

Revista Española

de

Sanidad Penitenciaria

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

SUPLEMENTO NÚMERO 2

XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



RSESP
* Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Indexada en MedLine
www.sesp.es



Suplemento 2 – Vol. 20 (2018)



REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 20 (2018) Suplemento nº2

■ EDITORES

Andrés Marco Mouriño
*Programa de Salud Penitenciaria
Institut Català de la Salut (Barcelona)*

Julio García Guerrero
Facultativo Sanidad Penitenciaria

■ CONSEJO EDITORIAL

José Miguel Antolín Mugarza
Servicio Médico Centro Penitenciario Ocaña I

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)*

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)

Pablo Sáiz de la Hoya Zamácola
Servicio Médico Centro Penitenciario Alicante I

Montserrat Sánchez Roig
EAPP La Roca del Vallès I (Barcelona)

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

■ TESORERO

Carlos Gallego Castellví
EAPP La Roca del Vallès I (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 IME, EN EL ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECS), EN LA PLATAFORMA SCIELO (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE) Y EN MEDLINE (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE)



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

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

■ CONSEJO ASESOR

Dra. Dña. María José Aranda Carbonell
Equipo de Tratamiento CP Zuera (Zaragoza)

Dra. Dña. Piedad Arazo Garcés
*Hospital Universitario Miguel Servet
Dto. Medicina Interna (Zaragoza)*

Dr. D. Pedro Arias Bohigas
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dr. D. Francisco Arnau Peiró
Hospital Provincial de Castellón

Dr. D. Sergio Babudieri
Istituto Malattie Infettive, Università di Sassari (Sassari)

Dr. D. Sergio A. Bautista Arredondo
Instituto Nacional de Salud Pública (Cuernavaca)

Dr. D. José María Bayas Rodríguez
Hospital Clínico Dto. Medicina Interna (Barcelona)

Dr. D. José Ramón Blanco Ramos
Hospital San Pedro-CIBIR. Área de Enfermedades Infecciosas (Logroño)

Dr. D. Julio Bobes García
Universidad de Oviedo Dto. de Psiquiatría (Oviedo)

Dra. Dña. Ángela Bolea Laguarda
*Dirección General de Atención al Paciente y
Relaciones Institucionales. Consejería de Sanidad (Madrid)*

Dra. Dña. María Castellano Arroyo
Universidad de Granada Dto. Medicina Legal (Granada)

Dr. D. Jesús Castilla Catalán
Universidad de Navarra Dto. Salud Pública (Pamplona)

Dr. D. Joan Caylá Buqueras
Agencia de Salud Pública (Barcelona)

Dr. D. Luis de la Fuente de Hoz
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
Plan Nacional sobre el SIDA (Madrid)*

Dr. D. Ignacio de los Santos Gil
*Servicio de Medicina Interna-Infecciosas.
Hospital Universitario de la Princesa de Madrid*

Dr. D. Francisco del Busto de Prado
Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Dra. Dña. Mercedes Díez Ruiz-Navarro
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
Plan Nacional sobre el SIDA (Madrid)*

Dra. Dña. Kate Dolan
University of New South Wales (Sydney)

Dr. D. Fernando Dronda Núñez
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramon y Cajal (Madrid)

Dr. D. Sean Duggan
Centre for Mental Health Maya House (London)

Dr. D. Carlos Fernández Merino
Escuela Andaluza de Salud Pública (Sevilla)

Dr. D. José Carlos Fuertes Rocañin
Hospital Militar de Zaragoza. Dto. de Psiquiatría (Zaragoza)

Dr. D. Laurent Getaz
Hôpitaux Universitaires de Genève (Genève)

Dr. D. Francisco González Morán
Servei Valencià de Salut (Madrid)

Dr. D. José Luis Graña Gómez
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Dr. D. Luis Guerra Romero
Programas Internacionales. ISCIII (Madrid)

Dra. Dña. Natividad Izco Goñi
*Responsable del Registro de Mortalidad.
Consejería de Salud de la Comunidad de La Rioja*

Dra. Dña. Sarah Larney
National Drug and Alcohol Research Centre (Sidney)

Dr. D. Cecilio López Galíndez
Centro Nacional de Microbiología (Madrid)

Dr. D. Aurelio Luna Maldonado
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Murcia)

Dra. Dña. María Sol Luque Molina
*Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)*

Dra. Dña. Begoña Martínez Jarreta
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Zaragoza)

Dr. D. Santiago Moreno Guillén
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Dr. D. Antonio Muro Álvarez
Universidad de Salamanca Dto. Microbiología (Salamanca)

Dr. D. Enrique Ortega González
*Hospital General Universitario de Valencia.
Enfermedades Infecciosas (Valencia)*

Dr. D. José Antonio Oteo Revuelta
Complejo Hospitalario San Millán-S. Pedro (Logroño)

Dr. D. Enric Pedrol Clotet
Servei de Medicina Interna. Hospital de Santa Tecla (Tarragona)

Dr. D. Antonio Pérez Urdániz
Universidad de Salamanca Dto. de Psiquiatría (Salamanca)

Dr. D. Hernán Reyes
Comité Internacional de la Cruz Roja (Ginebra)

Dra. Dña. Anna Rodés i Monegal
*Programa de Tb. Departament de Salut de la Generalitat
de Catalunya (Barcelona)*

Dr. D. Vicente Rubio Larrosa
Hospital Provincial Dto. de Psiquiatría (Zaragoza)

Dr. D. Jesús Sanz Sanz
Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital de la Princesa (Madrid)

Dra. Dña. Dolores Serrat Moré
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Zaragoza)

Dra. Dña. Anne Spaulding
Emory University (Atlanta)

Dr. D. Omar Sued
*Responsable de VIH/SIDA
Organización Panamericana de la Salud (Washington)*

Dr. D. Amalio Telenti Asensio
Institute of Microbiology. University of Lausanne

Dr. D. Rafael Toro Flores
Unidad de Investigación. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid)

Dr. D. Vicenç Tort Herrando
*Unitat Polivalent de Psiquiatria.
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins*

Dr. D. Joan Trujols Albet
Hospital de la Santa Cruz i San Pablo (Barcelona)

Dr. D. Jordi Usó Blasco
Hospital General Dto. Medicina Interna (Castellón)

Dr. D. Manuel Vaquero Abellán
Escuela Universitaria de Enfermería (Córdoba)

Dr. D. Wenceslao Varona López
Hospital Royo Villanova Dto. Medicina Preventiva (Zaragoza)

Dr. D. José Verdejo Ortes
Centro Nacional de Microbiología. ISCIII (Madrid)

Dr. D. Enric Vicens i Pons
Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental (Barcelona)

Dr. D. José Amador Vicente Pérez
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Móstoles (Madrid)

Dr. D. Juan José Vilata Corell
Universitat de Valencia Dto. de Dermatología (Valencia)

Dra. Dña. Mercedes Vinuesa Sebastián
Subdirectora Médica. Hospital de Móstoles (Madrid)

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

• Cobertura Temática

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Publicada por esta sociedad, tiene una periodicidad cuatrimestral y fue fundada en 1998. Esta revista acepta para su publicación trabajos de orientación básica, clínica o asistencial sobre cualquier aspecto de la salud de las personas que se encuentran internadas en prisión. Está dirigida a los profesionales sanitarios que atienden a los reclusos y tiene el objetivo de mejorar la calidad, organización y vertebración social de la Sanidad Penitenciaria. Las secciones de la revista son: 1- Editorial, 2- Artículos de investigación original (originales u originales breves según su extensión), 3- Revisiones bibliográficas, 4- Artículos Especiales, que engloban, tanto estudios sobre aspectos filosóficos como descripciones de metodología 5- Cartas al director.

El Consejo Editorial considera que en la actualidad, la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, puede englobarse, a efectos de descripción temática para su indexación 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. No obstante, en sus artículos están representados también temas en relación con las enfermedades transmisibles, la salud mental, la atención primaria, la medicina legal o la gestión.

• Proceso Editorial

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria acusa recepción de los trabajos remitidos; éstos serán revisados por el Comité de Redacción, y habitualmente se envían a jueces externos.

Todos los manuscritos serán valorados por el Comité de Redacción de la revista. Se revisará que se ajustan a las normas de publicación. En caso contrario será devuelto a su autor para ser corregido en un plazo máximo de 20 días. Una vez comprobado que el trabajo cumple los requisitos formales, será 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, sugiriéndoselo. Si se considera oportuno,

se pedirá al autor confirmación de los datos, por lo que éste debe conservar la documentación estadística pertinente, la identificación de los casos clínicos, etc., hasta su publicación. El Editor se reserva el derecho de contactar con la Comisión de Investigación de la institución donde se desarrolló el trabajo para requerir información sobre ciertos aspectos del mismo. La Revista Española de Sanidad Penitenciaria 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. Los trabajos se publicarán agrupados según criterios.

• Revisión por pares (Peer Review)

El Sistema de arbitraje empleado por la Revista Española de Sanidad Penitenciaria es externo, confidencial y anónimo (doble ciego). Son sometidos a revisión externa todos los artículos recibidos salvo las cartas al director y las editoriales. La selección de los revisores se realiza entre los profesionales del comité de Expertos que el Comité Editorial considera más apropiados por su perfil profesional. Se emplean dos revisores por artículo y en caso de juicios dispares se recurre a un tercer evaluador. Hay revisores metodológicos entre los miembros del Comité Editorial y revisores de estilo aportados por la empresa editorial.

Se harán públicas las guías e instrucciones que utilizan los revisores en el primer número de cada volumen, de igual manera, se hará público el formulario de evaluación que han de cumplimentar los revisores y las instrucciones que se cursan a los revisores sobre: competencias (aspectos específicos de los originales que deben evaluar o ignorar), responsabilidades (situaciones en las cuales el revisor debe recusarse o rehusar leer el trabajo, qué debe hacer con el original después de leerlo y preparar su informe o, si rehúsa preparar el informe; aviso de que el material que reciben es reservado; consideraciones de tipo ético y legal; compensaciones que la revista ofrece a los revisores por el tiempo, trabajo y gastos originados, etc...).

El manuscrito tras los informes de los evaluadores queda depositado hasta su publicación en las oficinas editoriales. Se notificarán a los autores los informes de evaluación, la decisión provisional sobre su trabajo a lo que hay posibilidad de réplica de los autores, por la misma vía que se hizo llegar el trabajo. La decisión definitiva se notificará dando cuenta de la aceptación/rechazo e instrucciones para la presentación de la versión definitiva.

No cabe recurso contra la decisión de rechazo ni devolución de los trabajos rechazados.

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

- Originalidad (totalmente original, confirmación valiosa, repetición y resultados conocidos).
- 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.

• Principios éticos de la investigación y publicación

La revista hará todos los esfuerzos necesarios para detectar y denunciar las prácticas deshonestas siguientes:

- Fabricación, falsificación u omisión de datos y plagio: La fabricación de resultados se produce cuando se presentan datos que no existen y que son inventados por sus autores; la falsificación cuando los datos son manipulados, modificados y cambiados por los autores a su capricho; y la omisión cuando los autores ocultan de forma deliberada un hecho o dato. El plagio se produce cuando un autor presenta como propias ideas, datos, resultados creados por otros. El plagio se puede presentar en distintos grados: copia directa de un texto sin entrecomillar y citar la fuente, modificación de algunas palabras del texto, paráfrasis y agradecimiento insuficiente.
- Publicación duplicada: Sólo se admitirá la publicación redundante en las condiciones que el ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) (<http://www.icmje.org/>) señala.
- Autoría: De igual forma se aceptan las condiciones que el ICMJE impone para ser considerado autor de un trabajo.
- Conflictos de interés: El ICMJE señala que los conflictos de intereses en la publicación de un manuscrito se producen cuando “cualquier participante en el proceso de publicación —autor, árbitro o miembro de la redacción de la revista—, tiene vínculos con actividades que puedan influir nocivamente en su capacidad de juzgar, independientemente de que esa posible influencia haya tenido lugar o no”. Las relaciones financieras con la industria (por ejemplo, empleo, consultorías, propiedad de acciones en empresas, honorarios, testimonios como experto), bien directas o bien a través de fami-

liares inmediatos, suelen considerarse las fuentes más importantes de conflicto e intereses. Sin embargo, también pueden darse conflictos de intereses por otras razones como relaciones personales, rivalidades académicas o vehemencia intelectual.

