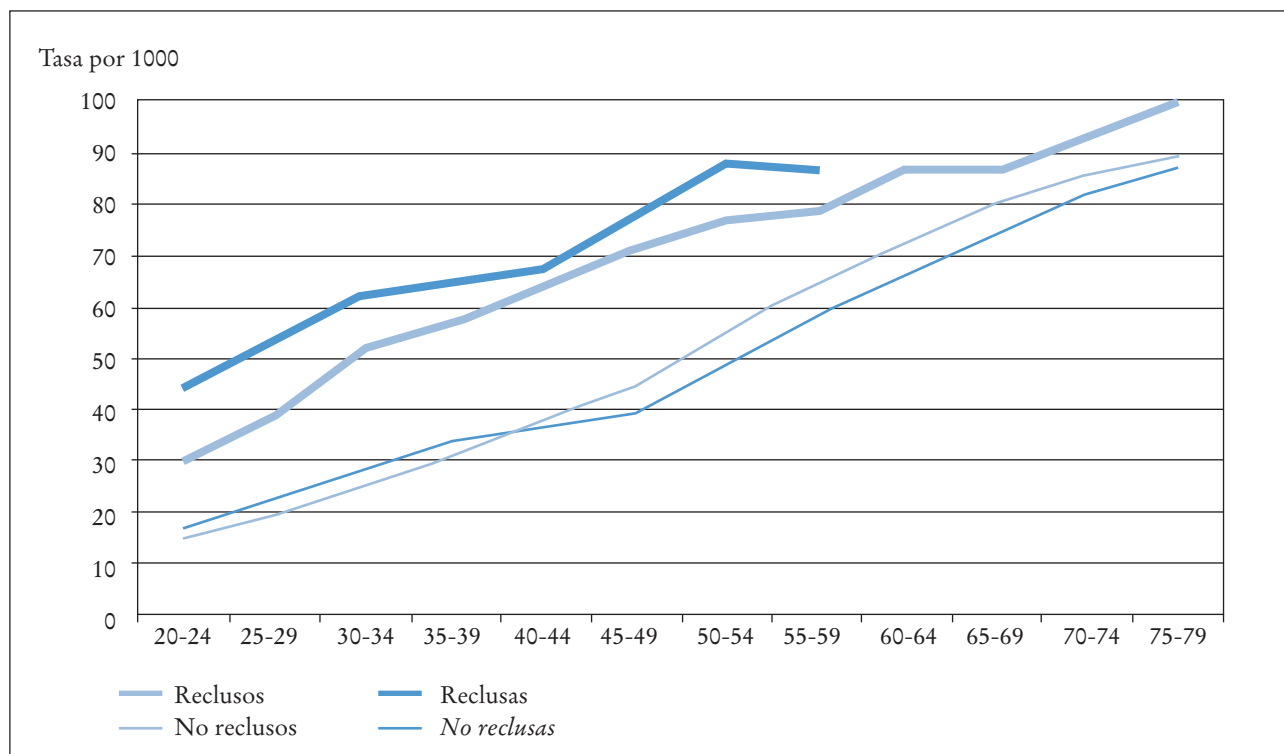


Figura 3. Presencia de algún factor de riesgo cardiovascular según edad y sexo. Cataluña 2018.



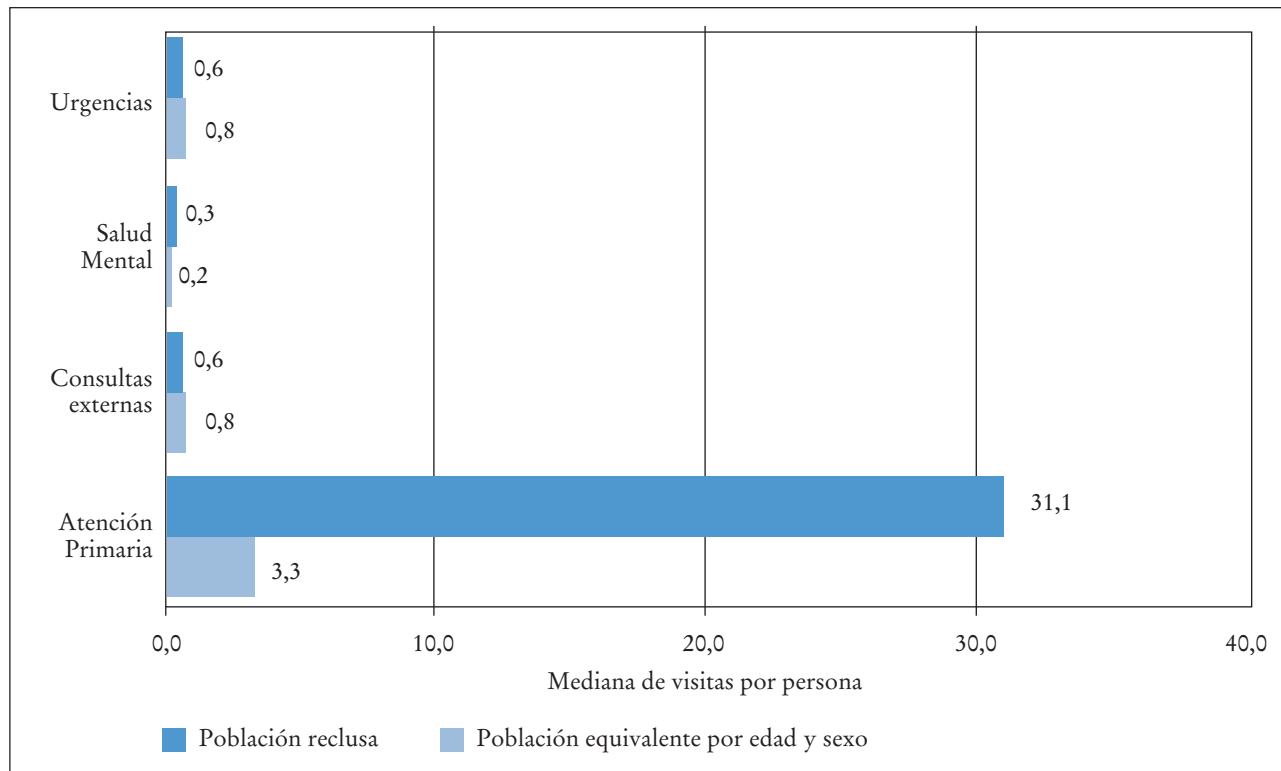


Figura 4. Utilización de recursos sanitarios ambulatorios. Cataluña 2018.

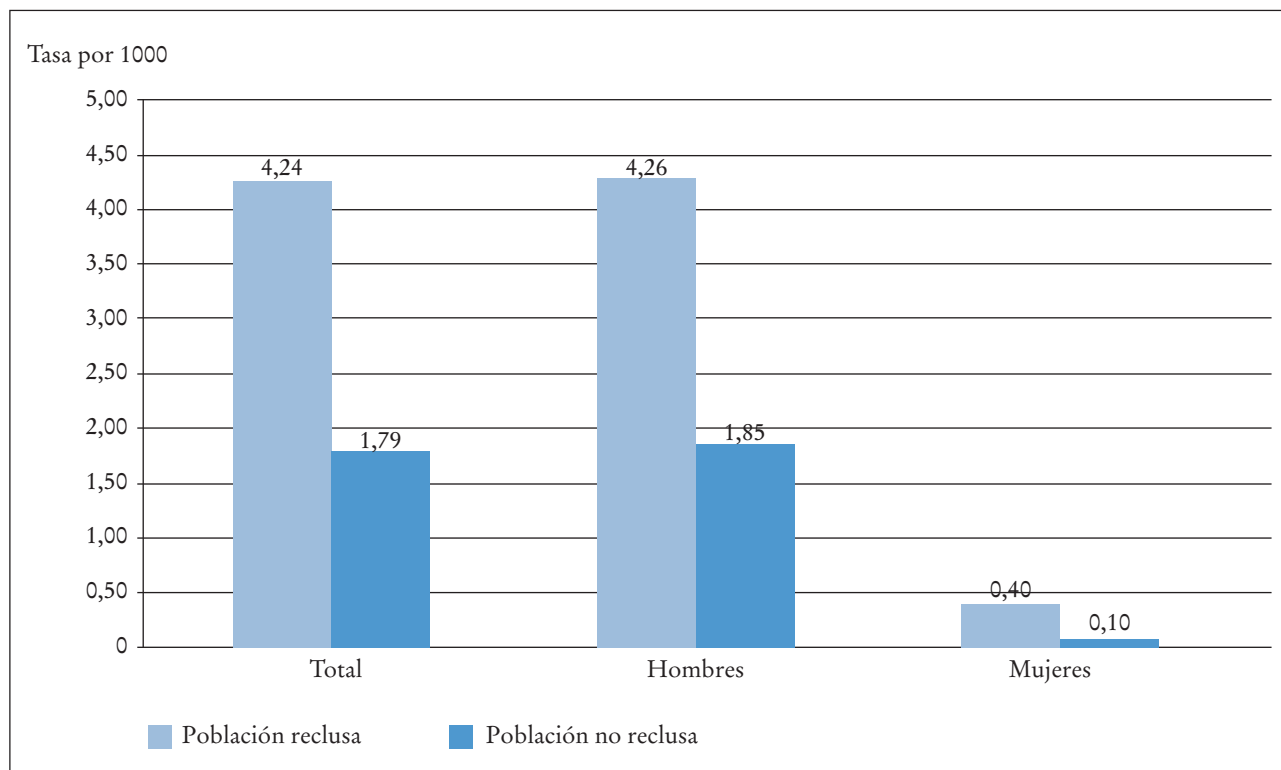


Figura 5. Tasa de mortalidad según sexo y situación de reclusión. Cataluña 2018.

La PRC utiliza, de mediana, 6 veces más los recursos sanitarios ambulatorios, utiliza menos las consultas externas hospitalarias y en igual proporción los servicios de urgencia. Hay más utilización también por parte de la PRC de recursos sanitarios de ingreso, tanto de agudos, como de psiquiatría y de tipo sociosanitario (Figura 4).

La tasa de mortalidad global en PRC es 4,24 casos por 1000 habitantes (Figura 5). Los presos hombres mueren 2,3 veces más que los no presos y las mujeres presas cuatro veces más.

**Conclusiones:** Los principales factores de riesgo son las conductas adictivas y los hábitos alimenticios. Hay alta CM asociada a infecciones y a trastornos psiquiátricos. El aumento de la edad de la PRC y sus hábitos de riesgo incrementarían previsiblemente la morbimortalidad metabólica. La muerte prematura en los reclusos es muy alta.

**Palabras clave:** morbilidad; mortalidad; prisión; recursos sanitarios.

# Elaboración de un mapa de riesgos en seguridad del paciente en el Centro Penitenciario de Tarragona, Mas d'Enric, a partir de la participación en el proyecto MAPASP “estudio mapa de riesgos en seguridad de los pacientes en atención primaria” llevado a cabo en el territorio de Tarragona

Zamora Torres A, López Olivares JR, Romera Bonilla EM,  
Serentill Cebria EM, Garcia Campo A, De La Iglesia Garcia MJ

Centro Penitenciario Tarragona Mas D'Enric. El Catllar. Tarragona.

---

**Objetivo:** Determinar la efectividad de la implementación de distintas herramientas pro-activas y reactivas en la Seguridad del Paciente para definir un nuevo mapa de riesgo en el Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) de Tarragona.

**Métodos:** A partir de la colaboración en un proyecto de Atención Primaria de nuestro territorio, los profesionales del EAPP Tarragona que de forma voluntaria participaron en el mismo, al realizar su actividad asistencial entre los días tres y veintiuno de junio de 2019, detectaron situaciones en las que la seguridad del paciente estaba comprometida o podría estarlo y lo notificaron a través de un aplicativo específico que la unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Territorial (UQiSPT) habilitó para el estudio.

Los profesionales clasificaron los incidentes en variables como tipo de incidente (de administración de medicación, administrativo, de prescripción, de transcripción, etc.) o clase de incidente (casi incidente, incidente sin daños o acontecimiento adverso).

Los incidentes eran revisados por la referente de Calidad y Seguridad del Paciente (CiSP) del EAPP en colaboración con la UQiSPT, aportando los datos complementarios que la UQiSPT solicitaba. Una vez revisados todos los incidentes por la UQiSPT, se retroalimentó a la referente de CiSP con el resumen de datos recogidos en el estudio.

**Resultados:** En el momento de la colaboración en el estudio, tenían actividad laboral en el EAPP diez Enfermeras, diez Técnicos en Curas Auxiliares de Enfermería (TCAE) y ocho Médicos.

Participaron en el proyecto de forma activa seis Enfermeras, cinco TCAEs y un Médico de Familia.

Se notificaron un total de cuarenta y nueve alertas de seguridad del Paciente.

Del total, catorce notificaciones se corresponden con incidentes producidos en la administración/preparación farmacológica, siete fueron errores de transcripción, siete fueron causados por falta o incumplimiento de procedimientos específicos, cinco por error en prescripción, siete se relacionaron con el uso del medicamento / caducidades, siete alertas fueron por error de citación / fallo administrativo, dos alertas se notificaron por fallo en orden médica.

A partir de los datos obtenidos, se ha comenzado a trabajar en la elaboración de un informe detallado desde la UQiSPT, a nivel individual (por centros).

**Conclusiones:** La participación en el estudio permitirá al EAPP del Centro Penitenciario conocer los puntos más débiles en cuanto a la Seguridad del Paciente refiere. A partir del análisis de los resultados obtenidos y del informe que nos proporcionará la UQiSPT se marcarán prioridades y se llevarán a cabo medidas de mejora.