• Responsabilidades éticas

- Cuando se describen experimentos que se han realizado en seres humanos se debe indicar si los procedimientos seguidos se conformaban a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable (institucional o regional) y a la Declaración de Helsinki de 1975 revisada en 1983. No se deben utilizar nombres, iniciales o números de hospital, sobre todo en las figuras. Cuando se describen experimentos en animales se debe indicar si se han seguido las pautas de una institución o consejo de investigación internacional o una ley nacional reguladora del cuidado y la utilización de animales de laboratorio.
- Permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.
- La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones y de citar su procedencia correctamente. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

CONFLICTO DE INTERESES. La Revista espera que los autores declaren cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.

AUTORÍA. En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son, por sí mismos, criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado al artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada.

La Revista declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado.

TRANSMISIÓN DE DERECHOS DE AUTOR. Se incluirá con el manuscrito el anexo a estas normas firmado por todos los autores.



REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 20, Suplemento nº2 – 2018

SUMARIO

Editorial

Quiñonero Díaz JT
*XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales
de la SESP*14

PONENCIAS

Enfermedades infecciosas

Moreno S
*Actualización y futuro del tratamiento
antirretroviral*15

Marco A
*Eliminar la hepatitis C en las prisiones:
cómo y cuándo*17

Salud Mental

Martínez de Carvajal-Hedrich V, Touzon-López C
*Programa de Buenas Prácticas Clínicas con
Benzodiacepinas (BZD)*24

Martínez-Raga J, López-Cerveró M
*Inyectables de larga duración,
de la farmacología a la clínica*26

Vázquez-Vázquez JM
*Intervención en Patología Dual:
¿tratamos de forma adecuada?*30

Macià-Astorch L
*Retos en el tratamiento de larga duración: adherencia
al tratamiento y vinculación terapéutica*33

Atención primaria

Alcalde Encinas MM
*Infecciones bacterianas en el contexto
penitenciario*38

Martínez Delgado MM
*La enfermedad arterial periférica, factor predictor
de riesgo cardiovascular. Importancia de su
diagnóstico en la práctica enfermera*39

Fernández-Araque AM
*Paciente preso: controversias en su abordaje como
paciente pluripatológico y sistemas de clasificación
según complejidad y severidad*47

Illera Hernández M
Programa MATRIX prisiones55

Gestión

Moderador: Hoyos Peña C
Ponencias: Mora Grande MI, Alarcó Hernández A,
Zelaya Castro P, Veiras Vicente J, Arroyo Cobo JM
*Situación actual de las transferencias de Sanidad
Penitenciaria a las Comunidades Autónomas*63

COMUNICACIONES

Enfermedades infecciosas

Olariaga-Arrazola S, Pérez-España Z, Isusi L,
Uriarte L, Gonzalo-García A, Yurrebaso MJ,
Echevarria-Pinillos ME
*Abordaje del tratamiento de la hepatitis
C en prisión*66

Alonso-Gaiton P, Varoucha AC, Font-Canals R,
Caballero-Sáez I, Baldrich MC, Vargas-Laguna M
*Educación para la salud en pacientes
con hepatitis C en el medio penitenciario*68

Mateo-Soler M, Cobo C, Blasco AJ, Llerena S,
Crespo J, Lázaro P
*Eficiencia de un programa de telemedicina en el
manejo de la hepatitis C en población reclusa*69

Nogales M, Portu J, Velasco R, López de Arkaute A, Roy I, Vargas A <i>Análisis descriptivo de los pacientes coinfectados con VIH-VHC tratado con nuevos antivirales de acción directa para el VHC y su eficacia en un centro penitenciario</i>70	Marco-Mouriño A, Guerrero RA, Turu E <i>Eficacia, discontinuación y tasa de reinfección post respuesta viral sostenida tras 15 años (2002-2016) de tratamiento de la hepatitis C crónica en reclusos de Cataluña</i>79
Jiménez-Galán G, Jiménez G, Alía C, García R, Huerta C, de Diego S, Otero C <i>Disminución, casi eliminación, de la carga viral del VHC en la población de un centro penitenciario desde la aplicación del plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C crónica en el Sistema Nacional de Salud (PEAH)</i>71	Fernández-Montesinos P, Quiñonero JT, Ferrer J, Pérez-Salvador A, Albendín H, Galera C <i>Análisis de las causas de no tratamiento del VHC en reclusos coinfectados VIH-VHC, en la era de los AAD</i> 80
Nogales M, Marijuan FJ, Errasti A, González-Casi MJ, López de Arkaute A, Royo P <i>Interacciones entre los antivirales de acción directa para tratar el virus de la hepatitis C y el tratamiento habitual en pacientes institucionalizados en prisión</i>72	Molina-Cifuentes M, Castillo-Navarro AM, Garre-García A, Galían-Ramírez JD, Albendín-Iglesias H, Galera-Peñaranda CE <i>Descripción de una cohorte de pacientes infectados por VIH que ingresan en una Unidad Penitenciaria</i>81
Marco-Mouriño A, Carnicer D, Yela E, Puig L, Balsells R, Prats M, Ruíz A, Quiroga T, Mangues T, Tarrés Y, Gramunt J, González V, López E, Domenech N, Guerrero RA, Turu E <i>Prevalencia y factores predictivos de infección genital por Chlamydia trachomatis en población penitenciaria mayor de 25 años de Cataluña</i>74	Marco A, Domínguez-Hernández R, Casado MA <i>Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hepatitis C crónica en población reclusa</i> 82
Fernández-Montesinos P, Quiñonero JT, Pérez A, Romero J, Albendín H, Pérez-Salvador A, Galera C <i>Tratamiento de la infección por VHC en reclusos coinfectados por el VIH. Seguimiento conjunto por médicos de prisiones y una unidad hospitalaria de medicina interna</i>75	Pérez-Valenzuela A, Zúñiga-Martín J, Herrero-Rodríguez C <i>Estudio retrospectivo sobre la eficacia de los tratamientos antivirales de acción directa para VHC</i>83
Espinosa-García MI, Oms-Arias M, Molina-Lázaro A, Pedraza-Gutiérrez A, Valdés-Domenech G, Romaguera-Liso A <i>Estudio descriptivo de la situación de tratamientos con antivirales de acción directa para el virus de la hepatitis C en los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria</i>76	Psiquiatría y Salud Mental
Galera-Peñaranda C, Pérez-Salvador A, Fernández-Montesinos P, Zapata M, Albendin H, Quiñonero JT <i>Modificaciones del tratamiento antirretroviral en reclusos coinfectados por VIH-VHC que inician tratamiento con AAD frente al VHC</i>77	Álvarez-Crespo R, López-Sánchez AM, Soler-Mateo M <i>Salud mental. Programa puente extendido</i> 85
Touzón-López C, Pubill M, Paredes V <i>Interacciones farmacológicas en pacientes VIH con sus tratamientos habituales</i>78	Sánchez-Valdés V, Martínez-Espasa C, Gil-Avecilla J, Hernández-González M <i>Valoración del proceso de adaptación al ingreso en el Centro Penitenciario de Ibiza</i>86
	Macià-Astorch L, Martínez-Azofra A, Luna E, Plazas F, Llerena S, Fernández-García S, Andrés H <i>El gestor de casos: reinserción en la comunidad y continuidad asistencial en población penitenciaria con Trastorno Mental Severo (TMS)</i>87
	García-Jiménez JJ, García-Guardiola MA, Hernández-Torres MP, Andugar V, López-Martínez J <i>Motivación al tratamiento de internos en Programa de Mantenimiento con Metadona</i> 88
	García-Jiménez JJ, García-Guardiola MA, Hernández-Torres MP, Andugar V, López-Martínez J <i>Características del consumo al ingreso en prisión en internos con metadona</i> 89

García-Jiménez JJ, García-Guardiola MA, Hernández-Torres MP, Andugar V, López-Martínez J <i>Perfil toxicofílico de reclusos con metadona</i>	90	Martínez-Delgado MM, Barbero-Martínez R, Salillas-Azcona D <i>Pertinencia del índice tobillo-brazo como método diagnóstico de enfermedad arterial periférica</i>	100
Doalto Muñoz Y, Tobarra Prado A, López-Sánchez A, Álvarez-Crespo R, Borráz J, Fernández-Prieto MP <i>Diferentes enfoques perceptivos de la enfermedad mental a nivel profesional</i>	91	Nieva-Jiménez P, Bermejo I, Álvaro E, Lario MA, García-Natal A, Vegue M <i>Utilidad de la analítica de sangre al ingreso en un centro penitenciario</i>	101
Castillo-Navarro AM, Molina-Cifuentes M, Martín-Romero M, Navarro-Rodríguez, Albendin-Iglesias H, Galera-Peñaranda C <i>Prevalencia en trastornos psiquiátricos y patrón de consumo de tóxicos en pacientes con infección por VIH que ingresan en una Unidad Penitenciaria</i>	92	Pralong D, Mary G, Mouton E <i>Evaluación de la dispensación de medicamentos mediante taquillas individuales. Experiencia en el Centro Penitenciario La Brenaz (Ginebra)</i>	102
Castillo-Navarro AM, Molina-Cifuentes M, Martín-Romero M, Navarro-Rodríguez, Albendin-Iglesias H, Galera-Peñaranda C <i>Comparación entre los pacientes infectados por VIH con respecto a no infectados, que ingresan en una Unidad Penitenciaria</i>	93	García-González L, Karnaukhov S, Riu O <i>Prevalencia de las principales enfermedades crónicas relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular en el Centro Penitenciario Lledoners en 2017</i>	104
Castillo-Navarro AM, Molina-Cifuentes M, Galían-Ramírez JD, Garre-García A, Albendín-Iglesias H, Galera-Peñaranda C <i>Prevalencia de trastornos psiquiátricos y patrón de consumo de tóxicos actual en una Unidad Penitenciaria</i>	94	Velasco-García R, Nogales M, López de Arcaute A, Atrio I, Beltrán de Nanclares L, Valladolid L <i>Evaluación de un programa de deshabitación tabáquica grupal en el medio penitenciario</i>	105
Fructuoso-Castellar A, Golay D, Baggio S, Heller P, Gétaz L, Wolff H <i>Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario</i>	95	Ferrer del Pino FJ, Saldaña-Hernández AI <i>Sustancias Psicótropas en prisiones. ¿Necesitamos tantas?</i>	106
Caballero Calvo-Rayó S, Cuadrado-Vives C, Olivé AE <i>Programa Soporte a la primaria en centros penitenciarios de Catalunya</i>	96	Martín-Cocinas MC, Peñuelas-Olivo G <i>Cuidados de enfermería penitenciaria en un interno con ventana torácica</i>	107
Atención primaria		Saldaña-Hernández AI, González-Gómez JA <i>Satisfacción del paciente con la atención recibida en consulta de enfermería</i>	108
Uriarte-Larrea L, Isusi LI <i>Programa de cribado de cáncer colorrectal en pacientes presos</i>	97	Gestión	
Lázaro-Monge R, Planelles-Ramos MV, Granero-Chinesta S, Sánchez-Alcón D, Vera-Remartinez EJ <i>Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario</i>	98	Ruiz Azcona L; Rodríguez Borbolla FJ, Rey Díez AS <i>La asistencia en una UCH, una actividad con seguridad</i>	109
López de Arcaute A <i>Implementación del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en el CP Araba/Álava</i>	99	Sánchez-Roig M, Latorre C, Coll A <i>Socialización profesional del enfermero/a penitenciario/a: su realización en un contexto único</i>	110
		Rodríguez-Borbolla FJ, Ruiz-Azcona L, Rey-Díez AS <i>Características de la población reclusa: influencia en la planificación de recursos de una unidad de custodia hospitalaria</i>	111

González-Anglarill J, González-Navarro M, González-Valdivieso J, Hernández-Griso M <i>Conciliación de la medicación en el Hospital Penitenciario: Atención Indisciplinar centrada en el paciente</i>	112	Armenteros-López B, Blanco-Quiroga A, Casado-Hoces SV, Garcés-Pina E, González-Gómez JA, Martínez-Delgado M, Vera-Remartínez EJ <i>Análisis de los productos alimentarios más vendidos en economatos d prisiones durante 2016</i>	116
García-Gurerrero J <i>El consentimiento informado: algo no resuelto en el ámbito penitenciario</i>	113	Mañas-Ortíz C, Paredes-Carbonell JJ <i>Simulación de modelo organizativo de atención sanitaria tras el traspaso de transferencias de sanidad</i>	117
Cuadro-Pena E, Vaz E, Zamora A, Gómez A <i>Implantación del proyecto de seguridad de los pacientes en EAP Penitenciaria Mas d'Enric de Tarragona</i>	114	Mañas-Ortíz C, Paredes-Carbonell JJ <i>Situación de los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana</i>	118
Vegue-González M, Granados MJ, De la Peña E, Toledo B, González-Redondo MJ, Cosín JD <i>La experiencia de la teleconsulta de urología en el Centro penitenciario Madrid IV</i>	115		

Programa del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [PROGRAMA CIENTÍFICO]

JUEVES 10 DE MAYO DE 2018

09:00 – 19:00 **Entrega de Documentación.**

09:00 – 13:00 **Reuniones Grupos de Trabajo de la SESP.**

13:00 – 14:00 **SIMPOSIO patrocinado por MERCK SHARP DOHME.**

Abordaje terapéutico del paciente penitenciario con complicaciones del SNC y otras comorbilidades.

Ponencias:

Perfil del paciente penitenciario y prevalencia de comorbilidades, del SNC y otras.

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

Comorbilidades: evidencias y Recomendaciones.

Esteban Martínez Chamorro. *Servicio de Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.*

14:00 – 15:30 **Almuerzo de trabajo.**

15:30 – 16:30 **SIMPOSIO patrocinado por GILEAD.**

Actualizaciones en la familia TAF.

Ponencias:

Actualización estudios portfolio TAF.

Carlos E. Galera Peñaranda. *Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

Portfolio TAF en vida real.

Elisa Martínez Alfaro. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

16:30 – 18:30 **Presentación de COMUNICACIONES ORALES.**

Comunicaciones Enfermedades Infecciosas.

Moderador:

Francisco J. Vera Méndez. *Sección de Infecciosas del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.*

Onofre J. Martínez Madrid. *Sección de Infecciosas del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.*

EI03 Eficiencia de un programa de Telemedicina en el manejo de la hepatitis C en población reclusa.

Mateo Soler, M; Cobo, C; Blasco, AJ; Llerena, S; Crespo, J; Lázaro, P.

EI05 Disminución, casi eliminación, de la Carga Viral del VHC en la población de un centro penitenciario desde la aplicación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C crónica en el Sistema Nacional de la Salud (PEAH).

Jiménez Galán, G; Alía, C; García, R; Huerta, C; De Diego, S; Otero, C.

EI07 Prevalencia y factores predictivos de infección genital por Chlamydia trachomatis en población penitenciaria mayor de 25 años de Cataluña.

Marco Mouriño, A; Carnicer, D; Yela, E; Puig, L; Balsells, R; Prats, M; Ruiz, A; Quiroga, T; Mangues, J; Tarrés, Y; Gramunt, J; González, V; López, E; Domenech, N; Guerrero, RA; Turu, E.

EI10 Modificaciones del tratamiento antirretroviral en reclusos coinfectados por VIH-VHC que inician tratamiento con AAD frente al VHC.

Galera Peñaranda, C; Pérez-Salvador, A; Fernández Montesinos, P; Zapata, M; Albendin, H; Quiñonero, JT.

EI12 Eficacia, discontinuación y tasa de reinfección post respuesta viral sostenida tras quince años (2002-2016) de tratamiento de la hepatitis C crónica en reclusos de Cataluña.

Marco Mouriño, A; Guerrero, RA; Turu, E; GRUMIP.

EI13 Análisis de las causas de no tratamiento del VHC en reclusos coinfectados VIH-VHC, en la era de los AAD.

Fernández-Montesinos, P; Quiñonero, JT; Ferrer, J; Pérez-Salvador, A; Albendin, H; Galera, C.

EI15 Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hepatitis C crónica en población reclusa.

Marco Mouriño, A; Domínguez-Hernández, R; Casado, MA.

Comunicaciones Gestión.

Moderadores:

Enrique J. Acín García. *Servicios de Información Sanitaria. Subdirección General de coordinación de Sanidad Penitenciaria. Madrid.*

Paloma Echevarría Pérez. *Facultad de enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.*

G01 La asistencia en una UCH, una actividad con seguridad.

Ruiz Azcona, L; Rodriguez Borbolla, FJ, Rey Díez, AS.

G02 Socialización profesional del enfermero/a penitenciario/a: su realidad en un contexto único.

Sánchez-Roig, M; Latorre, C; Coll, A.

G07 La experiencia de la Teleconsulta de Urología en el Centro Penitenciario Madrid IV.

Vegue González, M; Granados, MJ; De la Peña, E; Toledo, B; González-Redondo, MJ; Cosín, JD.

G08 Análisis de los productos alimentarios más vendidos en economatos de prisiones durante 2016.

Armenteros López, B; Blanco Quiroga, A; Casado Hoces, SV; Garcés Pina, E; González Gómez, JA; Martínez Delgado, M; Vera-Remartínez, EJ.

Comunicaciones Salud Mental.

Moderadores:

Inés Morán Sánchez. *C.S.M. Cartagena. Servicio Murciano de Salud.*

Elena Garcés Pina. *Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.*

PSM02 Valoración del proceso de adaptación al ingreso en el Centro Penitenciario de Ibiza.

Sánchez Valdés, V; Martínez-Espasa, C; gil-Avecilla, J; Hernández-González, M.

PSM04 Motivación al tratamiento de internos en Programa de Mantenimiento con Metadona.

García-Jiménez, JJ; García-Guardiola, MA; Hernández-Torres, MP; Andugar, V; López-Martínez, J.

PSM06 Perfil toxicofílico de reclusos con metadona.

García-Jiménez, JJ; García-Guardiola, MA; Hernández-Torres, MP; Anduga, V; López-Martínez, J.

PSM07 Diferentes enfoques perceptivos de la enfermedad mental a nivel profesional.

Doalto Muñoz, Y; Tobarra Prado, A; López-Sánchez, A; Álvarez-Crespo, R; Borráz, J; Fernández-Prieto, MP.

PSM10 Prevalencia de trastornos psiquiátricos y patrón de consumo de tóxicos actual en una Unidad Penitenciaria.

Castillo-Navarro, AM; Molina-Cifuentes, M; Galán-Ramírez, JD; Garre-García, A; Albendin-Iglesias, H; Galera-Peñaranda, C.

Comunicaciones Atención Primaria.

Moderadores:

Germán Jiménez Galán. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario Madrid IV. Navalcarnero. Madrid.*

Juan Antonio González Gómez. *Centro Penitenciario Murcia II.*

AT02 Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario.

Lázaro Monge, R; Planelles-Ramos, MV; Granero-Chinesta, S; Sánchez-Alcón, D; Vera-Remartínez, EJ.

AT03 Implementación del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en el C.P. Araba/Álava.

López de Arcaute, A; Royo, P; Pujol, ME; Campo, AI; Boichiri, K.

AT04 Pertinencia del Índice tobillo-brazo como método diagnóstico de Enfermedad arterial periférica.

Martínez-Delgado, MM; Barbero Martínez, R; Salillas Azcona, D.

AT005 Utilidad de la analítica de sangre al ingreso de un centro penitenciario.

Nieva-Jiménez, P; Bermejo, I; Álvaro, E; Lario, MA; García-Natal, A; Vegue, M.

AT09 Sustancias psicótropas en prisiones ¿necesitamos tantas?.

Ferrer del Pino, FJ; Saldaña Hernández, AI.

18:30 – 19:30

TALLER “Telemedicina e Historia Clínica Digital”.

Moderador:

Germán Jiménez Galán. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario Madrid IV. Navalcarnero. Madrid.*

Ponente:

Javier Hernández del Castillo. *Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.*

- 18:30 – 20:00 **TALLER “Manejo del enfermo con EPOC”.**
Moderador:
Fernando Ruiz Rodríguez. *Servicios Médicos. Centro Penitenciario Albolote. Granada.*
Ponente:
Francisco González Vargas. *Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*
- 20:00 – 20:30 **Acto Inaugural.**
- 20:30 – 21:30 **Conferencia Inaugural “La gestión de la ilusión en tiempos de cambio” a cargo del Sr. Emilio Duró.**
Conferenciante, consultor, asesor y formador en empresas multinacionales.

VIERNES 11 DE MAYO DE 2018

- 09:00 – 10:30 **MESA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**
Nuevos avances en coinfección VIH-VHC.
Moderadores:
Pablo Saiz de la Hoya. *Servicios Médicos. Centro Penitenciario Fontcalent. Alicante.*
Carlos Galera Peñaranda. *Servicio de Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*
Ponencias:
Actualización y futuro del tratamiento antirretroviral.
Santiago Moreno Guillen. *Servicio de Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*
Comorbilidades en pacientes infectados por VIH.
Esteban Martínez Chamorro. *Servicio de Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona.*
Eliminar la Hepatitis C en las prisiones: cómo y cuándo.
Andrés Marco Mouriño. *Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.*
- 10:30 – 11:00 Pausa – café.
- 11:00 – 12.30 **MESA DE SALUD MENTAL.**
Tratamiento de larga duración en el paciente psicótico preso.
Moderador:
Antonio Jordán Gimeno. *Servicio Psiquiatría del Centro Penitenciario Murcia I-II.*
Ponencias:
Inyectables de larga duración, de la farmacología a la clínica.
José Martínez Raga. *Departamento de Psiquiatría de la Agencia Valenciana de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.*
Intervención en Patología Dual ¿tratamos de forma adecuada?.
José María Vazquez Vazquez. *Servicio Psiquiatría C.A.S. Sants-Agencia de Salud Pública de Barcelona.*
Retos en el tratamiento de larga duración: adherencia al tratamiento y vinculación terapéutica.
Laura Maciá Astorch. *Unidad Polivalente del Centro Penitenciario Quatre Camins. Barcelona.*
Presentación Buenas Prácticas Clínicas con Benzodicepinas.
Vicente Martínez de Carvajal Hedrich. *EAPP Sant Joan de Vilatorrada (Centro Penitenciario Lledoners).*
- 11:00 – 12:00 **TALLER “Insulinización”.**
Moderador:
Javier Ferrer del Pino. *Servicio Farmacia del Centro Penitenciario de Murcia I-II.*
Ponente:
Mercedes Ferrer Gómez. *Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia.*
- 12:30 – 13:30 **SIMPOSIO patrocinado por INDIVIOR.**
Buprenorfina/Naloxona en instituciones penitenciarias.