**Palabras clave:** mapa de riesgos; seguridad del paciente.

# Calidad asistencial sanitaria percibida en los centros penitenciarios catalanes

García González L<sup>1</sup>, Armenteros López B<sup>2</sup>, Cuadro Pena E<sup>3</sup>, Alonso Gaiton P<sup>4</sup>, Carreras Corchado N<sup>5</sup>, Solé Zapata N<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Lledoners

<sup>2</sup>Centro Penitnciario Quatre Camins

<sup>3</sup>Centro Penitenciario Mas Enric

<sup>4</sup>Centro Penitenciario Brians II

<sup>5</sup>Centro Penitenciario Dones Barcelona

<sup>6</sup>Centro Penitenciario Brians I

**Objetivo:** Conocer la percepción de calidad asistencial percibida por los usuarios de todas las prisiones de Cataluña en el año 2017.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional transversal en 6856 pacientes reclusos en Cataluña en septiembre del 2017. Se realiza un muestreo aleatorio simple asumiendo un nivel de confianza del 95% y se distribuye de forma aleatoria un cuestionario (SERVPERF adaptado) donde se evalúan diferentes dimensiones que nos determinarían el nivel de percepción de calidad asistencial del usuario. Intervienen otras variables independientes, como edad, sexo, tiempo de permanencia en prisión, origen y nivel de estudios.

Se realiza un análisis descriptivo univariado y se aplican análisis bivariados para establecer relaciones entre las variables socio demográficas y los resultados de calidad asistencial.

**Resultados:** El 84,87% de los pacientes se muestran satisfechos con la calidad asistencial recibida de forma global.

Las mujeres consideran que las instalaciones de las consultes son más atractivas y cómodas que los hombres O.R 2,04 [1,19-3,51] p=0,009. Los pacientes con nivel educativo superior están más insatisfechos con diferencias significativas en 11 de los 14 ítems valorados por el contrario que los mayores de 65 años que están más satisfechos que el resto en 11 de los 14 ítems. Los pacientes extranjeros están más satisfechos que los nacionales en la flexibilidad horaria O.R 0,69 (0,51-0,94) p=0,018 y en el tiempo de espera de las visitas O.R (0,46-0,88) p=0,006, en cambio están menos satisfechos en la idoneidad de la imagen del personal sanitario O.R1, 97(1,04-3,74) p=0,03.

**Conclusiones:** La edad es uno de los más importantes factores de fondo que influyen en la percepción de la satisfacción del paciente. El grupo de pacientes mayor de 65 años están más satisfechos en general que los más jóvenes. Los pacientes con menor nivel de estudios están más satisfechos que los de un nivel de educación superior. La dimensión de la confiabilidad es el atributo más crítico de la calidad de la atención primaria coincidiendo con diferentes estudios realizados. En el grupo de extranjeros prevalece en general una alta satisfacción en la mayoría de las dimensiones, cabe destacar el único aspecto en el que no están más satisfechos que los nacionales y es la imagen del personal sanitario.

Los resultados han sido reportados a la Dirección General con el fin de profundizar en el estudio de las variables que presentan menor satisfacción y así diseñar un proyecto de mejora.

**Palabras clave:** calidad percibida; prisión; atención sanitaria; satisfacción; Cataluña.



# Efectividad del “programa de enfermera de enlace” en un centro penitenciario de Barcelona

Solé Zapata N, Jacas A, Puig L, Rué X, Sánchez Encomienda P, Yela E

Centro Penitenciario Brians I. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.

**Objetivo:** Estudiar la efectividad del “Programa de Enfermera de Enlace” (PEL) del Centro Penitenciario de Brians 1 (CPB1), utilizado para mejorar el continuum asistencial post-excarcelación.

**Material y métodos:** Estudio observacional de la cohorte del CPB1 incluida en el PEL en 2018 y 2019. Criterios de inclusión en el PEL: a) ser penado; b) excarcelación prevista en  $\leq 40$  días; y c) aceptación de la intervención mediante consentimiento informado (CI). Se recogen: a) variables epidemiológicas (edad, sexo, origen, antecedente de uso intravenoso de drogas –antUDI- e infección por VIH); b) las gestiones realizadas; c) el plan de tratamiento; d) las derivaciones a servicios extrapenitenciarios (de primaria, hospitalaria, salud mental y drogodependencias); y e) la asistencia o no a las visitas concertadas. Se utilizan 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 al CI y a la asistencia a las derivaciones, se realizó un análisis bivalente y multivalente mediante regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 255 internos (62,7% hombres, 41,2% extranjeros, 27,8% con antUDI y 13,7% infectado por VIH) de  $41 \pm 9,6$  años de media (50,1% entre 40 y 59 años). El 83,9% firmaron el CI, pero se intervino en 173 (67,8%) porque en 41 hubo incidencias (Figura 1). Hubo más CI (Tabla 1) en españoles (88,7% vs. 77,1% de extranjeros;  $p=0,007$ ), en infectados por VIH (97,1% Vs 81,8% en no infectados;  $p=0,006$ ) y en los casos con antUDI (95,8% Vs 79,3% en los que no;  $p=0,003$ ). El análisis multivalente confirmó la asociación del CI con: a) ser español (OR: 2,03; IC= 1,01-4,07;  $p=0,04$ ) y b) tener antUDI (OR: 5,34; IC= 1,58-18,03;  $p=0,007$ ).

Hubo 188 derivaciones (Figura 2) realizadas en 131 pacientes. El 55% asistieron a las citas programadas (54,3% a las de Primaria, 60% a las de Hospital, 69,6% a las de Drogodependencias y 65% a las de Salud Mental). Sólo ser extranjero se asoció a no asistir a la cita concertada (55,8% Vs 39,8% en españoles;  $p=0,04$ ).

**Conclusiones:** La aceptación del PEL es muy alta y su implementación ha mejorado mucho el continuum asistencial post excarcelación, pero la aceptación y la asistencia son menores en extranjeros. Se recomienda continuar la implementación del PEL y aplicar estrategias en población inmigrante para mejorar en este grupo la aceptación a participar y la asistencia a las visitas concertadas.

**Palabras clave:** prisión; enlace; continuum asistencial; enfermera.

# Percepción de calidad asistencial de la población extranjera en las prisiones catalanas

García González L<sup>1</sup>, Carreras Corchado N<sup>2</sup>, Capella N<sup>3</sup>, Mendioroz J<sup>4</sup>, Solé Zapata N<sup>5</sup>, Casado C<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Lledoners. Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Dones Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Centro Penitenciario Figueres. Figueres. Girona.

<sup>4</sup>Gerencia Territorial del Bages. Barcelona.

<sup>5</sup>Centro Penitenciario Brians I. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.

<sup>6</sup>Centro Penitenciario Ponent. Lleida.

---

**Objetivo:** Conocer la calidad asistencial percibida de los extranjeros de los centros penitenciarios de Cataluña sobre los servicios de salud.

**Material y método:** Se trata de un estudio descriptivo transversal en reclusos extranjeros de todos los centros penitenciarios de Cataluña realizado en septiembre del 2017.

Los criterios de inclusión fueron pacientes de origen extranjero y con un mínimo de permanencia en prisión de 6 meses. La selección de la muestra fue mediante un muestreo aleatorio simple y se obtuvo una “n” de 323. La valoración de la calidad asistencial percibida se hizo mediante una encuesta administrada que evaluaba las siguientes dimensiones: tangibilidad, confiabilidad, presteza, seguridad y empatía.

**Resultados:** El análisis nos muestra que la dimensión de tangibilidad obtuvo un resultado de satisfacción del 88,29%, seguido de la dimensión de seguridad que fue del 86,15% y de la de empatía con un 82,38%. Finalmente, las dimensiones de presteza y confiabilidad obtuvieron unos resultados de satisfacción del 81,93% y 81,87% respectivamente.

**Conclusiones:** Los pacientes de origen extranjero tienen un nivel de satisfacción considerablemente alto en todas las dimensiones, aun así la dimensión de confiabilidad y presteza son las más susceptibles de mejora. Para ello sería necesario realizar un estudio sobre la procedencia de los reclusos extranjeros y de sus diferentes percepciones culturales y así poder diseñar estrategias de mejora para aumentar el nivel de calidad percibida.

**Palabras clave:** calidad percibida; penitenciario; salud y satisfacción.

# Intervención pedagógica reflexiva en estudiantes de grado en enfermería que realizan sus prácticas académicas en prisiones catalanas

Sánchez-Roig M<sup>1</sup>, Rodríguez-Monforte M<sup>2</sup>, Coll A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre Penitenciari Quatre Camins. La Roca del Vallès. Barcelona.

<sup>2</sup>Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon LLull. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer las percepciones y reflexiones en la intervención pedagógica de los estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería de una universidad catalana que realizan sus prácticas en prisión.

**Método:** Diseño cualitativo de análisis narrativo incluyendo categorías como: expectativas del aprendizaje del estudiante, aportaciones del estudiante en el proceso enseñanza-aprendizaje, aportaciones del tutor/a clínico/a en el proceso enseñanza-aprendizaje y evaluación cualitativa del tutor/a clínico/a. Muestreo no probabilístico intencional y por accesibilidad al escenario de estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería de una universidad catalana de los cursos 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 (N=39) de la asignatura Prácticas Fin de Grado 2 que realizan su periodo durante 4 semanas en prisiones catalanas. Recogida de información realizada mediante observación participante (OP) de sesiones briefing, midbriefing y debriefing y análisis del contenido de diarios reflexivos de los estudiantes y evaluaciones cualitativas.

El análisis de la OP, los diarios reflexivos y evaluaciones se realizó mediante programa NVivo PROv.11. Se utilizó la triangulación para contrastar relatos orales y escritos de los participantes.

**Resultados:** Se analizaron 39 estudiantes con edad media de 21,2 años. Un 82% eran mujeres y un 18% hombres. Todos habían escogido voluntariamente sus prácticas en prisión. Las respuestas a las categorías fueron: expectativas del estudiante: crecer personal y profesionalmente; un reto en un nuevo entorno asistencial; conocer el perfil del usuario/a y patologías prevalentes; conocer un área diferente de enfermería. Aportaciones del estudiante: contribuir en nuevos conocimientos sobre la práctica; integrarse en el equipo multidisciplinar; positivismo y motivación. Aportaciones del tutor/a clínico/a: cómo tratar a usuarios complejos; experiencia y conocimientos; motivación por la enseñanza; tener un referente cercano creando vínculos de confianza y seguridad; nueva visión de la profesión. Evaluación cualitativa: estudiantes con iniciativa, motivados, responsables; demostraban respeto y confidencialidad; capacidad de reflexión, crítica y autocrítica; autonomía; trabajo en equipo; interés por el conocimiento; escucha activa y proactivos.

**Conclusiones:** Según el Espacio Europeo de Educación Superior existe la necesidad académica de formar profesionales que desarrollen y apliquen competencias según las demandas organizacionales e institucionales concretas. Es necesario formar estudiantes autónomos, creativos, capaces de cuestionar el saber establecido, juiciosos y críticos que reflexionen desde su propia experiencia y toma de decisiones. El estudiante de Grado en Enfermería que realiza sus prácticas académicas en prisión requiere de un método pedagógico reflexivo en su proceso de enseñanza-aprendizaje para en el futuro poder trabajar en contextos exigentes y situaciones complejas como es el contexto penitenciario.

**Palabras clave:** estudiante; enfermería; prisión; enseñanza reflexiva.

# Implantación del tratamiento directamente observado para la administración de psicofármacos a todos los pacientes de un centro penitenciario: impacto en la actividad de farmacia y enfermería

Fernandez Lopez de Vicuña EM, Nogales-Garcia M, Méndez Hernando M, Valladolid Fernandez L, Ollo Jacoisti JJ, López de Arcaute Trincado A

Centro Penitenciario Araba (CS Zaballa). Álava.

---

**Objetivo:** Describir el proceso de implantación de un sistema de preparación y administración de psicofármacos en Tratamiento Directamente Observado (TDO) en todos los pacientes de un centro penitenciario (CP), como consecuencia de la publicación de un auto judicial. Analizar el impacto en la actividad diaria del Depósito de Medicamentos (DM) y enfermería.

**Método:** El 6/10/2020 se publica un auto judicial (Exp. 372/20) que decreta la inclusión en TDO de todos aquellos pacientes del CP en tratamiento con psicofármacos. Hasta entonces, la dispensación/administración de estos medicamentos se realizaba como dispensación en dosis unitaria (sobre con medicación para 24 horas que se entregaba al paciente diariamente) o bien administración en TDO, en pacientes seleccionados a criterio médico.

Se realizan reuniones multidisciplinares lideradas por la Dirección Médica, en las que participan representantes médicos, de enfermería y farmacia, así como la Dirección del CP. Se redefinen circuitos, se plantean necesidades (recursos personales y materiales) y se plantea un calendario de incorporación paulatina de los tratamientos de los pacientes al TDO (8 meses para 14 módulos), previo pilotaje de uno de ellos durante el primer mes. En este periodo se traslada el DM a una nueva ubicación, llevando a cabo la obra correspondiente. Paralelamente, se solicita al sistema de prescripción electrónica la obtención de listados de preparación de dosis unitaria por tomas, estableciendo tres al día para todo el CP.

**Resultados:** Previo al auto judicial (06/10/20): 352 pacientes con algún medicamento en dosis unitaria (1618 unidades de medicamentos/día). De ellos, 29 pacientes estaban en TDO (398 unidades-medicamentos/día, 144 tomas, 144 códigos nacionales diferentes). En total se realizaban 444 contactos diarios con pacientes (número de veces que se contacta con el paciente para la dispensación de dosis unitaria y/o toma TDO). Tras implantación del auto (01/08/21): 339 pacientes en TDO, 1312 unidades/día, 130 códigos nacionales y 689 tomas/contactos diarios con pacientes.

El personal auxiliar (farmacia y enfermería) aumentó en un 76%, pasando de 10 a 17,6 jornadas completas. Asimismo, el personal de enfermería creció en un 26%.

**Conclusiones:** Los cambios organizativos mencionados han hecho posible la implantación del TDO y el cumplimiento del auto judicial.