Moderador:

José Tomás Quiñonero. *Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.*

Ponencia:

Optimizando resultados en el tratamiento de la dependencia a opioides.

Ricardo Ortega. *Hospital Santa Lucía Área de Drogodependencias. Cartagena. Murcia.*

13:30 – 15:00

Almuerzo de trabajo.

15:00 – 16:00

Simposio patrocinado por ABBVIE.

Simplificando el abordaje del VHC

Moderador:

José Joaquín Antón Basanta. *Servicios Médicos Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

Ponencias:

Evolución del tratamiento y perfil del paciente con VHC en España.

José Joaquín Antón Basanta. *Servicios Médicos Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

Nuevo horizonte en el tratamiento del VHC: Glecaprevir/Pibrentasvir.

José Antonio Pons Miñano. *Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Hepatología y trasplante hepático. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Avanzando en el manejo del paciente en prisiones.

Germán Jiménez Galán. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario Madrid IV Navalcarnero. Madrid.*

16:00 – 18:00

MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Atención integral al paciente privado de libertad.

Moderadores:

Enrique Vera Remartinez. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario Castellón I.*

Carmen Martín-Cocinas Fernández. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario Murcia I.*

Ponencias:

Infecciones bacterianas en el contexto penitenciario.

María del Mar Alcalde Encinas. *Servicio Medicina Interna Infecciosas del Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

Enfermedad arterial periférica, factor predictor de riesgo cardiovascular. Importancia de su diagnóstico en la práctica enfermera.

M. Mercedes Martínez Delgado. *Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Soria.*

Paciente preso: controversias en su abordaje como paciente pluripatológico y sistemas de clasificación según complejidad y severidad.

Ana Fernández Areque. *Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid.*

Programa MATRIX Prisiones.

Manuel Illera Hernández. *Equipo técnico PMP Matrix Centro Penitenciario Murcia I.*

18:00 – 19:00

SIMPOSIO patrocinado por GILEAD.

Simplificación del tratamiento de la HCV en prisiones, una realidad.

Moderador:

Francisco Fernández González. *UAR Hospital Gregorio Marañón.*

Ponencias:

Tratamiento de la Hepatitis C, Salud Individual y Salud Comunitaria, repasando las evidencias.

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

Test & Treat. Manejo de la eficiencia en el abordaje del paciente HCV en prisiones: evidencia de Eplusa.

Pablo Ryan Murua. *Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Leonor de Madrid.*

19:00 – 20:00

Talleres en paralelo:

TALLER “Contención del paciente agitado”.

Moderador:

Antonio Jordán Gimeno. *Psiquiatra consultor. Centro Penitenciario Murcia I y II.*

Ponentes:

Francisco Toledo Romero. *Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).*

Carlos García Briñón. *Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Santa Lucía de Cartagena. Murcia.*

TALLER “Urgencias Oftalmológica: párpado y ojo rojo”.

Moderador:

José Tomás Quiñonero Díaz. *Servicios Médicos Centro Penitenciario Murcia I.*

Ponente:

Lorenzo Valles San Leandro. *Servicio de Oftalmología del Hospital Santa Lucía. Cartagena.*

TALLER “Charla con el experto, viremia de bajo grado”.

Moderador:

José J. Antón Basanta. *Médico del Centro Penitenciario Albolote. Granada.*

Ponente:

Enrique Bernal Morell. *Servicio Medicina Interna Infecciosas. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

21:00

CENA Y ENTREGA DE PREMIOS.

SÁBADO 12 DE MAYO DE 2018

09:00 – 12:00

TALLER “Exploración y vendaje funcional del pie”.

Moderador:

Javier Ferrer del Pino. *Servicio Farmacia del Centro Penitenciario de Murcia I-II.*

Ponente:

Fernando Santonja Medina

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

10:00 – 12:00

MESA DE GESTIÓN.

Situación actual de las transferencias de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas.

Moderador:

Carmen Hoyos Peña. *Servicios Médicos Centro Penitenciario Cáceres. Vocal Sanidad Penitenciaria OMC.*

Ponencias:

María Isabel Mora Grande. *Grupo Parlamentario Podemos-en Común–Compromís-en Marea en el Senado.*

Antonio Alarcó Hernández. *Grupo Parlamentario del Partido Popular en el Senado.*

Pío Zelaya Castro. *Grupo Parlamentario Socialista en el Senado.*

José Veiras Vicente. *Vicesecretario General del Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria (SPSP).*

José Manuel Arroyo Cobo. *Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.*

10:00 – 12:00

Taller “R.C.P. adaptada al medio penitenciario”.

Moderador:

María José Romero Albadalejo. *Médico Centro Penitenciario de Murcia II.*

Ponente:

Manuel J. Párraga Ramírez. *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Murcia (UCAM).*

12:00 – 12:30

Pausa – café.

12:30 – 14:30

Asamblea de la SESP.

XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP

Quiñonero Díaz JT

Presidente de la SESP

Estimados Compañeros,

Un año más fiel, a nuestra cita, ponemos a vuestra disposición las ponencias y comunicaciones que nos habéis enviado para el XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

Asistimos de nuevo con gran satisfacción y orgullo, a pesar de “los vientos que soplan” a una actividad científica, la nuestra, ya consolidada y que, en opinión de profesionales ajenos al medio, sorprende por su calidad y variedad.

El trabajo llevado a cabo por todos nosotros tiene dos aspectos importantes a mi entender, por un lado, ocupa ese espacio de calidad que nuestra actividad diaria requiere y por otro da a conocer una atención sanitaria que, a pesar del esfuerzo de muchos compañeros y el desinterés por la Sanidad Penitenciaria de otros, no termina de ocupar el sitio que le corresponde y merece.

En definitiva, desde estas páginas quiero agradecer el esfuerzo que habéis hecho y que debemos continuar haciendo para que la asistencia sanitaria en las prisiones tenga el rigor, la calidad y prestigio que tantos años nos ha costado conseguir.

Así mismo, dar las gracias al Presidente y miembros del Comité Científico, por su gran atención, trabajo y profesionalidad en la evaluación de las comunicaciones presentadas y del premio de investigación en Sanidad Penitenciaria.

Actualización y futuro del tratamiento antirretroviral

Moreno S

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá.
Madrid

INTRODUCCIÓN

El tratamiento antirretroviral ha alcanzado grados óptimos de eficacia con el mínimo de toxicidad asociada. La administración de los fármacos en una sola tableta ha mejorado además la comodidad de administración y, secundariamente, la adherencia. La escasa frecuencia de fracasos virológicos y la alta barrera a la resistencia de muchos de los fármacos actualmente en uso han convertido las temidas resistencias en una eventualidad realmente poco frecuente.

Ante este panorama podría pensarse que la investigación en nuevos fármacos antirretrovirales podría frenarse con reducción significativa de nuevos medicamentos en investigación y de los ensayos clínicos para su desarrollo. Lejos de eso, podemos celebrar el desarrollo y la aparición de nuevos medicamentos que contribuirán, en algunos casos de modo significativo, a mejorar el cuidado de los pacientes.

Como evidencia de la afirmación anterior, se exponen a continuación los fármacos en fase de desarrollo clínico que pasarán a formar parte del equipamiento farmacológico en los próximos años.

Nuevos fármacos de viejas familias

Se incluyen en este grupo:

- **Nuevos no análogos de nucleósido inhibidores de la transcriptasa inversa: doravirina.** Aporta, frente a los fármacos previos de la familia, una mayor barrera genética y a la resistencia, mejor tolerabilidad (no tiene los efectos indeseables de efavirenz y nevirapina) y la ausencia de interacciones significativas, incluidos los inhibidores de la bomba de protones. Recientemente se han presentado los ensayos clínicos en fase III, en los que se demostró la no inferioridad del fármaco frente a sus comparadores (darunavir/ritonavir y efavirenz, respectivamente).
- **Nuevos inhibidores de la integrasa: bictegravir.** Es una apuesta importante, ya que mejora la clase al ser un fármaco potente, de administración una vez al día, que no precisa de potenciador de sus

niveles, con buena tolerabilidad y ausencia de toxicidad significativa y con alta barrera genética y a la resistencia. Ha completado los ensayos clínicos en fase III, en los que se destaca las comparaciones con dolutegravir. En todos los ensayos, bictegravir se ha mostrado no inferior a dolutegravir, con tasas de eficacia virológica superiores al 90% en todos los casos. Se comercializará en un comprimido único junto con tenofovir alafenamida (TAF) y emtricitabina (FTC).

- **Nuevos inhibidores de la entrada: fostemsavir.** Se trata de un inhibidor del acoplamiento (*attachment*), diseñado para ser usado fundamentalmente en el tratamiento de rescate en pacientes con múltiples resistencias a otras familias. Mostró eficacia en los ensayos en fase II y en breve se presentarán los resultados en fase III.

Nuevas familias de fármacos

De modo sorprendente, se investigan fármacos que actúan en dianas diferentes a las clásicas. En general, su fase de desarrollo es más preliminar.

- **Inhibidores de la cápside: GS-CA1.** Sería el primer fármaco de la clase. Se caracteriza por actuar a nivel picomolar (pM) y la posibilidad de formulación de administración prolongada (*long-acting*).
- **Inhibidores de la maduración.** Desgraciadamente, los fármacos de esta familia no han logrado ver la luz, por razones de resistencias en un caso y de toxicidad en otro.

Nuevas estrategias

Entre las nuevas estrategias hay que citar dos muy significativas:

- **Biterapias:** la administración de solo dos fármacos para conseguir mantener la supresión virológica es ya una realidad. Los múltiples ensayos clínicos con inhibidores de la proteasa potenciado en tratamiento de inicio o tras un cambio pusieron de manifiesto esta estrategia. Ensayos más recientes con dolutegravir con rilpivirina o lamivudina

continúan esta línea, que pudieran constituir un cambio en el paradigma de tratamiento antirretroviral.

- *Fármacos de acción prolongada:* se trata de la gran apuesta del futuro. En la actualidad se lleva a cabo con la combinación de cabotegravir y rilpivirina, ambos en formulaciones de larga duración de administración intramuscular, con dosificación cada 4-8 semanas. Tras concluir con éxito los ensayos en fase II, se están llevando a cabo los ensayos definitivos en fase III para esta estrategia.

Un nuevo nucleósido aspira a poder ser administrado hasta cada 6 meses, pero su desarrollo se encuentra todavía en fases muy tempranas.