Este cambio ha incrementado la carga de trabajo en el DM y enfermería, además del desarrollo del proyecto de una nueva Farmacia por parte del farmacéutico.

El proceso de implantación evidencia la necesidad de automatizar la preparación de tomas en dosis unitaria, con el objetivo de aumentar en eficacia y seguridad.

**Palabras clave:** tratamiento directamente observado; farmacia.

# Selección de un sistema automatizado para la preparación de la dosis unitaria por tomas en un centro penitenciario

Fernandez López de Vicuña EM, Nogales-Garcia M, Martin Martinez C, Romeo Ollora J, Ollo Jacoisti JJ, López de Arcaute Trincado A

Centro Penitenciario Araba Álava.

**Objetivo:** La publicación de un auto judicial que decreta la inclusión en Tratamiento Directamente Observado (TDO) de todos los pacientes del Centro Penitenciario (CP) en tratamiento con psicofármacos obliga a modificar la forma de preparar la dosis unitaria en el Depósito de Medicamentos (DM) y plantear la automatización de dicho trabajo, hasta entonces manual. El objetivo es describir el proceso llevado a cabo para escoger un sistema automatizado adecuado.

**Método:** Antes del auto judicial, la preparación de la dosis unitaria en el DM se realizaba manualmente, bien en un sobre para 24 horas entregado al paciente diariamente o bien en sobres separados por tomas para su administración en TDO (a criterio médico). Asimismo, los medicamentos en dosis unitaria se recortaban-etiquetaban-emblistaban manualmente y no se revisaba sistemáticamente la medicación preparada.

La implantación del TDO (14 módulos en 8 meses) supone empezar a preparar la dosis unitaria por paciente y toma y arranca con el pilotaje del módulo 3 durante un mes, observando un incremento de la carga de trabajo (y necesidades de personal) en la preparación, añadiendo además la tarea de revisión manual de la medicación preparada por el personal auxiliar. Por ello, la Dirección Médica plantea a Farmacia la posibilidad de automatizar el proceso. Se decide desemblistar los medicamentos (contrariamente a como se venía realizando), apostando robotizar todas las fases (desemblistado, preparación por tomas y revisión de la medicación preparada). Se analizan múltiples sistemas del mercado, recabando también la experiencia de otros CP. Finalmente se escoge la empresa Farmadosis® (desemblistadora semiautomática de 100 formas farmacéuticas/minuto, máquina de producción de hasta 70 bolsas/minuto e inspeccionadora visual de unas 40 bolsas/minuto y falsos negativos <5%).

**Resultados:** actualmente hay 339 pacientes en TDO y se preparan 689 tomas diarias (1312 medicamentos). La preparación diaria conlleva 9,5 horas de trabajo. Con la nueva máquina se producirá en 1,5 horas.

Actualmente no se revisa sistemáticamente la medicación preparada, con la automatización se revisará en 17 minutos/día.

Quincenalmente se recortan 18.846 medicamentos, se etiquetan 4.842 y se emblistan 756 manualmente (40 horas). Con la automatización, se desemblistará en 4 horas.

**Conclusiones:** El sistema automatizado elegido es una herramienta útil y permitirá optimizar tiempo y recursos, incrementando también en seguridad frente al sistema manual con la revisión de la medicación preparada.

Es imprescindible automatizar todas las fases del proceso (desemblistado, preparación y revisión del producto terminado) para obtener todas las ventajas que ofrecen los sistemas automatizados.

**Palabras clave:** automatización; TDO; preparación; farmacia.



# COMUNICACIONES.

## SALUD MENTAL Y ADICCIONES

### Tabaquismo, deshabitación, adicción, prisión

Morán Rodríguez R, Trapote Bonilla L

Centro Penitenciario Las Palmas II. Las Palmas.

**Introducción:** Las prisiones pueden ser entornos para la salud, ya que en ellas existe la posibilidad efectiva de promocionarla. Pero, en las prisiones, como entornos cerrados muy normativizados, se pueden producir también situaciones en las que las personas pierdan el control sobre condiciones que pueden afectar a su salud, y por lo tanto deben ser protegidas de los riesgos.

El hábito del tabaquismo, bastante extendido en la población general, aumenta significativamente en situaciones de estrés y privaciones. En el ámbito penitenciario, el consumo de tabaco se ha asociado históricamente a las consecuencias negativas de la pérdida de libertad y a los conflictos personales y situacionales subyacentes a la misma.

El programa “BYE BYE SMOKING” nace tras la necesidad de dar solución a este problema de salud en la prisión de Las Palmas II. Tras la petición de varios internos, pertenecientes al módulo polivalente 13 (UTE), de ayuda para poder abandonar el hábito tabáquico, decidimos realizar un programa específico. Diseñamos, implementamos y evaluamos un programa para dejar de fumar teniendo en cuenta las características del grupo diana al que va dirigido.

**Método:** A nivel metodológico el programa tendrá una base práctica, basada en la cooperación y participación mutua. Buscaremos la participación activa basada en la experiencia personal de los propios internos.

El programa que hemos elaborado consta de 5 unidades generales, que se corresponden con un periodo de 5 semanas (una semana por apartado). En las tres primeras unidades o semanas se describe el proceso de deshabitación. Se irán reduciendo progresivamente el número de cigarrillos que se fuman al día, al mismo tiempo que se enseñan estrategias de autocontrol y nuevas alternativas al tabaco. A partir de la unidad 4 o semana se deja por completo de fumar y se profundizan en las estrategias de autocontrol y en la prevención de recaídas. La unidad 5 o semana 5 de evaluación y control de los objetivos conseguidos.

**Resultados:** Tras una semana del día en el que empezaron a convertirse en exfumadores. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- 3 internos ya han dejado de fumar
- 1 interno se fuma 1-2 cigarrillos durante el día.
- 3 internos han disminuido considerablemente el número de cigarrillo/día.

**Conclusiones:** Se creó un gran clima y relación terapéutica con la realización de este programa. Esto no solo ayudó a la deshabitación del tabaco si no como base para seguir trabajando más aspecto de educación para la salud.

**Palabras clave:** tabaquismo; deshabitación; adicción; prisión.

# Influencia del uso de antipsicóticos en el síndrome metabólico

Doménech Matamoros P, Lázaro-Monge R, Planelles-Ramos MV,  
Vera-Remartínez EJ

Centro Penitenciario Castellón I. Castellón de la Plana. Castellón.

**Fundamento:** El síndrome metabólico constituye un conjunto de factores de riesgo que contribuyen a la aparición de patologías cardiovasculares, así como al desarrollo de diabetes *mellitus* tipo II. Entre sus principales componentes podemos citar: dislipidemia aterogénica, aumento de glucosa plasmática, aumento de las cifras de presión arterial y obesidad abdominal. El uso de neurolépticos o fármacos antipsicóticos y en particular los llamados de “segunda generación” o “antipsicóticos atípicos” parecen estar relacionados con la aparición del llamado síndrome metabólico.

**Objetivos:** *Principal:* contrastar la posible relación entre el uso de fármacos antipsicóticos y la aparición del síndrome metabólico. *Secundarios:* Enumerar los principales efectos secundarios del tratamiento con antipsicóticos. Determinar si existe algún tratamiento farmacológico que pueda contribuir a contrarrestar el síndrome metabólico.

**Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed; Cochrane; CINAHL; IBECs; LILACS; HealthCare. Se eligió preferentemente todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados con grupo de comparación, así como artículos de revisión sistemática o artículos de revisión. En segundo lugar, algún artículo que se consideró relevante por su contenido. Todos debían versar sobre los objetivos propuestos. El periodo de tiempo se limitó a los últimos 5 años: (2014-2019). Se seleccionaron artículos en inglés y español. Se rechazaron los artículos que aparecieron repetidos y los que no tuvieron relación con los objetivos. Los criterios de búsqueda fueron: “*Antipsychotic AND metabolic syndrome*”; “*Schizophrenia AND “metabolic syndrome”*”; “*Bipolar disorder AND metabolic syndrome*”; “*metabolic syndrome AND suicide NOT disorder*”; “*Metabolic syndrome AND prisons*”; “*Metabolic syndrome AND prolactin*”.

**Resultados:** Fueron seleccionados 22 artículos de 497 consultados. Se evidenció que pacientes tratados con antipsicóticos atípicos presentaron alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico en forma de ganancia ponderal, alteraciones en el metabolismo lipídico o en las cifras de glucosa o presión arterial. Se destacan también otros efectos anticolinérgicos, antidopaminérgicos, síndromes extrapiramidales, síndrome neuroléptico maligno, hipotensión, arritmias, sedación, hipoavitaminosis D, aumento de prolactina, disfunción sexual, alteraciones del sueño, etc. Se encontraron también asociaciones farmacológicas con otros fármacos como Metformina, Ranitidina o Topiramato para disminuir la ganancia ponderal, así como la utilización en formas inyectables Depot con disminución del perímetro abdominal, triglicéridos y aumento del colesterol HDL.

**Conclusiones:** Es fundamental el papel de enfermería en la monitorización de pacientes en tratamiento con antipsicóticos. Es conveniente establecer programas de educación basados en la percepción de enfermedad y estilos de vida saludables, constatándose una mejora significativa de los pacientes.

**Palabras clave:** síndrome metabólico; antipsicóticos; prisiones; España.

# Interacciones entre fármacos antirretrovirales y del SNC en una amplia cohorte de internos infectados por VIH de Cataluña

Gallego Castellví C<sup>1</sup>, Marco A<sup>2</sup>, Guerrero RA<sup>1,2</sup>, Vaz E<sup>1</sup>, Planella R<sup>1</sup>, Solé C<sup>1</sup>, Teixidó N<sup>1</sup>, Sastre A<sup>1</sup>, Da Silvia A<sup>1</sup>, Ruíz A<sup>1</sup>, Touzón C<sup>1</sup>, Turu E<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Enfermedades Infecciosas del Ámbito Penitenciario (GRUMIP).

<sup>2</sup>Programa de Salud Penitenciaria del Instituto Catalán de la Salud.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de interacciones medicamentosas entre fármacos antirretrovirales (FARV) y del SNC, y el grado de riesgo, en una amplia cohorte de internos infectados por el VIH.

**Material y método:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se incluyeron los internos con tratamiento antirretroviral (TAR) ingresados el 7 de marzo de 2019 en 7 centros penitenciarios de Cataluña. De la historia clínica informatizada, se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y farmacológicas. Para valorar el grado de riesgo se utilizó el portal HIV Drug Interactions de la Universidad de Liverpool (<https://www.hiv-druginteractions.org/>), clasificándose como: a) no interacción; b) potencial interacción; y c) interacción clínicamente relevante (ICR) si precisaba ajuste de dosis, monitorización o era una asociación desaconsejada. Para determinar variables asociadas al riesgo de ICR, se realizó un análisis bivariante y, con las variables estadísticamente significativas, un análisis multivariante mediante regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 404 internos, de  $45,4 \pm 8,2$  años de media (el 30,2% de edad  $\geq 50$  años). El 93,6% eran hombres, el 76% con antecedente de uso de drogas intravenosas (UDI), el 13,2% con dislipemia y el 30,4% con trastorno mental. La cifra media de CD4 era  $611 \pm 372$ /células y el 86,5% presentaba CV VIH indetectable.

El 37,6% mantenía tratamiento con metadona y el 75,7% con fármacos del SNC (el 31% con 3 o más).

El 64,6% no presentaba interacciones, el 22,9% alguna interacción potencial y en el 12,5% había ICR. El 68% de las ICR afectaban a combinaciones con inhibidores de la proteasa (IP) y el 30% a combinaciones con elvitegravir/cobicistat. Las ICR eran más frecuentes en UDI (14,1% Vs 6,3%;  $p=0,02$ ), en los que realizaban TARV directamente observado (16,5% Vs 9,3%;  $p=0,02$ ), en los tratados con quetiapina (36,1% Vs 5%;  $p<0,001$ ), en los tratados con etumina (33,3% Vs 11,9%;  $p=0,05$ ) y en los tratados con topiramato (44,4% Vs 11,8%;  $p=0,01$ ). El análisis multivariante confirmó la asociación del riesgo de ICR con: a) uso de quetiapina (OR: 11,2; IC= 5,69-22,14;  $p<0,001$ ) y b) uso de topiramato (OR: 7,65; IC= 1,57-37,15;  $p=0,001$ ).

**Conclusiones:** El riesgo de interacciones medicamentosas cuando se combinan FARVs con fármacos del SNC es alto, especialmente si se utilizan IPs, elvitegravir/cobicistat, quetiapina y topiramato. Se recomienda utilizar estas combinaciones sólo si es imprescindible y tras descartar previamente el riesgo de posibles interacciones.

**Palabras clave:** prisión; VIH; interacciones medicamentosas; tratamiento antirretroviral.

# Intervención psicoeducativa en pacientes con trastorno mental severo en el Centro Penitenciario Puig de les Basses

Pisonero Torralba L, Comas Bosch E, Tribo A, Mariscot Bas MC, Ravetllat Adell N

Centro Penitenciario Puig de les Basses. Figueres. Girona.

**Objetivo:** Proporcionar herramientas de manejo al paciente con enfermedad mental severa, para llevarlas a cabo en su día a día y mejorar su convivencia en el Centro Penitenciario.

**Método:** Se realizan sesiones grupales de entre 8 y 10 pacientes, que residen en el Centro Penitenciario Puig de les Basses (CPPB) con enfermedad mental grave y que están en seguimiento con el ESM (Equipo de Salud Mental). Las sesiones se realizan con periodicidad semanal durante dos meses en el aula polivalente del módulo Educativo. Están dirigidas por la enfermera de salud mental, con la colaboración del resto del equipo: psicóloga CAS y PSP (programa soporte a la primaria), terapeuta ocupacional y psiquiatra.

El contenido de las sesiones se estructura en el conocimiento de la enfermedad, autocura y habilidades en el manejo de las dificultades que comporta el trastorno mental severo.

**Resultados:** A lo largo de la intervención grupal, la asistencia a las sesiones por parte de los pacientes (descartando las incidencias regimentales) fue muy satisfactoria destacando la actitud participativa de todos los usuarios.

La puesta en marcha del grupo psicoeducativo ha facilitado al paciente con Trastorno Mental Severo (TMS), una vinculación más estable con el ESM y un mayor conocimiento de la propia enfermedad.

**Conclusiones:** Las sesiones grupales entre pacientes de perfiles similares ayudan a crear una buena cohesión de grupo que junto a los conocimientos y habilidades adquiridas mejora la calidad de vida de la persona dentro del Centro Penitenciario.

Debido a la eficacia de las sesiones por parte del paciente se realiza la demanda de realizar más sesiones grupales para el apoyo y refuerzo de la enfermedad mental.

**Palabras clave:** TMS, psicoeducativo, penitenciario, salud mental.

# El reto de la conducta suicida en prisión: la implementación de un programa para minimizar su efecto

Guerrero Moreno RA<sup>1</sup>, Camps J<sup>2</sup>, Casaus P<sup>3</sup>, Fernandez P<sup>2</sup>, Muro A<sup>4</sup>, Saldaña J<sup>2</sup>, Sole C<sup>1</sup>, Turu E<sup>1</sup>, Valdivieso S<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Secretaría de Mesures Penals, reinserció i atenció a la víctima.

<sup>3</sup>Institut Pere Mata.

<sup>4</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

**Objetivo:** La tasa de suicidios en presos es alta, más en los primeros días de ingreso y en algunas personas por sus características sociales o psiquiátricas. Se elabora un programa de prevención, intervención y postvención para reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) en esta población.

**Método:** En el mes de septiembre de 2017 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar: profesionales de vigilancia interior (VI), de rehabilitación y tratamiento (RHB), de equipos de atención primaria (EAP) y de salud mental (SM) para diseñar una propuesta que incluyera: objetivos, metodología (criterios, condiciones y normas a seguir), resultados y plan de evaluación. Para ello, se consultó a expertos, se recogieron experiencias propias y se revisó la bibliografía utilizando reuniones presenciales y telemáticas.

Se acordó realizar una detección sistematizada del riesgo de suicidio al ingreso en los 9 centros penitenciarios de Cataluña. Cualquier profesional podía actuar como agente de detección. La evaluación del riesgo suicida la realizarían los médicos del EAP y de SM mediante análisis de factores de riesgo e impresión clínica con apoyo de instrumentos validados. Se creó un procedimiento específico en la historia clínica informatizada, que recoge los factores de riesgo y el resultado de la escala validada “Mini International Neuropsychiatric Interview”. Se acordó la derivación a psiquiatría según valoración del riesgo con intervalos de tiempo definidos. El psiquiatra decidiría finalmente el plan de intervención, las medidas de seguridad, el seguimiento clínico y la intervención psicológica. En el seguimiento longitudinal participa VI, RHB, EAPP y SM. Se creó: a) un registro de observación de señales de alarma, factores de riesgo y factores de protección utilizados; y b) la documentación que facilitase la coordinación y comunicación entre servicios.

**Resultados:** En julio de 2019, se publicó y se implementó el programa. El porcentaje de pacientes en los que se ha valorado el riesgo de suicidio ha pasado del 38% (julio 2019) al 85% (diciembre 2019). En ese período, se produjeron 3 suicidios consumados, todos en el mes de julio. El primer análisis y evaluación del programa está previsto efectuarse en enero de 2021.

**Conclusiones:** Se observa una progresiva implementación y aceptación del programa, que alcanza al 85% de los ingresos a los 5 meses. Se prevé que el trabajo multidisciplinar, la búsqueda proactiva y participativa de los diferentes servicios incida en la disminución significativa de conductas suicidas.

**Palabras clave:** prevención; suicidio; prisión; programa.



# Comprobación de interacciones de metadona con fármacos con riesgo de prolongar el intervalo-QT en prisión

Nogales-Garcia M, Velasco Garcia R, Errasti Gochicoa A, López de Arcaute A, Campo Martinez de Zuazo AI, Larrabeiti-Etxebarria A

Centro Penitenciario Araba. Hospital Universitario de Álava. Álava.

**Objetivo:** Comprobar las interacciones de metadona junto con otros fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT y conocer el efecto de la prescripción de metadona junto con estos fármacos en un centro penitenciario.

**Método:** Entre el 1 de diciembre del 2014 y el 31 de enero del 2020 se detectaron las interacciones farmacológicas entre la metadona y otros fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT en la prescripción electrónica.

Para ello, se contó con la ayuda de una base de datos donde se introdujeron las interacciones farmacológicas de metadona con este tipo de fármacos y se unió informáticamente con la prescripción electrónica del paciente. De esta manera, al prescribir metadona y un fármaco con efectos potenciales sobre el intervalo QT se generaba una alerta. Asimismo, se registraba dicha interacción en la historia clínica electrónica del paciente.

Con ello, se informaba al médico responsable del paciente de la interacción y se recomendaba realizar un seguimiento electrocardiográfico. Después de la recomendación el médico valoraba indicar un ECG y, en ese caso, el personal de enfermería realizaba la prueba.

Así, se acordó realizar un ECG de control a todos los pacientes que iniciaban dentro de esta prisión un tratamiento con medicamentos que afectaban al intervalo QT (uno de ellos metadona). También se realizó un ECG a los pacientes que ingresaban en esta cárcel con estos medicamentos, tanto si provenían de otra prisión como si provenían de su domicilio o de centros de reinserción.

Dado que el paciente institucionalizado en prisión está accesible para el servicio sanitario en un espacio reducido, consideramos una medida de seguridad clínica el realizar esta prueba.

**Resultados:** Entre 1/12/2014 y 31/01/2020 se detectaron 118 prescripciones de metadona junto con otros fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT. De esos, 102 fueron prescripciones con quetiapina, 13 con citalopram y 3 con paliperidona.

En todos los casos se anotó en la historia clínica del paciente y se informó al médico responsable de manera verbal sobre el tipo de interacción y de los medicamentos implicados para que valorase realizar un ECG. El médico indicó realizar un ECG a todos ellos. Ningún paciente presentó prolongación del intervalo QT en su ECG.

**Conclusiones:** Aunque en ningún paciente se visualizó alteraciones en el intervalo QT, la identificación de este tipo de interacciones permite mejorar la calidad de la atención y mejorar la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** interacciones; intervalo Q-T; prolongación; metadona.

# PSI penitenciario: perfil de usuarios atendidos en el programa después de su primer año de implantación

Macia L, Luna E, Martínez-Azofra A, Dotor P, Sierra D, Llerena S

Centro Abierto Barcelona PSSJD. Barcelona

---

**Objetivo:** El modelo de seguimiento de gestión de casos en salud mental comunitaria es uno de los modelos de atención clínica e intensiva, idóneos para abordar el perfil de paciente crónico/complejo garantizando su plena participación en todo momento. Las tasas de Trastorno Mental en el ámbito penitenciario son claramente más altas que en la población general. A su salida en libertad las personas con TMS muestran mayor marginalidad, altas tasas de re hospitalización y reincidencia; así como una mayor dificultad para la vinculación a recursos de la red sanitaria / social y otros recursos comunitarios normalizados. El objetivo del presente estudio es conocer determinadas características sociodemográficas, clínicas y sociales de las personas atendidas en el Programa PSI Penitenciario en su primer año de funcionamiento.

**Método:** Estudio descriptivo y transversal en una muestra de 64 pacientes en los que se registró la checklist. Se seleccionan las variables sociodemográficas, diagnóstico, diagnóstico psicosocial y condiciones sociales adversas para valorar la vulnerabilidad social.

**Resultados:** De la muestra obtenida con 64 personas, 49 son hombres. La media de edad es de 43 años. Un 19% ha nacido fuera de España. Respecto al Diagnóstico principal un 26% presenta un trastorno esquizofrénico, 10% trastorno bipolar, 9,4% un trastorno depresivo mayor y destaca el trastorno límite de personalidad con un 34,4%. Muy presentes están los trastornos por uso de sustancias (incluimos alcohol, heroína y cocaína) presentes en más del 80% de personas atendidas. Más de la mitad de la muestra estudiada (62,5%) presenta un diagnóstico de Problemas de vivienda y económicos y un 12% son personas sin hogar. Un 54,7% dice encontrarse en situación de pérdida de recursos económicos. El 75% expresa condiciones económicas adversas al salir de prisión.

**Conclusiones:** Gran parte de la población atendida presenta un criterio de vulnerabilidad social importante poniendo de relieve este criterio en las derivaciones. Varios autores señalan que los programas específicos que proporcionan apoyo biopsicosocial basado en Tratamiento Asertivo Comunitario y en el modelo de la Gestión de Casos de forma extensa y planificada mejora la calidad de vida y la reinserción en la sociedad de personas con TMS que salen de prisión a la comunidad. Los resultados obtenidos muestran que el modelo de atención da una respuesta a una realidad que hasta ahora no estaba atendida. El estudio muestra cómo los usuarios derivados presentan unos criterios de vulnerabilidad social justificando este tipo de atención en el momento de su llegada a la comunidad para favorecer la reinserción en la comunidad.

**Palabras clave:** salud mental; continuidad asistencial; reinserción; recuperación.

# Implantación del tratamiento directamente observado en el Centro de Salud Mental de Zaballa

Castillejo Serrano S, Cayetano López M, Plaza Salazar L

Centro Penitenciario Zaballa. Álava.

## Objetivo:

- Aumentar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
- Disminuir el mal uso y el abuso de la medicación psicotrópica prescrita.
- Reducir la incidencia de sobredosis medicamentosa.

**Método:** El Tratamiento Directamente Observado (TDO) consiste en la administración de la medicación psicofarmacológica y la supervisión de la ingesta en aquellas personas internas con pauta de psicofármacos.

Este procedimiento comienza su implantación en noviembre de 2020. Para medir los resultados se realiza un análisis cuantitativo pre-post intervención de los diferentes fármacos en los módulos en los que se va a dispensar el tratamiento, así como un balance de sobredosis/muertes relacionadas con sobreingesta medicamentosa.

El estudio se ha realizado en los tres módulos que tienen mayor incidencia de Trastorno por uso de sustancias (DSM-V F19.1) y en los que hay un tráfico de sustancias ilegales notable.

Los fármacos que se han analizado son las benzodiacepinas, por el abuso que se ha objetivado en esta muestra y por la dependencia, tolerancia y adicción que generan.

- Módulo 3 (39 pacientes): 111 comp.
- Módulo 5 (40 pacientes): 93 comp.
- Módulo 10 (19 pacientes): 52 comp.

Total sobredosis 01-11/2020: 14

Total muertes por sobreingesta medicamentosa 01-11/2020: 1

**Resultados:** Tras 6 meses de implementación del procedimiento, se ha objetivado un descenso de toma de psicofármacos por parte de los pacientes, fruto de la racionalización del tratamiento por parte de los facultativos especialistas.

- Módulo 3 (35 pacientes): 70 comp.
- Módulo 5 (34 pacientes): 83 comp.
- Módulo 10 (19 pacientes): 15 comp.

Total sobredosis 11/20-08/2021: 0

Total muertes por sobreingesta medicamentosa 11/20-08/2021: 0

**Conclusiones:** Mediante el TDO se ha conseguido un uso favorable de las benzodiacepinas y una mejor adherencia a estas, así como un ajuste de los tratamientos, disminuyendo así la medicación psicotrópica prescrita.

También se ha reducido el tráfico ilícito de medicación al promover una mejor adherencia al tratamiento.

Durante este periodo no se han producido sobredosis ni altercados relacionados con el uso de la medicación.

Hay que tener en cuenta que la muestra no es estable, puesto que hay traslados de pacientes, libertades o nuevos ingresos.

Convendría seguir analizando el impacto del TDO en el resto de módulos y otros psicofármacos.

**Palabras clave:** adherencia tratamiento; sobredosis medicamentosa; benzodiacepinas; tratamiento directamente observado.

# Experiencia de deprescripción de psicotropos en un centro tipo

Antón Basanta JJ, Hervás Leyva G, Ruiz Rodriguez F

Centro Penitenciario Albolote. Granada.

**Introducción:** La deprescripción se define como la retirada supervisada por un médico de fármacos inapropiados.

La prescripción de psicotropos en prisiones es muy elevada. En febrero 2021 el 40% de la población penitenciaria (no se incluyen los Hospitales Psiquiátricos), tenía prescrito algún psicofármaco, con una media de 2,5 psicofármaco/interno. Los pacientes polimedcados (más de 5 fármacos prescritos o uso inadecuado de fármacos en un paciente) tienen una mayor probabilidad de sufrir algún evento adverso.

Por otro lado, la tasa de mortalidad en IIPP relacionada con drogas en los años 2017, 2018 y 2019 fue de 28 (0,54/1000), 61 (1,19/1000) y 37 internos (0,73/1000) respectivamente. En nuestro Centro hubo 2 muertes relacionadas con drogas en 2017, 2 en 2018 y ninguna desde entonces.

**Objetivo:** Describir el proceso de deprescripción de psicotropos realizado en nuestro Centro.

**Método:** Se incluyen los módulos más conflictivos y con mayor prevalencia de tratamientos psicotropos (50-70% de los internos) M5, M4 y M1. Se comienza en 2018, continuando en la actualidad.