CORRESPONDENCIA

Santiago Moreno
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Universidad de Alcalá (Madrid)

Eliminar la hepatitis C en las prisiones: cómo y cuándo

Marco A

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

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es enormemente prevalente en la población reclusa¹, aunque en países de renta alta esta prevalencia se ha reducido mucho en los últimos años². En Cataluña, como en el resto de España, ha pasado de cifras de torno al 40% en los primeros años del S XXI al 9,1-14,8%^{3,4} en la actualidad. Esta disminución se ha debido básicamente a dos causas. Una, al cambio en el patrón de consumo en los usuarios de drogas, principal grupo de afectados entre los reclusos en prisión, quienes han reducido notablemente la vía de administración parenteral. Y dos, al actual tratamiento de la hepatitis crónica por VHC (HC) con antivirales de acción directa (AAD) libres de interferón. Estos fármacos se utilizan desde 2015, su eficacia permite alcanzar cifras de respuesta viral sostenida (RVS) del 90-100% en la mayoría de casos y desde agosto de 2017 se prescriben a toda la población infectada sea cual sea su grado de fibrosis⁵. Son de hecho, las altas tasas de curación obtenidas con las nuevas combinaciones de AAD la razón de que la OMS haya planteado en el periodo 2015-2030 el reto de reducir mundialmente el 90% de la incidencia y el 65% de la mortalidad de las hepatitis víricas⁶ y haya establecido además como objetivo a corto-medio plazo la posible eliminación de la HC.

CONTROLAR, ELIMINAR, ERRADICAR: LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO

Erradicar las infecciones, especialmente sin la ayuda de la vacunación, es extremadamente difícil. Sólo la viruela se considera desde 1980 erradicada. Para evaluar adecuadamente los diferentes escenarios, suelen utilizarse conceptos diferenciados por objetivos, como “control”, “eliminación” y “erradicación”. Así, se estima que “se está controlando” la HC cuando se consigue disminuir la incidencia de cirrosis y hepatocarcinoma y también la incidencia de la infección por VHC. Esta situación “de control” es la

que ha alcanzado España tras los dos primeros años de aplicación del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C (PEAHC)⁷. El concepto de “eliminación”, sin embargo, es más ambicioso, ya que pretende obtener la incidencia cero de la infección, así como una disminución importante de cirrosis y hepatocarcinoma en un área específica. Y el de “erradicación” todavía lo es más, ya que extiende el objetivo de incidencia cero y de disminución importante de la tasa de cirrosis y de hepatocarcinoma al ámbito mundial. Erradicar significaría, por consiguiente, borrar el VHC de la Tierra, mientras que el concepto de eliminación circunscribe la desaparición del VHC a una región o población definida, como un estado o país.

Recientemente, se ha añadido un nuevo concepto, el de “microeliminación”⁸, que pretende establecer objetivos *específicos* para segmentos *específicos*, permitiendo de este modo abordar no sólo lo que se consideran poblaciones prioritarias (1. Usuarios de drogas intravenosas –UDI-; 2. Hombres que tienen sexo con hombres y prácticas sexuales traumáticas y/o de riesgo; y 3. Reclusos) sino abordar la eliminación en otros colectivos concretos como los *baby boomers* o los de algunas áreas geográficas determinadas. Finalmente, aún hay otro concepto aplicable, este más clásico y ya utilizado previamente en otras infecciones como la tuberculosis, que es el de conseguir “la eliminación desde el punto de vista de la salud pública”, que no pretendería obtener una incidencia cero, al entender que carecer de casos de HC es muy difícil, pero sí pretende alcanzar una tasa de incidencia muy baja, de forma que la infección deje de ser un problema para la salud pública. Este concepto está muy relacionado con el ratio de RVS vs. nuevas infecciones, que está siendo utilizado para comprobar el grado de transmisión de la infección. Para que la situación sea óptima, el ratio debe ser superior a 1 (más casos de RVS que de nuevas infecciones), de forma que garantice que se está incidiendo de forma adecuada en la transmisión de la infección. Este objetivo, en 2016, sólo lo habían logrado 10 países, entre ellos España, de 91 analizados⁹ (Figura 1).

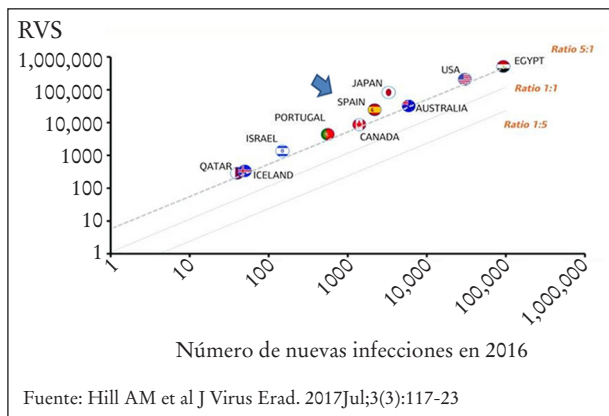


Figura 1. Beneficios de la transmisión. Países que alcanzaron un ratio superior de RVS vs. nuevas infecciones en 2016.

RETOS PARA AFRONTAR LA ELIMINACIÓN

Para eliminar la HC se precisa: a) identificar los casos con hepatitis C no detectados, promoviendo políticas activas de cribado; b) evitar la transmisión de los infectados mediante la implementación de estrategias dirigidas a prevenir conductas de riesgo (básicamente del uso compartido de material de inyección y del sexo asociado al consumo de drogas o *chemsex*), c) extender el tratamiento a todos los infectados (“acceso univer-

sal”); y d) comprometer a la Comunidad, a las Sociedades Científicas, y a la Administración Pública, Sanitaria y Penitenciaria, en la consecución de este objetivo.

Identificar los casos no detectados

Se estima que en Europa hay más de 3.200.000 pacientes virémicos¹⁰. Hoy sabemos que en España, hasta hace poco tiempo, la prevalencia de infección por VHC había estado supraestimada. Estudios recientes¹¹⁻¹⁴ han calculado que en la población española el 0,83%-1,2% presenta serología (Ac anti VHC) positiva, mientras que los casos con virémica (RNA VHC+) son el 0,37%-0,48%, lo que equivale a considerar que hay actualmente en torno a 200.000 (IC: 190.000-250.000) infectados en España. Debe resaltar, además, que la distribución de la infección no es poblacionalmente homogénea y varía en función del tipo de perfil del paciente (hay grupos con prevalencias mucho más altas que la media), así como del sexo y la edad. En la Figura 2 se presenta el número estimado de casos con VHC-RNA+ según ruta de transmisión y en la Figura 3 la prevalencia de la infección por VHC, por sexo, según periodos de fecha de nacimiento. Los modelos económicos de simulación y los meta análisis sugieren que todos los adultos deberían someterse a exámenes de detección del VHC, aunque los mayores esfuerzos deban centrarse en las poblaciones de alto riesgo¹⁵.

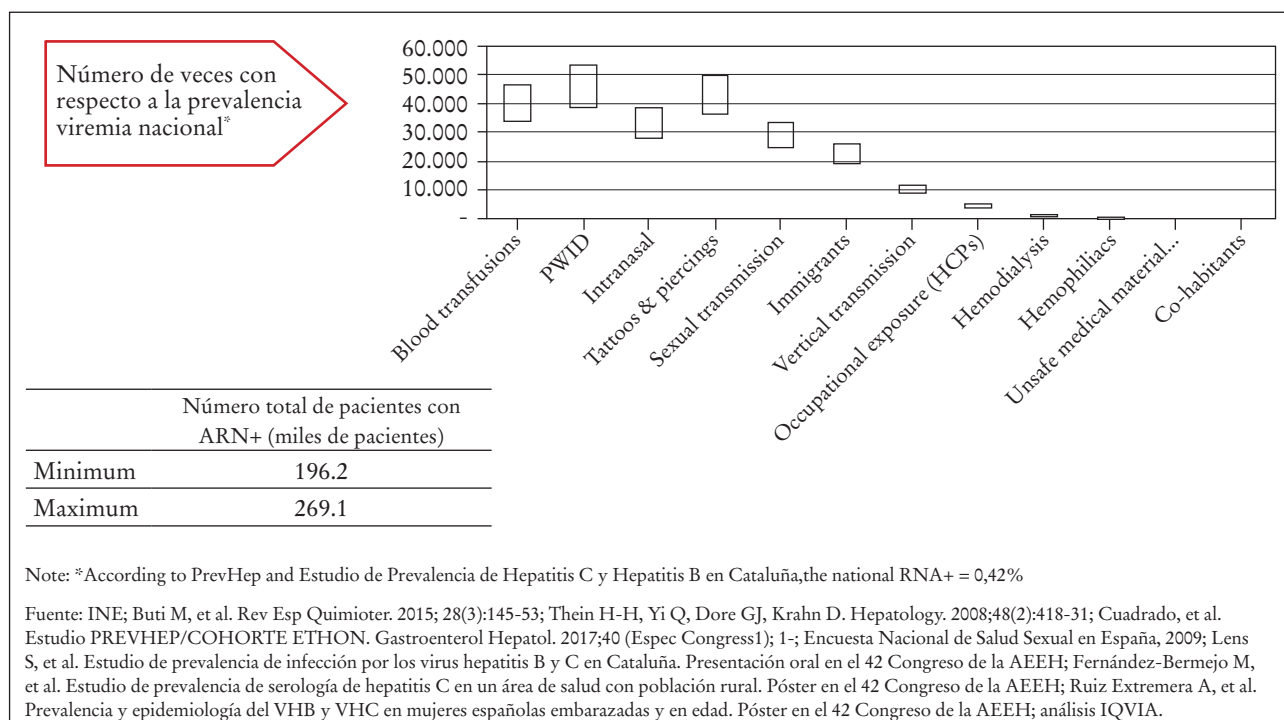


Figura 2. Número estimado de casos con VHC-RNA+ según ruta de transmisión.

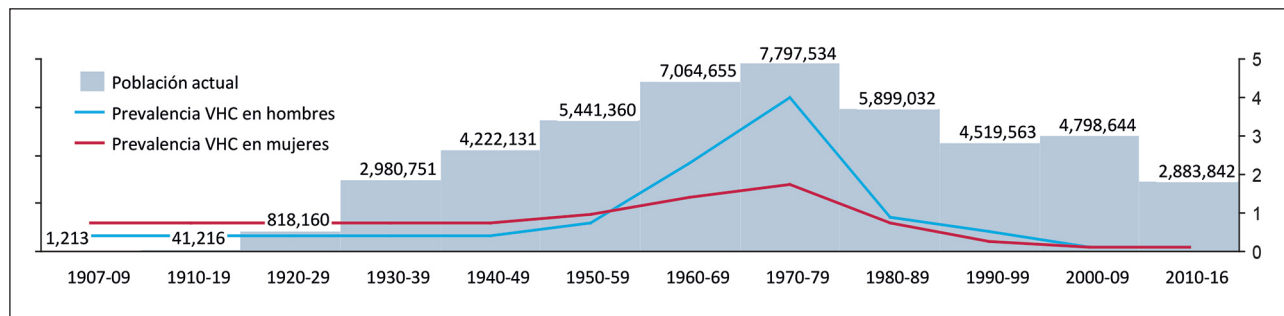


Figura 3. Prevalencia de la infección por VHC, por sexo, según periodos de fecha de nacimiento.

En los presos, la prevalencia de infección por VHC es muy elevada (9-12 veces superior a la de la población no reclusa). Al ingreso en prisión se efectúa desde hace años un screening universal de las infecciones más prevalentes en los internados en prisión: del VHC y de otras infecciones como el VHB, el VIH, la tuberculosis y la sífilis. El cribado es universal y recomendado, aunque no es obligatorio. La cobertura, no obstante, es alta: en torno al 85%^{3,4}. Por consiguiente, la infección oculta en el medio penitenciario no puede asegurarse que no exista, pero de existir es probablemente muy baja.