- Se identifica la medicación más prevalente y susceptible de producir eventos adversos: Benzodiazepinas, gabapentinoides, quetiapina, amitriptilina y tramadol (datos del Ministerio del Interior y revisiones bibliográficas) -Se proponen pautas de reducción en aquellos tratamientos que se consideran innecesarios y/o en pacientes de alto riesgo de sufrir eventos adversos por su perfil de adicciones.
- Se conservan, para los trastornos de depresión y ansiedad con diagnóstico clínico, los antidepresivos. Como hipnóticos, en periodos cortos, trazodona, mirtazapina o valeriana.
- Se realiza seguimiento de la evolución de las prescripciones de psicofármacos desde la implantación del programa hasta la actualidad.
- También se lleva a cabo una recogida de datos de incidentes regimentales para comprobar si hay algún impacto en las mismas.

**Resultados:** Nº Internos con psicotropos:

M5: 2017: 58%; 2018: 16%; 2019: 10%; 2020: 3%; 2021: 5%

M4: 2017: 69%; 2018: 55%; 2019: 47%; 2020: 10%; 2021: 4%

M1: 2017: 61%; 2018: 58%; 2019: 53%; 2020: 49%; 2021: 11% Total Centro: 2017: 43%; 2018: 35%; 2019: 33%; 2020: 24%; 2021: 18%.

Incidentes regimentales totales por día: 2019: 2,24; 2020: 1,87; 2021 (hasta 09/08): 1,68 En estos módulos la demanda de psicotropos prácticamente ha desaparecido.

**Conclusiones:** La deprescripción de psicofármacos es posible en las prisiones. Se observa una disminución del número de muertes asociadas al uso de drogas y el número de incidentes regimentales. Sería recomendable hacer estudios para confirmar los datos encontrados.

**Palabras clave:** deprescripción; psicofármacos; polimedicación; adicciones.

# COMUNICACIONES. ATENCIÓN PRIMARIA

## Análisis del nivel de satisfacción de los alumnos de la escuela de adultos del CP Mas d'Enric, tras recibir formación teórico-práctica en soporte vital básico + desa y valoración del desarrollo de programas educativos sanitarios

Zamora Torres A, Baquero Murillo HA

Centro Penitenciario Mas d'Enric. Tarragona.

**Objetivo:** Realizar un curso piloto de soporte vital básico (SVB) para conocer el interés de nuestra población en recibir educación sanitaria.

Analizar el nivel de satisfacción percibida sobre la acción formativa, teórico-práctica en SVB incluyendo Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) y maniobra de Heimlich.

Valorar, el desarrollo de un programa de acciones educativas tipo “Salut i Escola”.

**Método:** Una enfermera y un Médico de Familia del Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP), en coordinación con la Dirección de la Escuela de Adultos, planificaron la acción formativa teórico-práctica de 4 horas de duración total para los asistentes.

Desde la escuela se ofertó a los alumnos del turno de nueve a once de la mañana, la formación en Soporte Vital Básico, como actividad extracurricular voluntaria.

La formación contó con dos partes diferenciadas: Una sesión que incluía a todos los participantes, en la que se abordaron los aspectos teóricos y dos sesiones prácticas, en las que se dividió al grupo total en dos. Se pusieron en práctica los conocimientos teóricos adquiridos y se simularon situaciones cotidianas contando con material didáctico como muñecos de entrenamiento o aparatos DESA cedidos por la Unidad de Formación de la Dirección de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS) del Camp de Tarragona.

**Resultados:** Se inscribieron a la actividad catorce alumnos, doce iniciaron la formación y once la finalizaron (el doceavo alumno fue puesto en libertad entre la sesión teórica y la práctica).

A los que finalizaron la actividad se les realizó un cuestionario de satisfacción estándar del ICS compuesto de seis bloques de preguntas, puntuables de 1 a 6, siendo 1 la peor puntuación posible y 6 la máxima:

- 1: organización del curso, 3 preguntas con una valoración media de 5.91 sobre 6.
- 2: materiales didácticos, dos preguntas y una puntuación media de 5.87 sobre 6.
- 3: objetivos y contenidos, 4 preguntas y obtuvo 5.94 puntos sobre 6.
- 4: metodología, 2 cuestiones. 5.91 de media sobre 6.
- 5: aplicabilidad, 2 preguntas obtuvo 6 sobre 6 posibles.
- 6: valoración general, 5 preguntas puntuó una media de 5.76 sobre



**Conclusiones:** Tras los resultados obtenidos concluimos que la acción formativa ha sido exitosa. Algunos alumnos demandan realizar una segunda edición. Cabe destacar que la puntuación media no ha sido inferior en ningún caso a 5.76 sobre un máximo de 6 puntos. El equipo sanitario plantea seguir coordinando con la Escuela de Adultos acciones futuras.

**Palabras clave:** educación sanitaria; formación; soporte vital básico; análisis.

# Implementación del proyecto “abraça’m” dirigido a formar a personal no sanitario en la atención inmediata en situaciones de atragantamiento mediante la maniobra de Heimlich

Zamora Torres A, Barquero Murillo HA

Centro Penitenciario Mas d’Enric. Tarragona.

**Objetivo:** Garantizar una atención inmediata, no profesional y de calidad en situaciones de atragantamiento que pueden producirse en los comedores del Centro Penitenciario Mas d’Enric.

Formar al personal funcionario y a los internos que intervienen en los puestos comedores de los módulos en la atención inmediata en situaciones de atragantamiento mediante la maniobra de Heimlich.

**Método:** El Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) de Tarragona adoptando la iniciativa de un centro de salud del Territorio y con el mismo objetivo, adaptó el proyecto “Abraça’m” al Centro Penitenciario Tarragona, Mas d’Enric.

Se presentó a la Dirección del Centro Penitenciario (C.P.), con el apoyo de la Dirección Sanitaria del EAPP, una propuesta de proyecto de formación consistente en que un equipo constituido por enfermera y médico realizan un adiestramiento teórico-práctico de carácter voluntario, al personal funcionario y a los internos que desarrollan sus tareas en los distintos comedores del C.P.

La formación prevé una sesión teórica y otra práctica, con material didáctico de soporte, ambas de una hora de duración, en que se pone de manifiesto que la maniobra de Heimlich es el procedimiento de emergencia utilizado para tratar el atragantamiento y que no hace falta ser un profesional de la salud para realizarla.

Se plantea poder realizar la formación al personal funcionario, en los espacios de tiempo en que los internos permanecen dentro de sus celdas, para evitar interferencias.

Al finalizar la formación el alumnado la valorará, mediante encuesta de satisfacción estandarizada.

**Resultados:** La reunión con el equipo Directivo del Centro Penitenciario y la exposición por parte de los profesionales del EAPP de los objetivos del proyecto, se llevó a cabo sin ningún contratiempo.

La Dirección de la Prisión tomó nota de la iniciativa y de la propuesta, mostrando interés por llevarla a cabo.

La Dirección del Centro Penitenciario solicitó acotar la duración de las sesiones con el fin de coordinarlo con el personal funcionario.

**Conclusiones:** El EAPP queda pendiente de la coordinación necesaria con la Dirección del Centro Penitenciario para iniciar implementación del Proyecto.

Desde el EAPP se da prioridad a la formación de personal no sanitario en este tipo de intervenciones, por ello, se ha incluido en el programa de formación en Soporte Vital Básico un espacio dedicado al desarrollo de la técnica y a la práctica de la maniobra de Heimlich.

Los usuarios que han realizado la formación que incluye la maniobra de Heimlich han valorado muy positivamente la formación teórico-práctica.

**Palabras clave:** Heimlich; maniobra; atragantamiento; formación sanitaria.

# Programa de rotación de los MIR de medicina familiar y comunitaria en el Centro Penitenciario de Araba/Álava

López de Arcaute Trincado A, Roy López-Cano I, Vargas Axpe A, Pujol Padro ME, Beltrán de Nanclares L, Campo Martínez de Campo AI

Centro Penitenciario Araba/Álava. Álava.

---

**Introducción:** La asistencia sanitaria de los Centros Penitenciarios del País Vasco está transferida a Osakidetza desde Julio del 2011. Fruto de esta transferencia, nació un interés mutuo por conocerlos. Por dicho motivo, en nuestra Organización de Servicios, se consideró imprescindible incluir la Medicina Penitenciaria en el programa de formación de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

## Objetivo:

- Dar a conocer el funcionamiento de la Medicina Penitenciaria a los médicos en formación. Conocer los protocolos de trabajo, tipo de pacientes y peculiaridades de un Centro de Salud penitenciario.
- Acercar la Medicina Penitenciaria al resto de la comunidad sanitaria, dado el gran desconocimiento de la misma por la ausencia de transferencias a los Servicios de Salud autonómicos.

**Método:** En colaboración con la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Álava, se creó una rotación de una semana para los MIR-4.

Se estableció una rutina de formación que persigue abarcar todas las facetas de la medicina penitenciaria.

Reciben formación teórica sobre el Reglamento Penitenciario (artículos en los que interviene el equipo sanitario).

Se comparten con el MIR consultas en módulos de hombres y mujeres, conflictivos y de respeto y Enfermería.

Igualmente comparten la consulta por Telemedicina con el Servicio de Infecciosas del hospital de referencia.

Contamos con la colaboración del Servicio de Psiquiatría y del Equipo de Toxicomanías (con los que también pasan consulta).

Estamos también abiertos a las peticiones de rotaciones externas de residentes de otras comunidades, muchos de ellos interesados en la manera de llevar a la práctica la sanidad penitenciaria transferida.

**Resultados:** Durante los 5 cursos han rotado por nuestro centro 91 residentes distribuidos de la siguiente manera:

- Curso 2016-17: 14
- Curso 2017-18: 14
- Curso 2018-19: 20
- Curso 2019-20: 18
- Curso 2020-21: 20

Durante 2017-18, realizaron su rotación externa durante un mes dos residentes: de Barcelona y de Granada, en febrero'19 una de Tenerife y en 2020 dos de Bizkaia.

Tras su rotación, rellenaron una encuesta de satisfacción en la que destaca el alto/muy alto grado de satisfacción con la misma.

Muchos de ellos solicitan la ampliación del período de rotación.

**Conclusiones:**

- La sanidad penitenciaria no debe ser una isla y debe formar parte de la formación de los MIR.
- La experiencia de rotación ha resultado muy gratificante tanto para los MIR como para el personal sanitario penitenciario.
- Sería conveniente ampliar el período de rotación a dos semanas
- Dada la buena aceptación del programa, recomendamos la implementación de programas similares en otros centros penitenciarios.

**Palabras clave:** MIR; sanidad penitenciaria; MFYC.

# Talleres de constelaciones familiares con pacientes privados de libertad

Bautista Martínez MR, Capella Pujulà N, Llaveró Subirats H,  
Subirós Teixidor RM, Carreras Fortia D, González Boris O

Centro Penitenciario Puig de les Basses. Figueres. Girona.

---

**Objetivo:** Querer sanar problemas de salud y conducta, a través de constelaciones familiares (talleres grupales) de un grupo de internos penados por delitos de violación y pederastia del centro penitenciario Puig de les Basses de Figueres.

**Método:** Estos talleres consisten en un juego de roles en el que un integrante del grupo representa el papel del individuo con el cual se tiene el conflicto.

Están formados por pacientes privados de libertad, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, personal sanitario, coordinadores de las constelaciones familiares y otras personas que tengan interés en generar movimientos sanadores en ellos y en el grupo.

Una vez al mes, en una sala habilitada nos reunimos de 10 a 12 personas y entre ellas está el constelador que ejerce de terapeuta y organiza la dinámica. Cada uno de los participantes tiene un turno para constelar a su propia familia, durante una hora, aproximadamente. Durante el tiempo en que transcurre una constelación, el resto de participantes escenifican y representan las vivencias inconscientes de la persona que está realizando la terapia. De este modo, la dinámica terapéutica se va encadenando y cada participante realiza su propia terapia personal y participa de la terapia de los demás asistentes. El modo de trabajar es totalmente vivencial. Todos los asistentes llevan a cabo su propia terapia, pero también se benefician al experimentar todos los roles representando a los familiares de los otros participantes, y trazando similitudes con sus propias historias personales y familiares.

**Resultados:** De los 5 talleres de constelaciones familiares que se han realizado, se ha evidenciado un cambio notable tanto físico como relacional en los participantes privados de libertad. Todos ellos han constatado haberse desprendido de un peso interno, no material, que les hace sentirse más ligeros, y una mejora en las relaciones con la familia al igual que con los compañeros del módulo residencial donde actualmente habitan.

**Conclusiones:** Las constelaciones familiares parecen estar poniendo orden y equilibrio en conflictos familiares enquistados, de manera que el paciente abre cada vez más su abanico de posibilidades innatas para ir solucionando, él mismo, problemas ancestrales que antes no veía y que ahora le servirán para avanzar cada vez más en su propia sanación.

Debido al gran resultado, totalmente subjetivo de los pacientes, se plantea seguir haciendo dichos talleres ya que a medida que se van realizando sesiones se van solucionando conflictos y mejorando en salud física y mental.

**Palabras clave:** constelaciones; sanar; talleres; privados de libertad.

# Intervenciones de enfermería en los niños y niñas en el departamento de madres del Centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona

Carreras Corchado N, Guixé Prat Q, Torrella Soler M

Centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona Wad-Ras. Barcelona.

**Objetivo:** Conseguir la total informatización de la Historia clínica de los niños y niñas que viven en el Departamento de Madres del Centro Penitenciario de Mujeres llevando a cabo el Programa del niño sano.

**Método:** Estudio longitudinal y descriptivo, realizado en el centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona de enero a diciembre de 2019. Se recogen las siguientes variables sociodemográficas (origen, nacionalidad, edad madre, edad niños, tiempo de estancia en Departamento). Se analizaron el número de visitas conjuntas de enfermería y pediatra, así como las intervenciones de enfermería realizadas (vacunaciones, educación sanitaria, seguimiento programa del niño sano). Se realiza traspaso de historia clínica manual a informatizada.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 60 niños/as. Se obtienen variables sociodemográficas sobre origen, nacionalidad, edad de madre, edad de niños/as. Madres con media de edad de 28 años; 48 de origen español, 4 brasileñas, 3 rumanas, 1 nigeriana, 1 magrebí, 1 boliviana, 1 colombiana y 1 francesa. Edad media de los niños/as al ingreso 9 meses. Media de tiempo de estancia en el Departamento de Madres, 248 días. Se obtienen resultados de 348 visitas conjuntas con pediatra, i 396 intervenciones de enfermería, entre las cuales se registran 163 vacunas administradas. Se realizan 233 intervenciones de enfermería con el objetivo de empoderar a la madre en el cuidado de su hijo durante los 3 primeros años de vida.