Evitar la transmisión de la infección

En los países de renta alta, los UDI participan en el 80% de las nuevas infecciones¹⁶. En España, el 75-80% de los casos con HC en presos son UDIs¹⁷. Hay evidencias de que la entrega de material de inyección combinado con el “tratamiento con sustitutivos opiáceos” (TSO) reduce sustancialmente la prevalencia de VHC en inyectores de drogas. Un estudio multicéntrico efectuado con UDIs en Reino Unido, con TSO y amplísima cobertura de material de inyección, disminuyó el riesgo de adquirir el VHC a la mitad si ambas estrategias no estaban combinadas y al 80% cuando si lo estaban¹⁸. Los presos son un grupo clave en la transmisión de la infección, no solo a nivel penitenciario, sino también extrapenitenciario, ya que se calcula que el 90% de las nuevas infecciones en que están implicados ocurren fuera de prisión¹⁹. Sin embargo, y a pesar de estas evidencias, sólo 70 de las más de 10.000 prisiones que hay en el mundo disponen de programas de distribución de material de inyección²⁰.

Por otra parte, los UDI han tenido durante tiempo obstáculos para acceder al tratamiento de la HC, aun cuando el impacto del tratamiento en la reducción de la transmisión de la infección en este grupo es evidente²¹ y a pesar también de que estos tratamientos se han mostrado costo-efectivos en este colectivo tanto

en la época de la biterapia como ahora, con el uso de AAD²².

La prevención de la transmisión en los grupos que practican *chemsex* es más problemática, ya que estas conductas sexuales se producen bajo el efecto de drogas (principalmente mefedrona, metanfetamina de cristal (TINA) y GHB/GLB (G), entre otras), en personas conscientes del riesgo de su conducta. El fin de estos contactos, a veces con múltiples parejas, es obtener sexo, desinhibido y además duradero. Para ello, consumen drogas, a veces incluso por vía endovenosa, que reduce el uso de medidas preventivas y aumenta el riesgo de adquirir o transmitir el VIH, el VHC u otras infecciones de transmisión sexual. La prevención de estas conductas, a menudo sin patrón de dependencia, con conciencia de riesgo y habitualmente en personas con alto nivel de información es enormemente complicada.

Acceso universal al tratamiento

Como se ha comentado, la eficacia del tratamiento con AAD es muy alta: 90-100% en la mayoría de casos. En 2015 más del 80% de los tratamientos de la HC efectuados en la Unión Europea correspondían a 5 países: España, Italia, Alemania, Francia y Reino Unido¹⁰. Para alcanzar el objetivo de la eliminación en el año 2030, la OMS estima que debería obtenerse una curación neta anual (Curación Neta= Curados + Fallecidos – Nuevas infecciones) del 7%⁹. Sin embargo, sólo 8 países (entre ellos, España) presentaban una curación neta del 7% en el 2016⁹.

En nuestro país se habían tratado 81.643 casos con AAD a 30 de junio de 2017, con una RVS en torno al 95%²³. El tratamiento es la única estrategia que genera de forma conjunta beneficios a nivel epidemiológico (beneficios en la infección, transmisión y extensión de la epidemia), a nivel clínico (disminución de la morbilidad hepática y no hepática) y a nivel económico (costo-efectividad elevado). Por consiguiente, el acceso universal al tratamiento es la principal estrate-

gia para eliminar la infección por VHC. Los centros penitenciarios juegan, a este respecto, un papel clave, ya que permiten acceder a colectivos que a menudo están alejados de los dispositivos asistenciales. Por este motivo estos dispositivos resultan especialmente atractivos para administrar tratamientos como los AAD, que presentan muy alta eficacia, pocos o nulos efectos adversos y corto tiempo de administración. Sin embargo, la publicación de resultados del tratamiento en este grupo de pacientes ha sido hasta el momento escaso y los pocos datos conocidos se han comunicado en forma de carta²⁴ o en estudios de ámbito farmacoeconómico^{25,26}. Probablemente, las pocas evidencias existentes fueran debidas al menor acceso de los presos al tratamiento con AAD en algunos países, sobre todo por razones económicas^{27,28}. No obstante, recientemente se han comunicado datos del tratamiento efectuado en reclusos de Cataluña, en un estudio que ha comprobado que el tratamiento de la población penitenciaria con AAD es similar en cuanto a eficacia que el tratamiento efectuado extrapenitenciariamente²⁹. En este trabajo, la tasa de discontinuación era muy baja en presos y en no presos y había, entre ambos grupos, un porcentaje no significativo de

discontinuaciones por efectos adversos o por abandonos voluntarios. Sin embargo los reclusos presentaron globalmente mayor tasa de discontinuación debido exclusivamente a la excarcelación, lo que a menudo implicaba falta de información de lo ocurrido después de la salida de prisión. Una mejor coordinación entre los sistemas de salud penitenciarios y comunitarios es clave y ayudaría a garantizar la continuidad terapéutica en los presos liberados.

El compromiso social, científico y administrativo

El compromiso de la Comunidad, de las Sociedades Científicas y de la Administración Pública es esencial para conseguir el reto de la eliminación. La creación de la *Alianza para la Eliminación de la Hepatitis C en España*, con participación de entidades de afectados y de Sociedades Científicas, entre ellas la SESP, es un ejemplo a seguir. También el PEAHC5, creado a instancias del Ministerio de Sanidad, ha sido una opción válida para impulsar el tratamiento de la HC. El análisis de los resultados del Plan muestra además que tras dos años de aplicación, ha generado una mejora en los resultados de salud con importante

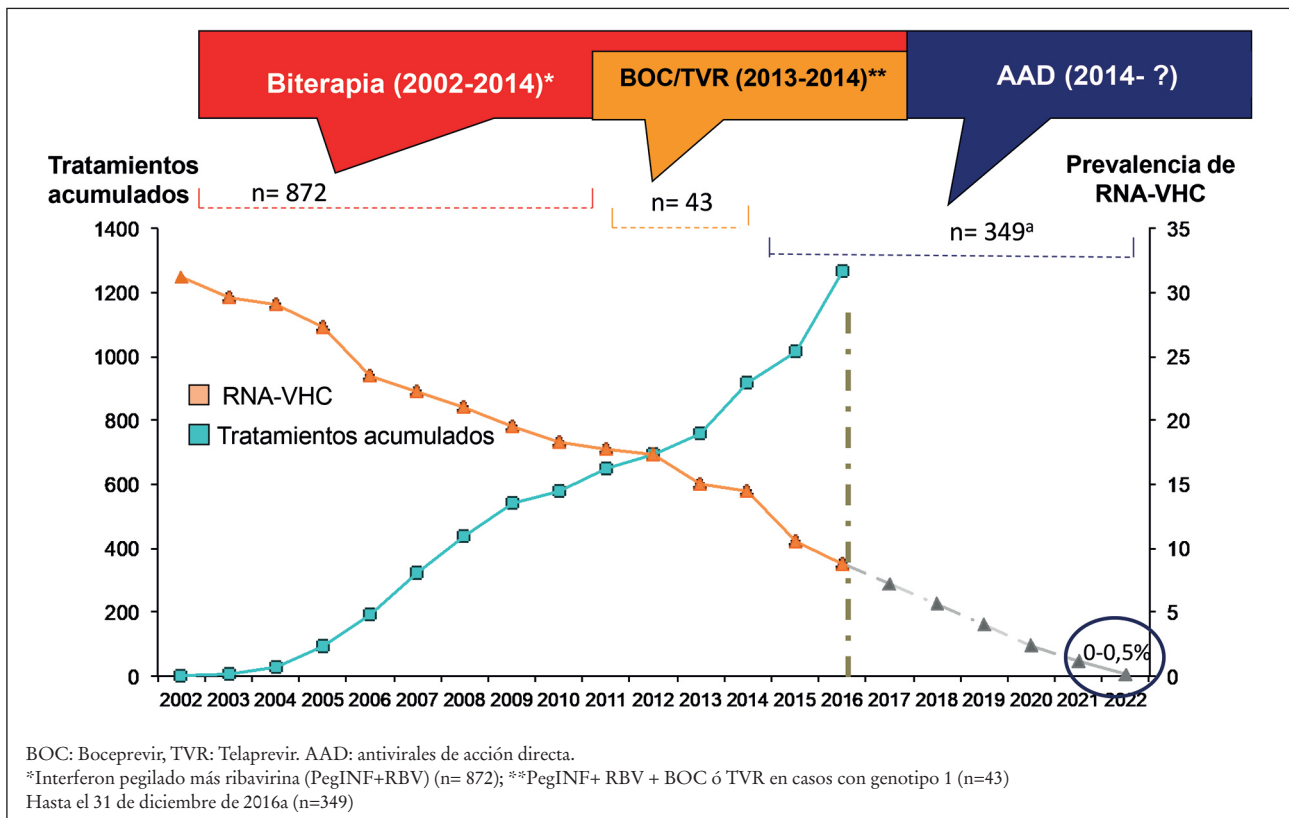


Figura 4. Prevalencia observada de RNA-VHC (2002-2016), tratamientos acumulados de hepatitis C hasta 2016, y estimación de la prevalencia de RNA-VHC (2017-2022) en las prisiones de Cataluña.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

ahorro económico³⁰. Similares beneficios, clínicos y económicos, se observan también en un estudio presentado en este Congreso y que plantea el supuesto de tratar en España en 2 años a una cohorte de 4408 reclusos independientemente del grado de fibrosis³¹. Este trabajo concluye que el tratamiento con AAD de la población reclusa infectada por VHC incrementaría la supervivencia, mejoraría la calidad de vida y reduciría extraordinariamente la incidencia de complicaciones hepáticas. Además, muestra que esta opción es coste-efectiva, al conseguir un coste por AVAC muy inferior al umbral de eficiencia utilizado en España.

La opción de aplicar el tratamiento de forma universal a toda la población reclusa española es por todo lo citado una necesidad y debiera ser políticamente una prioridad. Sin embargo, todavía hay mucho camino por recorrer: una reciente respuesta parlamentaria informaba que casi el 40% de la población reclusa dependiente del Ministerio del Interior con HC y con un grado de fibrosis F2-F4 estaba todavía pendiente de ser tratada³². Mejorar esta situación debe ser una obligación de la Administración Penitenciaria y hay experiencias muy útiles, como la de la prisión del Dueso³³ o la presentada en este Congreso en la prisión de Navalcarnero³⁴, que demuestran que mejorar es factible si hay apoyo administrativo y predisposición y motivación del equipo profesional.

Finalmente, quisiéramos finalizar con un mensaje optimista. Una predicción efectuada mediante alisado exponencial lineal, basada en el análisis de series temporales diagnósticas y terapéuticas de 15 años de antigüedad en presos de Cataluña, ha calculado que eliminar la HC desde el punto de vista de la salud pública se podría alcanzar a finales de 2021 (Figura 4). Por consiguiente, con decisión política, organización programática y compromiso social se puede eliminar la hepatitis C en las cárceles. Si esto es posible, cuanto antes lo hagamos, mejor.