**Discusión:** La informatización de la Historia Clínica de los niños ha supuesto una clara prevención de posibles estigmas y su total integración en la comunidad. El Equipo de Enfermería del Centro valora positivamente el que las madres puedan estar con sus hijos los primeros 12 meses de vida. El Departamento acoge los niños hasta los 3 años de vida. Se detectan diferencias notables respecto la maternidad y el cuidado de los niños/as según origen, edad y situación social. Enfermería realiza intervenciones con el objetivo de hacer madres autogestoras del cuidado de sus hijos/as. Detectamos que vivir y convivir en el Departamento de Madres, con atención sanitaria 24 horas conlleva que las madres tengan más dificultades en generar estrategias resolutivas para el cuidado de sus hijos.

**Palabras clave:** madres; hijos; centro penitenciario.



# Programa del cuidado del pie por el equipo de enfermería en un centro penitenciario

López de Arcaute Trincado A, Atrio I, Viejo MA, Velasco R, Ruiz de Azúa A, Martín M

Centro Penitenciario Araba/Álava. Álava.

---

**Introducción:** El cuidado del pie en los centros penitenciarios ha sido, tradicionalmente, un punto débil en los cuidados de los pacientes presos debido a la ausencia de podología en la cartera de servicios de la Sanidad Penitenciaria, sumada a la alta prevalencia de afecciones en los pies de nuestros pacientes y a la imposibilidad de tener herramientas para el corte de uñas, etc... por parte de los internos, por motivos de seguridad.

Para paliar este déficit y, ante la alta demanda relacionada con el cuidado de los pies, el equipo de Enfermería de nuestro Centro inició un programa del cuidado del pie en el año 2015.

## Objetivos:

- Implementar un programa de cuidado del pie ante la elevada demanda del mismo.
- Proporcionar cuidado del pie a pacientes que no son autónomos para dicha tarea.
- Promover la educación en autocuidados del pie y la responsabilidad en la prevención de la aparición de nuevas lesiones.

**Método:** Realización de procedimientos sencillos de cuidado del pie y posterior educación en prevención y autocuidados. Debemos tener en cuenta que a nuestros pacientes sólo les está permitido tener cortaúñas simples que, en numerosas ocasiones no son suficientes para sus autocuidados. La atención más demandada fue la siguiente:

- Corte de uñas en pacientes no autónomos (obesidad, ancianos, discapacitados...)
- Hiperqueratosis ungueales (micosis) por no disponer los pacientes de tijeras apropiadas.
- Uñas encarnadas
- Queratosis plantares
- Papilomas o verrugas plantares

**Resultados:** Desde el año 2015 se han realizado el siguiente número de actos:

- 2015: 37
- 2016: 92
- 2017: 127
- 2018: 125
- 2019: 99
- 2020: 21 (reducción de actos por pandemia)

Los pacientes beneficiados por este programa han manifestado su satisfacción con el mismo y solicitan, periódicamente, el mantenimiento de dichos cuidados.

## Conclusiones:

- La implantación del programa de cuidado del pie ha resuelto la problemática de la atención de lesiones y/o cuidados del pie en numerosos pacientes que no son autónomos.
- El programa ha servido para captar a pacientes a los que poder educar y hacer responsables de su salud
- El programa genera un alto grado de satisfacción en el paciente.
- Consideramos conveniente la inclusión en la cartera de servicios de la sanidad penitenciaria la Podología.

**Palabras clave:** cuidado; pie; prisión.

# Proyecto PENI-EPOC: prevalencia real de fumadores y búsqueda activa de pacientes con EPOC en un centro penitenciario

López de Arcaute Trincado A, Tutor J, Velasco R, Pujol ME, Campo AI, Beltrán de Nanclares L

Centro Penitenciario Araba/Álava. Álava.

**Introducción:** Según la Encuesta Nacional de Salud'17, un 18,8% de mujeres y 25,6% de hombres fuman diariamente. En centros penitenciarios esas cifras son mucho mayores. Dada la relación entre tabaquismo y morbi/mortalidad es necesario aplicar medidas enfocadas a la reducción del tabaquismo en nuestros centros, así como la búsqueda activa de patologías asociadas.

## Objetivos:

- Conocer la prevalencia de fumadores en nuestro centro para reflexionar sobre medidas que posibiliten mejoras en el estado de salud: espacios sin humo/grupos de deshabituación.
- Búsqueda activa de pacientes EPOC para su diagnóstico y correcto tratamiento y para la creación de Grupos de intervención comunitaria.

## Métodos:

Fase 0:

- Censo inicial internos: 670
- Revisión pacientes diagnosticados de EPOC: 26 (5 mujeres y 21 hombres). Prevalencia pre-intervención EPOC: 3,88 (mujeres 6,02% hombres 3,52%)

Fase 1:

- Sesión clínica enfermería-medicina: explicación fases de Prochaska y clínica sugestiva de EPOC.
- Comienza fase de intervención: rellenar cuestionario de internos y nuevos ingresos. En fumadores interrogación sobre síntomas:
  - asintomáticos: consejo breve tabaco
  - sintomáticos: Consejo breve tabaco + citar espirometría

Fase 2:

- Formación progresiva de los enfermeros en realización de Espirometrías
- Establecer Circuito de Espirometrías

Fase 3:

- Sesiones clínicas: tratamiento, cuidados...
- Nuevos diagnósticos:
  - Enfermería: educación inhaladores, consejos, deshabituación tabáquica
  - Medicina: circuito de control EPOC (Rx, espirometría bianual...).

**Resultados:**

Fase 1: Censo: 668. Se realizó encuesta del tabaco a 661 (98,9%)

- Fumadores: 476 (71,2%)
  - Hombres: 420 (73%)
  - Mujeres: 56 (65,4%)
- De los fumadores:
  - Fase precontempladora 404 (84,87%)
  - Fase contempladora 40 (8,4%)
  - Preparación 11 (2,3%)
  - Acción 6 (1,26%)
  - Recaída 12 (2,51)
- Síntomas EPOC entre fumadores:
  - Hombres: 108 (25,7%)
  - Mujeres: 28 (50%)

Fase 2:

- Se ha realizado la formación de un enfermero en espirometrías.
- Actualmente en proceso de realización de espirometrías

**Conclusiones:**

- La prevalencia de fumadores en nuestro centro es muy alta: 71,2%
- Los pacientes con síntomas de EPOC suponen el 20,1% de la población total de nuestro Centro.
- En siguientes fases del proyecto (espirometría) habrá que ajustar el diagnóstico de EPOC. Con los datos de síntomas, cabe esperar una cifra muy superior a la prevalencia pre-intervención de 3,88% de EPOC, por lo que la EPOC estaría infradiagnosticada en nuestro Centro.
- Es muy necesaria la prevención e intervención sobre el tabaquismo: espacios sin humo/grupos de deshabituación.

**Palabras clave:** EPOC; tabaco; fumadores; prevalencia.

# Predecir el riesgo de diabetes *mellitus* tipo 2 no diagnosticada por el personal de enfermería de prisiones

Martín-Cocinas Fernandez MC, Jiménez Fernández-Henarejos A

Centro Penitenciario Murcia I.

**Objetivo:** Determinar el riesgo de padecer diabetes *mellitus* (DM) II a 10 años en los internos del Centro Penitenciario de Murcia I. Con cribaje a las personas mayores de 40 años sin más condicionantes y a los que tienen entre 26 y 40 años si tienen un factor de riesgo asociado, a través del test Findrisk. Conocer los factores de riesgo cardiovasculares asociados en los internos estudiados.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Con muestreo aleatorio estratificado de afijación simple por grupos de edad. Realizado a 128 internos durante los meses de octubre de 2017 a enero de 2018.

**Resultados:** Son todos del sexo masculino. La edad media fue de 49,12 +/- 6,79 (IC95% 40-80). La edad fue agrupada en menos de 45 años el 35,2% (45 internos); de 45 a 54 años el 46,9% (60 internos); de 55 a 64 años el 12,5% (16 internos) y más de 64 años el 5,55 (7 internos). El 21,9% de los internos presentó una puntuación de la escala de riesgo del test Findrisk  $\geq 15$  o alto riesgo a muy alto riesgo de padecer DM en los próximos 10 años.

Tienen sobrepeso el 44,5% y obesidad el 19,5%. No realizan ejercicio físico un 68,8%. Un 38,3% no consume fruta ni verdura. El 16,4% presentó antecedentes de hiperglucemia. Un 43% presentó un riesgo muy elevado por una circunferencia abdominal mayor de 102 cm. El 29,6% toma tratamiento para la tensión arterial. Un 43%, tienen antecedentes familiares de 1º grado de DM.

Las variables que se asocian a una escala de riesgo  $> 15$ , con mayor frecuencia fueron: No ejercicio físico con un 89,28%; antecedentes familiares de 1º grado con un 85,71%; una cintura mayor a 102 cm con un 75%; y no llevar una dieta saludable un 67,85%.

Los internos del estudio presentaron además otros FRCV asociados como son los siguientes:

Un 5,5% presentó unas cifras de glucemia basal  $>$  de 126mg/dl; un 28,1% tuvo una glucemia basal alterada (100-125mg/dl); un 37,5% presentó cifras  $>$  200mg/dl de colesterol; un 30,5% tuvo cifras superiores a 150mg/dl de triglicéridos, no conocidas anteriormente.

**Conclusiones:** La detección precoz por el personal de enfermería de DM nos permite disminuir la aparición de casos nuevos o retrasar el inicio de DM, aumentando la calidad de vida de los internos a través de la EpS, disminuyendo los FRCV asociados a la DM modificables como son sobre todo la dieta y el ejercicio.

**Palabras clave:** enfermera de prisiones; DM II; FRCV; EpS.

# Validez y fiabilidad de un dispositivo Android para la prevención del riesgo de caídas en mayores de 65 años

Vera-Remartínez EJ<sup>2</sup>, Molés-Julio MP<sup>1</sup>, Lázaro-Monge R<sup>2</sup>, Casado-Hoces SV<sup>3</sup>, Garcés Pina E<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Castellón I.

<sup>3</sup>Centro Penitenciario Madrid III

<sup>4</sup>Centro Penitenciario Zuera.

**Fundamento:** Las caídas en las personas mayores generan un problema de salud pública por su prevalencia, baste reseñar que, el 30% de la población mayor de 65 años sufre, al menos, una caída durante el último año. Lo mismo ocurre con el 35% de los mayores de 75 años y hasta en el 50% de los mayores de 80 años. La media de edad de los reclusos cada vez es mayor, aumentando el porcentaje de sexagenarios en las prisiones.

La tecnología avanza rápidamente y las aplicaciones tecnológicas de las que disponemos nos pueden ayudar a proporcionar con mayor rapidez un diagnóstico en salud que es de gran importancia para los profesionales.

**Objetivo:** Validar un dispositivo Android, llamado FallSkip, como herramienta predictora del riesgo de caídas en personas mayores y evaluar el riesgo de caídas en una muestra seleccionada de reclusos mayores de 65 años.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico, con diseño trasversal para evaluar la validez diagnóstica de la aplicación FallSkip. Se invitó a participar a todos los reclusos mayores de 65 años, ingresados en 4 centros penitenciarios, entre diciembre 2020 y marzo 2021. Se utilizó como criterio diagnóstico el haber sufrido alguna caída durante el último año. Las variables cuantitativas se expresaron como medias o medianas según su distribución. Las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas.

Se determinó la validez a través de la sensibilidad y especificidad. La fiabilidad a partir de los valores predictivos (positivos y negativos) y por la exactitud de la prueba. Se midió el riesgo de caídas en la muestra estudiada. Todos los participantes firmaron consentimiento informado. Se contó con el visto bueno de un comité de bioética y con la autorización de Instituciones Penitenciarias según Instrucción 12/2019.

**Resultados:** Participaron 81 personas (88,9% hombres). Mediana de edad 70,8 años (IQR: 67,6-74,5). Prevalencia de caídas 34,6% (IC95%: 24,2-44,9). Sensibilidad 60,7% (IC95%: 42,2-76,4); Especificidad 83,0% (IC95%: 70,8-90,8); VPP 65,4% (IC95% 46,2-80,6); VPN 80,0% (IC95%: 67,6-88,4). Exactitud 75,3% (IC95%: 64,9-83,4). Presentaron riesgo alto de caída 32,1%; moderado 37,0%; leve 23,5% y sin riesgo 7,4%.

**Conclusiones:** El dispositivo FallSkip se muestra como una herramienta muy adecuada en la valoración del riesgo de caídas. La muestra estudiada presentó un porcentaje de riesgo de caídas importante, por lo que se hace necesario la realización intervenciones mediante actividades físicas para mejorar el equilibrio y la estabilidad.

**Palabras clave:** estudio de validación; caídas; personas mayores; prisiones.

# Voces COVID-19 entre rejas

Subirós Teixidor RM, González Boris O, Bautista Martínez MR, Freixenet Ramírez FX, Capella Pujula N, Botí Colomina A, Poza Matias MF

Centro Penitenciario Puig de les Basses. Figueres. Girona.

**Introducción:** La declaración de un brote epidémico ocasionado por la COVID19, en el módulo 5 del Centro penitenciario Puig de les Basses de Figueres (CPPB) el 24 de diciembre de 2020, comportó el aislamiento de dicho módulo durante 1 mes, con el saldo de 41 positivos. El abordaje sanitario de la situación, exento de precedentes, generó la necesidad de elaborar protocolos de actuación en continua revisión. Comprender el significado de dicha experiencia sólo es posible mediante el significado de lo individual, por lo que las experiencias de vida de los pacientes durante este período son el marco de estudio de esta investigación.

**Objetivo:** *Principal:* Recoger evidencia sobre la experiencia vivida por los pacientes presos y aislados a causa de la Covid 19, con la finalidad de generar nuevo conocimiento que sea transferible a la mejora del abordaje de la atención sanitaria en situaciones semejantes.

*Objetivos secundarios:*

- Posibilitar la expresión de las vivencias en torno a la pandemia a los pacientes afectados por el brote de COVID 19 del módulo 5 del CPPB. Como sienten y perciben la enfermedad y el confinamiento, como repercute en su vida emocional, física, familiar y social.
- Identificar su propio sentir para comprender sus acciones.

**Método y técnicas:** Estudio de enfoque cualitativo, exploratorio, interpretativo, con una orientación fenomenológica.

**Población de estudio:** La población total del CPPB a 24 de diciembre de 2020 era de 690 personas, 655 hombres y 35 mujeres. El universo de nuestro estudio se centra en los 83 hombres, entre 18 y 74 años, residentes del módulo 5.

**Período de estudio:** Retrospectivo, del 24 de diciembre 2020 al 25 enero 2021.

**Recogida de datos:** 10 entrevistas en profundidad basadas en el modelo conceptual de Virginia Henderson fundamentado en las 14 necesidades básicas, a pacientes con pruebas PCR negativas, PCR+ asintomáticos y PCR + con síntomas COVID 19.

**Muestreo:** No probabilístico, a criterio o intencional de 10 personas.

**Validación:** Previo desarrollo, el proyecto ha sido validado por el Comitè ètic d'investigació Clínica IDIAP, con fecha 12/04/21 con el código 21/048-PCV.

**Resultados:** La transcripción y análisis de las entrevistas ha permitido elaborar un listado de carencias, quejas, dificultades de organización y recomendaciones de mejora sistematizados, desde el punto de vista del paciente.

**Conclusiones:** Las narrativas de los pacientes presos muestran una realidad que permanece escondida y callada. Conocer esa realidad aporta un valor indiscutible y necesario para un buen manejo del abordaje sanitario y la elaboración de protocolos de actuación.

**Palabras clave:** paciente preso; aislamiento; narrativas; COVID-19.



# Programa de adecuación de prescripciones de antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en prisión

Nogales-García M, Fernández López de Vicuña EM, Ruiz de Azua de Andrés A, Martín Rodríguez M, Tutor Ercilla J, López de Arcaute Trincado A

Centro Penitenciario de Zaballa. Álava.

---

**Objetivo:** Evaluar el cambio en las prescripciones de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y paracetamol tras realizar una intervención con una sesión formativa, dentro del proyecto 12 meses, 12 adecuaciones.

**Método:** Se diseñó el proyecto 12 meses, 12 adecuaciones el cual pretendía sistematizar revisiones de prescripciones crónicas, con la finalidad de adecuar el tratamiento de forma individualizada de los internos en un centro penitenciario. Se acordó revisar cada mes del año un tipo de medicamento después de realizar, al inicio del mes, una sesión informativa sobre las indicaciones y usos del medicamento en cuestión. Al transcurrir un mes se debía revisar el porcentaje de adecuación a esas indicaciones, sobre todo la suspensión del fármaco.

Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con AINE (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, dexketoprofeno, meloxicam, celecoxib y etoricoxib) y paracetamol en su tratamiento el 1/04/2019 y se evaluó la idoneidad de su indicación en ese momento.

**Resultados:** Se obtuvieron los siguientes resultados:

- AINE: antes de la sesión formativa había 95 pacientes (el 14,8% de los internos de la prisión) sin fecha de finalización en la prescripción. Un mes después de la sesión se contabilizaron 23 pacientes (el 3,5% de los internos de la prisión) que cumplían los criterios de continuación con AINE.
- Paracetamol: antes de la sesión formativa había 38 pacientes (el 5,8% de los internos de la prisión) sin fecha de finalización en la prescripción. Un mes después de la sesión se contabilizaron 11 pacientes (el 1,6% de los internos de la prisión) que cumplían los criterios de continuación con paracetamol.

**Conclusiones:** Existe un importante porcentaje de pacientes susceptibles de adecuación de su tratamiento con AINE y paracetamol, siendo la suspensión del medicamento el resultado más frecuente. El grado de aceptación de las intervenciones por parte del prescriptor fue del 75,8% en el caso de los AINE y el 71% en el caso del paracetamol. Sería interesante la continuación de este tipo de programas de adecuación de tratamientos con otro tipo de medicamentos y mantenerlos en el tiempo.

**Palabras clave:** AINE; paracetamol; adecuación; intervención.

# COMUNICACIONES.

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### Eliminación de la hepatitis C en los reclusos de Cataluña: fortalezas, oportunidades y amenazas tras 17 años de tratamiento y más de 2000 infectados tratados

Marcos Mouriño A<sup>1,2</sup>, Espinosa MI<sup>3</sup>, Guerreño RA<sup>1,2</sup>, Gallego C<sup>2</sup>, Sastre A<sup>2</sup>, Teixidó N<sup>2</sup>, Vaz E<sup>2</sup>, Planella R<sup>2</sup>, Touzón C<sup>2</sup>, Ruiz A<sup>2</sup>, Solé C<sup>2</sup>, Turu E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Salut Penitenciària. ICS. Institut Català de la Salut.

<sup>2</sup>Grupo de Enfermedades Infecciosas de Prisiones (Grumip).

<sup>3</sup>Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament (UCEM).

**Objetivo:** Analizar es posible la eliminación de la hepatitis C en los presos de Cataluña y describir fortalezas, oportunidades y amenazas para conseguir este objetivo.

**Método:** Se revisan los tratamientos prescritos para la hepatitis C crónica en presos de Cataluña (2003-2019). Se comprobó tasa de discontinuación y causa, y en los tratados en 2002-2016 la tasa de reinfección. Se determinó la tendencia temporal de la infección. También se comprobó el porcentaje de virémicos, total y por centro penitenciario (CP) a 31 de diciembre de 2019, así como las causas de no tratamiento. Tras el análisis, se definen fortalezas, oportunidades y amenazas para conseguir la eliminación de la hepatitis C.

**Resultados:** Se han prescrito 2004 tratamientos: 872 con biterapia, 43 con biterapia más boceprevir o telaprevir, y 1089 con antivirales de acción directa (AAD). La tasa de RVS con AAD es del 98,6% “por tratamiento realizado” y la tasa de discontinuación del 4,5%. La mayor causa de discontinuación es la excarcelación (89%). La tasa de reinfección global es de 2.9 por 100 pacientes y año (pa), ocurre sólo en usuarios de drogas intravenosas (3,9 por 100 pa) y es mayor en infectados por VIH (5,6 por 100 pa).

La tasa de infectados al ingreso aún es elevada. El mayor CP de preventivos de Barcelona detectó el 4,6% de infectados en el screening de ingreso en un estudio reciente y el 10,5% de estas infecciones (más en extranjeros; OR= 3,23; IC= 1,08-9,64) eran “ocultas” (desconocidas por el sistema sanitario y por el paciente).

A 31 de diciembre de 2019, sólo el 0,65% de los virémicos no había iniciado tratamiento y en 3 CP (37,5%) el porcentaje de virémicos no tratados era del 0%. La principal causa de no tratamiento es el ingreso reciente en prisión o estar pendiente de excarcelación próxima (43,2%).

**Conclusiones:** La viremia por VHC se ha reducido extraordinariamente en los presos de Cataluña. Sólo el 0,6% de los infectados no está tratado, la mayoría por ser ingresos recientes. Son fortalezas: la motivación de los profesionales y el compartir los objetivos, que genera muy buenos resultados. Es una “oportunidad” la detección de infectados, algunos “ocultos”, mediante el screening de ingreso. Las amenazas son: 1. la discontinuación del tratamiento por la excarcelación, reducida con el uso de la enfermera de enlace; y 2. la tasa de reinfección post-RVS en consumidores de drogas por vía parenteral.

**Palabras clave:** prisión; Hepatitis; viremia; eliminación.

# Concordancia de la elastografía de transición vs. APRI y FIB4 en internos con hepatitis C crónica sin enfermedad hepática avanzada de los Centros Penitenciarios de Brians 1 y Brians 2

Yela González E, Quintero S, Solé N, Ruiz-de Amos J, Lara-Conejero S, Puig-García L

Centro Penitenciario Brians I y Centro Penitenciario Brians II. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona

**Objetivo:** Determinar la concordancia entre la elastografía de transición (ET) y los Métodos Indirectos (MI) APRI (AST to Platelet Ratio Index) y FIB4 (Fibrosis 4) en internos con hepatitis C crónica sin enfermedad hepática avanzada (EHA).

**Método:** Estudio retrospectivo que incluyó los pacientes de los centros penitenciarios (CP) de Brians1 y Brians2 en los que se disponía de ET en el periodo 1 de Enero 2019 a 31 de diciembre 2019. Se utilizó estudio analítico que no fuera superior a 6 meses de la práctica de ET e incluyera recuento de plaquetas y determinación de GOT y GPT. Se recogieron las variables edad, sexo, origen, RNA VHC, genotipo, infección VIH y tratamiento de hepatitis (sí Vs no) posterior a realización de ET.

Se consideró grado de fibrosis “0”, “1”, “2” “3” y “4” si el resultado de la ET era <7,5 Kpa, entre 7,5 y 9 Kpa; entre 9,1 y 12,5 Kpa, entre 12,6 y 14 kpa y  $\geq 14$  Kpa, respectivamente. En todos se calculó también el grado de fibrosis por MI. Finalmente, se estimó que no presentaban EHA los casos con fibrosis  $\leq 2$  por ET.

En los casos sin EHA se determinó la concordancia entre ET y MI mediante el índice de kappa (K) en el que  $k = (\text{Pr}(a) - \text{Pr}(e)) / 1 - \text{Pr}(e)$ .

**Resultados:** se incluyeron 107 casos, pero fueron evaluables 82. La edad media era de 42 años y el 96,4% eran hombres. El 51,2% eran españoles y el 39% de la población total infectados por VIH. El 45,1% eran genotipo 1 y 14,6% más eran genotipos mixtos (1 más algún otro). Se prescribió tratamiento antiVHC después de haber realizado ET en 65 (79,3%) y en 17 (20,7%), no.

Sólo 8 (9,8%) presentaban EHA. La distribución, según ET, fue la siguiente: 45 (54,9%) F0, 20 (24,4%) F1, 9 (10,9%) F2, 3 (3,7%) F3 y 5 (6,1%) F4. De los 17 pacientes no tratados, sólo 1 presentaba EHA.

El índice de kappa fue de 0,78, mostrando una concordancia “buena” (intervalo: 0,61-0,80).

**Conclusiones:** Actualmente, la mayoría de los pacientes tratados (90,2% en este estudio) no presentan EHA. En estos casos, la concordancia MI/ET es buena y los MI pueden utilizarse para prescribir rápidamente tratamiento si no se dispone de ET, el tiempo de estancia en prisión es corto y el riesgo de transmisión de la infección es alto.

**Palabras clave:** prisión; hepatitis C; fibrosis; elastografía de transición.

# Prevalencia de conductas sexuales y la aparición de ETS en mujeres privadas de libertad en el estado de Ceará, Brasil

Ribeiro de Menezes P<sup>1</sup>, Teixeira Moreira de Vasconcelos C<sup>2</sup>, Gomes Lopes L<sup>2</sup>, Bezerra Berreira Z<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Secretaria de Administración Penitenciaria (SAP) del Estado de Ceará, Brasil.

<sup>2</sup>Universidad Federal de Ceará, Brasil.

**Objetivo:** Verificar el comportamiento sexual y la aparición de ETS en mujeres privadas de libertad en las unidades penitenciarias del estado de Ceará, Brasil.

**Método:** Este es un extracto de la tesis de maestría, realizada mediante un estudio observacional transversal. Con la población carcelaria de tres unidades penitenciarias en Ceará, con una muestra de 308 mujeres. Los datos se analizaron utilizando el Paquete Estadístico para el Programa de Ciencias Sociales (SPSS). Fue enviado al Comité de Ética en Investigación-CEP de la Universidad Federal de Ceará-UFC, con aprobación bajo el número 012635/2018.

**Resultados:** Con respecto al comportamiento sexual, se informó un inicio temprano de la vida sexual (M: 14,4 ± 6,2), con un bajo número de parejas en los últimos tres meses (M: 0,3 ± 0,5) a pesar del promedio de 2,5 visitas íntimas por semana. El comportamiento sexual predominante fue el heterosexualismo (220 / 307-71,9%) y el bisexual fue el menos mencionado por los internos (30 / 307-9,8%), en la mayoría de los casos (71,9%) comenzó antes del prisión Aproximadamente el 25,0% tiene antecedentes de prostitución durante un promedio de 6.5 meses (± 16,1), con un alto porcentaje (166 / 307-54,1%) de reportar algún tipo de ETS, que ocurrió antes del arresto 92,7%. En las pruebas rápidas de VIH / sífilis y hepatitis B realizadas en las instituciones investigadas, se encontraron 35 (12,8%) y uno (0,3%) casos positivos, respectivamente. En el presente estudio, se encontró una alta prevalencia de morbilidades referidas, relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, en más de la mitad de la población entrevistada, el 54,1% y una buena cobertura relacionada con las pruebas rápidas de VIH / sífilis y hepatitis B, donde el informo que es rutinario a la entrada de la unidad de la prisión, realizar pruebas rápidas y que solo aquellos que no aceptan, no realizan las pruebas. La situación encontrada está en línea con la presentada en el diagnóstico nacional sobre la salud de las mujeres encarceladas, cuya información es que el 92,2% se somete regularmente a un examen. Los estudios brasileños han identificado una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y conductas de riesgo para las ETS en mujeres encarceladas en relación con la población general. La representación epidemiológica de la figura criminal femenina se caracteriza por una mujer joven, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con una alta tasa de desempleo y prostitución y exposición a enfermedades de transmisión sexual/SIDA.