CORRESPONDENCIA

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, Rich JD, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology* 2013; 58: 1215-24.
2. Varan AK, Mercer DW, Stein MS, Spaulding AC. Hepatitis C seroprevalence among prison inmates since 2001: still high but declining. *Public Health Rep* 2014; 129: 187-95.
3. Descriptors estadístics Serveis Penitenciaris. Disponible en: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/12_pob.html. Acceso: 10 de marzo, 2018.
4. Secretaria de Estado de Relaciones con las Cortes. Respuesta del Gobierno. Entrada 15861, 31 de enero de 2017.
5. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en España (PEAHC), agosto-2017. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm> Acceso 10 de marzo de 2018.
6. World Health Organization (WHO), Draft global health sector strategies. Viral Hepatitis, 2016-2021. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_32-sp.pdf?ua=1. Acceso 8 de marzo, 2018.
7. Turnes J, Domínguez Hernández R, Casado MA. Evaluación del impacto de los agentes antivirales de acción directa tras 2 años del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en España: Resultados preliminares del análisis Coste-Utilidad (abstract P-47). Barcelona, XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, 6-8 septiembre 2017. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/ficheros/gacetasanitaria/congreso/8.pdf> Acceso: 10 de marzo de 2018.
8. Lazarus JV, Wiktor S, Colombo M, Thursz M, EASL International Liver Foundation. Microelimination - A path to global elimination of hepatitis C. *J Hepatol* 2017; 67: 665-6.
9. Hill AM, Nath S, Simmons B. The road to elimination of hepatitis C: analysis of cures versus new infections in 91 countries. *J Virus Erad* 2017; 3: 117-23.
10. The European Union HCV Collaborators. Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: a modeling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 325-36.
11. Cuadrado A, Perelló C, Llarena S, Gómez M, Escudero MD, Rodríguez L, et al. Prevalence of hepatitis C in the Spanish population. The prevhep study (ethon cohort). Amsterdam: AESL Meeting 2017 (abstract THU-190).

12. Aguinaga A, Díaz-González J, Pérez-García A, Barrado L, Martínez-Vaz I, Casado I, et al. Estimación de la prevalencia de infección diagnosticada y no diagnosticada por el virus de la hepatitis C en Navarra, 2014-2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; pii: S0213-005X(16)30401-3. doi: 10.1016/j.eimc.2016.12.008. [Epub ahead of print]
13. Rodríguez-Tajes S, Dacal Y, Collazos C, Frías MC, Vidal MJ, Jané M, et al. Estudio de prevalencia de infección por los virus B y C en Cataluña. Lleida: XXVI Congrés de la Societat Catalana de Digestologia, 2017.
14. Fernández-Bermejo M, Iñiguez R, Mata P, Cliff H, Gómez-Alonso B, Mateos JM, et al. Estudio de prevalencia de serología de hepatitis C en un área de Salud con población rural (abstract 132). Madrid, Congreso AEEH: 2017.
15. Saab S, Le L, Saqqi S, Sundaram V, Tong M. Towards the Elimination of Hepatitis C in the United States. *Hepatology* 2017; doi: 10.1002/hep.29685.
16. Grebely J, Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs? *Antiviral Res* 2014; 104: 62.-72.
17. Saiz de la Hoya, 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.
18. Vickerman P, Martin M, Turner K, Hickman M. Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction* 2012; 107: 1984-95.
19. Arain A, Robaeys G, Stöver G. Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response. *BMC Infect Dis* 2014; 14 Suppl 6:S17. doi: 10.1186/1471-2334-14-S6-S17
20. He T, Li K, Roberts MS, Spaulding AC, Ayer T, Grefenstette JJ, et al. Prevention of Hepatitis C by Screening and Treatment in U.S. Prisons. *Ann Intern Med* 2016; 164: 84-92.
21. Hellard M, Doyle JS, Sacks-Davis R, Thompson AJ, McBryde E. Eradication of hepatitis C infection: the importance of targeting people who inject drugs. *Hepatology* 2014; 59: 366-9.
22. Dillon JF, Lazarus JV, Rezavi HA. Urgent action to fight hepatitis C in people who inject drugs in Europe. *Hepatology* 2016; doi: 10.1186/s41124-016-0011-y
23. Secretaría General de Sanidad. Informe de Situación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C Crónica presentado al Consejo Interterritorial del SNS. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/informeSituacionPEAHCPresentadoCISNS_Jun2017.pdf Acceso: 11 de marzo de 2018.
24. Foschi A, Casana M, Radice A, Ranieri R, d'Arminio Monforte A. Hepatitis C management in prisons: An insight into daily clinical practice in three major Italian correctional houses. *Hepatology* 2016; 64: 1821-2.
25. Liu S, Watcha D, Holodniy M, Goldhaber-Fiebert JD. Sofosbuvir-based treatment regimens for chronic, genotype 1 hepatitis C virus infection in U.S. incarcerated populations: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2014; 161: 546-53.
26. Martin NK, Vickerman P, Brew IF, Williamson J, Miners A, Irving WL, et al. Is increased hepatitis C virus case-finding combined with current or 8-week to 12-week direct-acting antiviral therapy cost-effective in UK prisons? A prevention benefit analysis. *Hepatology* 2016; 63:1796-808.
27. Webster PC. Federal inmates treated for hep C drop 29%. *CMAJ* 2015; 187: 1345-6.
28. Beckman AL, Bilinski A, Boyko R, Camp GM, Wall AT, Lim JK, et al. New Hepatitis C Drugs Are Very Costly And Unavailable To Many State Prisoners. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35:1893-1901.
29. Marco A, Vergara M, Roget M, Cervantes M, Forné M, Planella R, et al. Comparison of effectiveness and discontinuation of interferon-free therapy for hepatitis C in prison inmates and non-inmates. *J Viral Hepat* 2018 (epub of print).
30. Turner J, Domínguez-Hernández R, Casado MA. Evaluación del impacto de los antivirales de acción directa tras 2 años del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en España: Resultados preliminares del análisis coste-utilidad (abstract P-47). Barcelona: Jornadas de Economía de la Salud, 2017.
31. Marco A, Domínguez-Hernández R, Casado MA. Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hepatitis C crónica en población reclusa. Cartagena: XII Congreso y XX Jornadas SESP, 2018 (abstract EI15) Cartagena: XII Congreso y XX Jornadas SESP, 2018.
32. Congreso de los Diputados. Secretaria General. Registro General. Respuesta del Gobierno (17 de octubre de 2017). Entrada 51725. Disponible en: http://www.congreso.es/l12p/e5/e_0051725_n_000.pdf. Acceso: 12 de marzo de 2018.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

33. Llerena C, Álvarez A, Estébanez A, Mateo M, Pallas JR. A program of testing and treat intended to eliminate hepatitis C in a prison: the JAILFREEC study. EASL-AASLD Special Conference Paris, France 2016
34. Jiménez-Galán G, Alia C, García R, Huerta C, de Diego S, Otero C. Disminución, casi eliminación, de la Carga Viral del VHC en la población de un centro penitenciario desde la aplicación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C crónica en el Sistema Nacional de Salud (PEAH). Cartagena: XII Congreso y XX Jornadas SESP, 2018.
35. Marco A, da Silva A, Guerrero RA, Planella R, Solé C, et al. Time series analysis to estimate when hepatitis C infection will no longer be a major public health problema in prisons in Catalonia (Spain). Washington, The Liver Meeting American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), 20-24 October, 2017 (abstract 575).

Programa de Buenas Prácticas Clínicas con Benzodiazepinas (BZD)

Martínez de Carvajal-Hedrich V, Touzon-López C

Equipo Atención Primaria Penitenciaria. Sant Joan de Vilatorrada (Lledoners)

INTRODUCCIÓN

A pesar de las repetidas recomendaciones de limitar las benzodiazepinas a prescripciones cortas (2-4 semanas), los médicos de todo el mundo continúan pautándolas durante meses o años. Esta “sobreprescripción” ha causado que una gran parte de la población de usuarios se haya convertido en dependientes de los benzodiazepinas y, además, ha conllevado también al desvío de este tipo de fármacos hacia el mercado ilegal de drogas...¹

No importa qué me meta en el cuerpo si eso me hace pasar unos días sin enterarme de nada².

En nuestro centro, a 1 de junio de 2017:

- 23 de cada 100 internos estaban en tratamiento con BZD.
- 37 estaban tratados con BDZ de acción corta/rápida (hipnóticos) incluso por la mañana y/o mediodía.
- 19 pacientes estaban tratados con más de una BZD (un paciente con tres).
- En el grupo de 37 pacientes (“control”), el 65% tenían pauta indefinida de BZD.

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la utilización de las BZD en nuestro centro, tanto en lo que se refiere a la indicación como a la duración de las pautas intentando, además, evitar el mal uso. Buscamos pues:

1. Mejorar el manejo de la ansiedad (primera causa de consulta en nuestro medio) siguiendo la secuencia de tratamiento: no farmacológico -> farmacológico no BZD -> si fuera necesario, BZD de acción larga.
2. Prescribir BZD de acción larga, evitando la prescripción de BZD hipnóticas (recordemos el medio donde trabajamos).
3. Respetar la duración máxima cuando prescribimos una BZD, tal como recomiendan todas las

guías: hasta un máximo de 4-8 semanas, incluyendo retirada.

Con estos objetivos esperábamos, además e indirectamente, reducir el número de pacientes que, en el Centro, tuvieran pautada una BZD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROYECTO 2017

1. Elaboración de un protocolo para el tratamiento y gestión de BZD.
2. Puesta en marcha del Protocolo a partir del 01 de junio de 2017.
3. Formación del equipo incluyendo la presentación del Protocolo.
4. Por la novedad del proyecto, se lo consideró como “proyecto piloto”; es decir, por un lado desarrollarlo por fases (están previstas cuatro) y, por otro lado, susceptible a cambios inmediatos si así se requería.

En la primera fase se propusieron y definieron los siguientes objetivos concretos:

- Evitar prescripciones de más de una BZD por paciente (siempre que éste no estuviera en proceso de retirada de una de ellas). Retirar y no prescribir BZD de acción corta (alprazolam y/o lormetazepam). Retirar y no hacer pautas indefinidas.
5. Seguimiento de los objetivos específicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito de aplicación del proyecto: Centro Penitenciario de Lledoners (729 internos a 25.05.2017) considerándolo (como ya hemos hecho con otros proyectos relacionados con patología adictiva) una Comunidad Terapéutica, un entorno controlado.

Formación: sobre el protocolo, opciones para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, y sobre los objetivos de la primera fase.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

- **Prescripción:** si se dispensaran BZD, que sean de acción larga: clorazepato dipotásico y diazepam en vez de BZD de acción corta (alprazolam y lormetazepam).
- **Equipo:** todo el equipo médico (8 facultativos/as).
- **Tiempo:** 7 meses (desde la presentación del Protocolo).

La aproximación al paciente se ha realizado explicándole los efectos nocivos que provocan las benzodiazepinas cuando son utilizadas a largo plazo y planteando la retirada coma la oportunidad de deshabituarse de este tipo de fármacos.

En esta primera fase, no se ha puesto límite al tiempo de retirada de la/las BZD.

RESULTADOS PRELIMINARES

Presentamos, seguidamente, los resultados preliminares, pendientes de completar el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos disponibles (Tabla 1).

En siete meses:

Tabla 1.

2017	25/05	27/12	
Total internos en Lledoners	729	685	-6,0%
BZD acción rápida	37	11	-70,3%
+ de 1 BZD	19	9	-52,6%
Pautas indefinidas (alprazolam y lormetazepam)	24 de 37 65%	2 de 11 18%	
Total pacientes con BZD	164		
% BZD/total	22,5%		

- Hemos pasado de tener 37 pacientes con pauta de BZD de acción corta (hipnóticos) a 11.
- De tener 19 pacientes con más de una BZD a 9.
- En el grupo “control” (los pacientes con pauta de BZD de acción corta), se ha pasado de tener al 65% de ellos con pauta indefinida al 18%. Respecto a este dato, indicar que el mes anterior (finales de noviembre) se había llegado al 0% (los dos pacientes de diciembre corresponden a ingresos nuevos de este mes).

Todos los médicos han realizado un número significativamente más alto de visitas de seguimiento por

paciente debido al hecho de acortar la duración de las recetas.

No siendo un objetivo “directo” del Proyecto, con la metodología aplicada se ha conseguido una reducción del número de pacientes con receta de BZD (dato pendiente de completar análisis).