**Conclusiones:** se observó que el comportamiento sexual es promiscuo en la alta prevalencia, así como la presencia activa de diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual. Entre los problemas de salud penitenciaria brasileña, destaca el déficit de vacantes en los centros penitenciarios y, principalmente, la falta de atención médica adecuada.

**Palabras clave:** Síntomas del tracto urinario inferior; prisión; enfermería.

# Implementación de un programa de optimización de antibióticos en el Centro Penitenciario Araba/Álava (PROA-PEN)

López de Arcaute A, Nogales M, Vargas Axpe A, Beltrán de Nanclares L, Pujol ME, Campo AI

Centro Penitenciario Araba/Álava. Álava.

**Introducción:** Existen varios problemas derivados del uso inadecuado de antimicrobianos. La exposición a reacciones adversas, la disminución de eficacia y la aparición de microorganismos resistentes son tres de los más importantes.

## Objetivos:

- Adecuar las prescripciones y optimizar la duración de los tratamientos antibióticos de acuerdo a las recomendaciones de las guías
- Disminución del impacto del consumo de los antimicrobianos en las resistencias locales, así como sus efectos adversos.

## Método:

En febrero'19 se inició una revisión de prescripciones antimicrobianas en nuestro centro. Paralelamente, se diseñaron cuatro apartados:

- Infecciones odontológicas
- Infecciones urinarias
- Infecciones respiratorias
- Infecciones de tejidos blandos

Una vez revisadas las prescripciones, se realiza una sesión clínica para actualizar las recomendaciones de antibióticos de las guías de práctica clínica en cada apartado.

Posteriormente, se hace una revisión de prescripciones y se valora su adecuación a las guías.

En octubre'19 tuvimos la sesión sobre la guía de infecciones odontológicas. Tras ella, se estudia la adecuación de la prescripción para dichas infecciones. El resto de apartados se encuentra en fases iniciales.

## Resultados:

Entre febrero-septiembre'19 se hicieron 158 prescripciones de antimicrobianos para infecciones odontológicas:

- Amoxicilina: 80 (50,6%)
- Amoxi-clavulánico: 65 (41,1%)
- Espiramicina: 6
- Clindamicina: 3
- Otros: 4

Duración de la prescripción:

- 4 días: 4
- 5 días: 35 (22,1%)
- 6 días: 6
- 7 días: 103 (65,2%)
- 8 días: 5
- 10 días: 5

En la sesión (octubre'19) se explicó que, en la mayoría de los casos que precisan antimicrobiano la pauta debe ser: amoxicilina durante 5 días.

Tras la sesión, entre octubre'19 y agosto'21 las prescripciones fueron 488:

- Amoxicilina: 372 (76,2%)
- Amoxi-clavulánico: 92 (18,85%)
- Espiramicina: 14 (2,87%)
- Clindamicina: 3
- Otros: 7

Duración de la prescripción:

- 3 o menos días: 4
- 4 días: 4
- 5 días: 334 (68,44%)
- 6 días: 1
- 7 días: 132 (27,04%)
- 8 o más días: 13 (2,66%)

Se aprecia una clara aproximación hacia lo consensuado en las guías clínicas.

**Conclusiones:**

- Con la implantación del PROA esperamos lograr una reducción del número de prescripciones inadecuadas
- La realización del PROA en nuestro centro ha supuesto una mejor adecuación a las guías clínicas en las infecciones odontológicas, con el esperable impacto en la reducción de resistencias y efectos adversos. Esperamos que los resultados sean similares en el resto de infecciones.

**Palabras clave:** antibióticos; PROA; infecciones odontológicas.



# Prescripción de fosfomicina trometamol en infección del tracto urinario en un centro penitenciario

Nogales-García M, Fernández López de Vicuña E, Vargas Axpe A, Velasco-García R, Beltrán de Nanclares López de Munain L, Atrio Álvarez I

Centro Penitenciario Zaballa. Álava.

---

**Objetivo:** Según la evidencia científica, uno de los antibióticos más eficaces para el tratamiento de la cistitis no complicada en la mujer es fosfomicina-trometamol en dosis única de 3g. Sin embargo, se ha detectado que en la práctica clínica habitual se prescriben por defecto dos dosis de 3g, solamente aconsejada en las ITU complicadas. En varones, en cambio, no sería un tratamiento de primera línea.

El objetivo fue evaluar la prescripción de fosfomicina-trometamol en las ITU en un centro penitenciario.

**Método:** Se analizó retrospectivamente la prescripción de fosfomicina-trometamol entre 01/01/2020 y 31/08/2021. Se revisaron las historias clínicas para obtener los siguientes datos: género, fecha de nacimiento, indicación y duración del antibiótico. También se comprobó la presencia de factores asociados a ITU complicada, como sondaje vesical y patógenos multirresistentes.

Se consideró ITU de repetición a la que ocurrió en  $\geq 2$  ocasiones durante seis meses o  $\geq 3$  veces en un año. En este caso el tratamiento de elección sería fosfomicina-trometamol 3g cada 10 días.

**Resultados:** Se encontraron 16 prescripciones de fosfomicina-trometamol correspondientes a 14 pacientes. El 72,7% de las prescripciones eran de mujeres, la edad media fue 45,7 años.

Del total de prescripciones, en el 27,3% se utilizó una dosis única de fosfomicina-trometamol y en el 72,7% se utilizaron 2 dosis.

En cuanto a las indicaciones, el 50% correspondían a cistitis no complicadas en la mujer, el 22,7% a ITU de repetición en la mujer, el 13,6% a cistitis en el varón, el 9% a cistitis en varón sondado, y el 4,5% a cistitis de repetición en varón sondado.

En el 63,8% de las cistitis no complicadas en mujeres se prescribieron 2 dosis de fosfomicina-trometamol con un intervalo de 24-48h. En el caso de las ITU de repetición, en todos los casos se prescribieron 2 dosis con un intervalo de 24-48h.

Todos los varones recibieron 2 dosis de fosfomicina-trometamol en las cistitis, y en el 33,3% de los varones con sondaje vesical.

**Conclusiones:** A pesar de que las guías clínicas recomiendan una dosis única de 3g de fosfomicina-trometamol para el tratamiento de la cistitis no complicada en la mujer, en el 63,8% de los casos se prescribieron 2 dosis de este antibiótico. En ningún caso de cistitis de repetición recibieron la segunda dosis de fosfomicina a los 10 días. La realización de sesiones clínicas informativas, junto con la evaluación periódica de las tendencias en la prescripción de antimicrobianos, podría contribuir a racionalizar el uso de antibióticos.

**Palabras clave:** fosfomicina; infección; urinario; cistitis.

# Cambios en la composición del TARV a lo largo de los últimos doce años en una prisión “tipo” española con alta prevalencia de VIH desde su apertura (2009-2020)

Herrero Matías A<sup>1</sup>, Espallargas Beatriz M<sup>2</sup>, Salinas Moreno V<sup>2</sup>,  
Serrano Balaguer M<sup>2</sup>, Jorge Vidal V<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Penitenciario Castellón I. Castellón de la Plana. Castellón.

<sup>2</sup>Centro Penitenciario Castellón II. Albocàsser. Castellón.

<sup>3</sup>Hospital de Vinaroz. Castellón.

**Objetivo:** Identificar el cambio evolutivo de la composición de la familia de “tercer fármaco” del Tratamiento Antirretroviral VIH (TARV) en una prisión “tipo” desde su apertura, y el de su forma de administración, medido por el número de STR (“Single Tablet Regimen”) prescritos.

**Método:** Estudio descriptivo del TARV prescrito en nuestro Centro entre el 01/01/2009 y el 31/12/2020. La unidad de análisis es la prescripción anual que contiene la “familia” de TERCER fármaco (Inhibidor de Proteasa-IP sin valorar RTV, Inhibidor de Integrasa-INI, Inhibidor de Transcriptasa Inversa No Análogo de Nucleósidos-INNTI, Inhibidor de Fusión-IF o ABC/AZT/3TC como Inhibidor de Transcriptasa Inversa Análogo de Nucleósidos-INTI). Los datos se obtienen del registro farmacológico mediante la media de “cortes transversales” anuales durante el período estudiado. Los resultados se presentan en número (anual y total) y su frecuencia relativa entre familias. Se realiza Análisis de Tendencia (Tt) para series de tiempo por el Método de los mínimos cuadrados y de los Semipromedios en los últimos 12, 6 y 3 años.

**Resultados:** De 2985 prescripciones de 50 formulaciones comerciales, obtenemos 1546 “unidades de análisis”, obteniéndose en los doce años de estudio 285 tratamientos basados en INI (24,36%), 745 en IP (41,44%), 510 en INNTI (31,97%), 34 en IF (1,76%) y 10 en INTI (0,46%).

La evolución temporal revela un aumento muy marcado en la prescripción de INI (desde 2,75% en 2009 a 63,10% en 2020, con recta de tendencia de pendiente positiva pronunciada, 5,746), a costa de la familia de IP (de 64,67 a 25%, pendiente de -4,15), y en menor medida de los INNTI (de 29,81 a 11,9%, pendiente de -1,276).

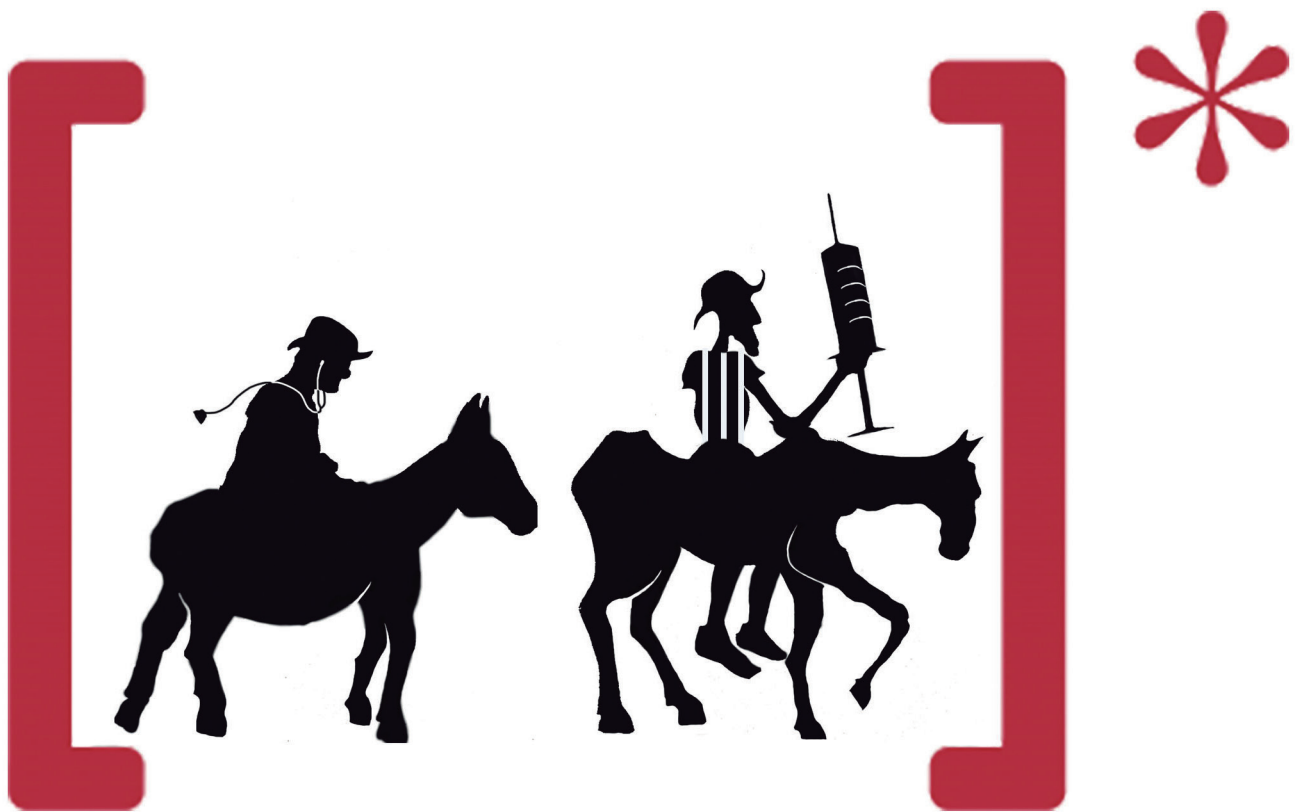
Se han prescrito un total de 402 STR (25,38% del total), aumentando exponencialmente desde 7,34% en 2009 a 82,14% en 2020 (pendiente de recta de tendencia de 6,22).

Este cambio de tendencia es más pronunciado en el sexenio final (2015 a 2020), obteniéndose por semipromedios a 6 años pendientes de 11,79 para INI, -2,16 para IP, -8,32 para INNTI, y 12,44 en prescripción de STR.

**Conclusiones:** la composición del TARV en nuestra prisión en doce años ha evolucionado conforme a las recomendaciones de las guías de referencia, cambiando la “fórmula” basada mayoritariamente en un IP de varios comprimidos y varias tomas diarias en 2009, a la formada mayoritariamente por INI en formulación STR en 2020. Esta tendencia se ha mantenido durante todo el período de estudio, “moderándose” en los últimos 3 años.

**Palabras clave:** TARV; tercer fármaco; STR; tendencia.





XIII Congreso Nacional y  
XXI Jornadas de la Sociedad  
Española de Sanidad Penitenciaria

“Aprender del pasado, escribir el futuro”

28, 29 y 30 de octubre de 2021  
Alcalá de Henares