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en estos siete meses de trabajo indican que:

- **La reducción del número de prescripciones de BZD en un centro penitenciario es posible.**
- Se ha mejorado el enfoque terapéutico de la ansiedad.
- Se ha mejorado la calidad de la prescripción de BZD.

Pendientes de un análisis más detallado, consideramos que los resultados de la primera fase de este proyecto son (muy) positivos; tanto en lo que se refiere al objetivo general como a los objetivos específicos que se plantearon. Son datos que animan a continuar con el proyecto (segunda fase).

Por otro lado, entendemos, es muy importante evaluar el “coste” del proyecto, especialmente en lo referente a la prescripción de fármacos psicotrópicos (cantidad, tipo, coste...). Esperamos poder dar datos durante las jornadas.

CORRESPONDENCIA

Vicente Martínez de Carvajal Hedrich
Carlos Touzón López
Equipo Atención Primaria Penitenciaria.
Sant Joan de Vilatorrada (Lledoners)

BIBLIOGRAFÍA

1. H. Ashton. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Cur Opin Psychiatry*. 2005;18.
2. GSMP. Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas. OMEditorial, 2012:43.

Inyectables de larga duración, de la farmacología a la clínica

Martínez-Raga J¹, López-Cerveró M²

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica. Departamento de Medicina, Universidad de Valencia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

²Centro de Salud Mental de San Marcelino. Departamento de Salud. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

RESUMEN

Los antipsicóticos inyectables de larga duración (AILD) y en particular los de segunda generación constituyen un elemento clave en el abordaje de los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos debido a su capacidad de asegurar la liberación de niveles plasmáticos estables del principio activo y asegurando así una mayor adherencia al tratamiento. A pesar de la probada eficacia y el mejor perfil de tolerabilidad de los AILD de segunda generación, estos fármacos son ampliamente infrautilizados y con frecuencia son relegados a etapas más avanzadas de la enfermedad a pesar de lo recomendado por la mayoría de guías clínicas internacionales. Aunque hay importantes diferencias entre los diversos AILD, este grupo de fármacos muestran importantes ventajas clínicas frente a los tratamientos orales.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno complejo y multifactorial que resulta de la interacción entre factores de riesgo genéticos y ambientales caracterizado por un conjunto de síntomas positivos, negativos y cognitivos, con una prevalencia a lo largo de la vida se sitúa alrededor del 1% (Howes and Murray, 2014; Kahn et al, 2014). El curso natural de la esquizofrenia varía entre la recuperación completa y el curso crónico con recaídas frecuentes con afectación funcional en múltiples ámbitos de la vida del sujeto y que con frecuencia persiste más allá de la remisión parcial o completa de los síntomas psicóticos (Kahn et al, 2014). Las recaídas tienen un impacto importante sobre el paciente, de modo que no sólo suponen un empeoramiento de los síntomas, sino que a menudo suponen una pérdida de funcionalidad y calidad de vida para el paciente, una peor respuesta a los sucesivos tratamientos, un deterioro cognitivo progresivo, mayor carga emocional para familias y cuidadores, mayor consumo de recursos, mayor carga emocional para los cuidadores o mayor riesgo de suicidio (Nasrallah et al, 2011; Olivares et al, 2011).

Desde el descubrimiento de la clorpromazina a principios de los años 50 del siglo pasado han apa-

recido un amplio número de fármacos antipsicóticos y este grupo heterogéneo de fármacos continúan siendo el elemento fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia, con eficacia probada sobre los síntomas psicóticos y ante la reducción de la tasa de recaídas. Los primeros antipsicóticos inyectables de larga duración (AILD) fueron desarrollados en la década de los 1960. El primero en aparecer fue el enantato de flufenazina en 1966 y el segundo, unos 18 meses después, el decanoato de flufenazina (De Risio y Lang, 2014). Los AILD constituyeron un importante avance en el abordaje de los pacientes con trastornos psicóticos debido a su capacidad de asegurar la liberación de niveles plasmáticos estables del principio activo y asegurando así una mayor adherencia al tratamiento (Brissos et al, 2014; Kaplan et al, 2013). Hay que tener en cuenta que una de las principales causas de recaída en la esquizofrenia es la limitada adherencia a los fármacos orales en el contexto de la escasa conciencia de enfermedad propia de los trastornos psicóticos (Kaplan et al, 2011). A pesar de disponer de antipsicóticos de primera y segunda generación efectivos para el tratamiento de estos trastornos, aproximadamente el 80% de los pacientes recaen en los cinco años tras iniciar tratamiento debido en gran medida al abandono parcial o completo del tratamiento oral

(Leucht et al, 2012). De hecho, la importancia del de la falta de un cumplimiento terapéutico adecuado con la medicación sobre las recaídas en el trastorno psicótico está muy por encima del de otras variables pronósticas, como el tipo de fármaco antipsicótico utilizado (O.R.= 2) (Csernansky et al, 2002), o incluso el consumo añadido de tóxicos (O.R.=2) (Swofford et al, 1996).

En el presente trabajo se revisarán algunos de los aspectos más importantes de las características clínicas y farmacológicas de los fármacos AILD

LOS ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN

Como sucede con los antipsicóticos orales, hay dos grupos de AILD. En primer lugar, antipsicóticos de primera generación, entre los que se incluyen el decanoato de flupentixol, el decanoato de flufenazina, el decanoato de haloperidol, el decanoato de perfenazina, el palmitato de pipotiazina o el decanoato de zuclopentixol. Así mismo, hay diversos antipsicóticos de segunda generación disponibles como AILD en España, y que aparecen reflejados en la Tabla 1.

Las diferentes formulaciones de AILD consisten habitualmente en un éster del fármaco en una solución oleosa, si bien otras formulaciones utilizan microesferas del principio activo suspendidas en una solución acuosa. Estos fármacos se administran por inyección intramuscular profunda y luego se liberan lentamente desde el lugar de la inyección, proporcionando niveles de fármaco en plasma relativamente estables durante largos períodos, y posibilitando de este modo que el fármaco pueda ser administrado cada pocas semanas (National Institute for Health Care and Excellence, 2014).

Debido a sus propiedades farmacológicas, los AILD presentan algunas características diferenciadoras con los antipsicóticos orales (Brissos et al, 2014). De este modo, el hecho de que no requiera toma diaria y por su administración quincenal, mensual o incluso trimestral, proporciona unas mayores garantías de la

administración del fármaco, asegurar una mejor cumplimentación, reduciendo tanto la falta de adherencia plena como la adherencia parcial al tratamiento, el riesgo de recaídas y permite alertar a los profesionales sanitarios si los pacientes no toman sus medicamentos y poder intervenir en consecuencia (National Institute for Health Care and Excellence, 2014). Los AILD se asocian con una mayor correlación entre las dosis y los niveles plasmáticos, con una menor incidencia de problemas de absorción gastrointestinal al evitar el metabolismo de primer paso, una mejor biodisponibilidad y unos niveles plasmáticos más estables, sin picos (Spanarello et al, 2014; Lee et al, 2015). Así mismo, los AILD se asocian con un menor riesgo de sobredosis deliberada o accidental y con un menor riesgo de aparición de síntomas rebote o de recaídas bruscas que los antipsicóticos orales (Gerlach et al, 1995). Sin embargo, los AILD requieren también una titulación más lenta, necesitando más tiempo para alcanzar niveles plasmáticos estables y con una menor flexibilidad de ajuste de la dosis que los antipsicóticos orales (Gerlach et al, 1995; Lee et al, 2015). Además en el caso de aparición de efectos adversos, necesitan más tiempo para la desaparición de los mismos.

A pesar de la probada eficacia y el mejor perfil de tolerabilidad de los AILD de segunda generación, estos fármacos son ampliamente infrautilizados y con frecuencia son relegados a etapas más avanzadas de la enfermedad, es decir para aquellos pacientes psicóticos con mayor gravedad de síntomas, peor tasas de cumplimiento, mayor número de hospitalizaciones y en general con una peor evolución (Stahl, 2014). También los propios pacientes a menudo tienen una impresión negativa de los AILD, de modo que a menudo los perciben como más coercitivos (Jaeger y Rossler, 2010) Sin embargo, teniendo en cuenta que hay una mayor tasa de respuesta al tratamiento a los primeros episodios de esquizofrenia, con pérdidas significativas de respuesta con los sucesivos tratamientos (Agid et al, 2011) y que los AILD de manera global tienen el potencial de modificar el curso de la esquizofrenia, asociándose con un menor número recaídas, menor tasas rehospitalización.

Tabla 1. Antipsicóticos de segunda generación disponibles en España.

Fármaco	Año de aprobación por la EMA
Risperidona inyectable (Consta [®])	2003
Pamoato de Olanzapina (Zypadhera [®])	2008
Palmitato de Paliperidona (Xeplion [®])	2011
Aripiprazole (Maintena [®])	2013
Palmitato de Paliperidona trimestral (Trevicta [®])	2016

talizaciones y un curso con un menor deterioro para el paciente que los antipsicóticos orales (Tiihonen et al, 2011; Nasrallah, 2018), se ha planteado cada vez más un cambio de paradigma en el que los AILD se plantearan como un tratamiento de primera elección más desde los primeros estadios de la enfermedad (Stahl, 2014).

Diversas guías clínicas internacionales apoyan el uso de los AILD desde etapas tempranas del trastorno psicótico (Galletly et al, 2016; Hasan et al, 2013). De hecho, aunque determinadas guías han propuesto limitar el uso de los AILD para pacientes con recaídas recurrentes relacionadas con la falta de adherencia parcial o total, o pacientes con síntomas positivos persistentes [Lehman et al, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005], en la mayoría de guías, tanto más anteriores como más actuales no distinguen el estadio de la enfermedad para proponer la utilización de AILD (Galletly et al, 2016; Hasan et al, 2013; Kane et al, 1998; National Institute for Health Care and Excellence, 2014). De este modo en la guía NICE sobre “Psicosis y esquizofrenia en adultos” se indica los AILD o depot deberían considerarse a aquellos “pacientes con psicosis o esquizofrenia que prefieran este tratamiento y cuando evitar la falta de adherencia a la medicación antipsicótica sea una prioridad clínica dentro del plan de tratamiento” (National Institute for Health Care and Excellence, 2014). Por su parte la guía de práctica clínica del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Galletly et al, 2016) recomienda el uso de AILD a “pacientes de forma temprana en el curso de la esquizofrenia”; así mismo “recomienda que el uso de los AILD están recomendados en el tratamiento de la esquizofrenia y de los primeros episodios psicóticos cuando sea la preferencia del sujeto, como parte de un plan de tratamiento cuando la adherencia ha sido pobre o incierta, o como parte de un algoritmo de tratamiento en el que ha habido una pobre respuesta a la medicación oral”; también recomienda los AILD “deben ser promovidos activamente cuando los pacientes no se adhieren a la medicación antipsicótica oral”

COMENTARIOS FINALES

Es evidente que existen importantes diferencias farmacológicas entre los diferentes AILD, tanto entre los de primera y segunda generación como entre los diferentes AILD de segunda generación, tanto en su perfil receptorial y su mecanismo de acción, en sus características farmacocinéticas como en cuanto a la frecuencia de administración. Todo ello será impor-

tante de cara a la elaboración de un plan terapéutico adecuado a las necesidades y peculiaridades de cada paciente y en el que la medicación antipsicótica y en particular los AILD son un elemento fundamental, dada la suma de evidencias que muestran los beneficios de los tratamientos de larga duración frente a los tratamientos orales, debido al menos en parte a la mejoría en la adherencia, lo que a su vez conlleva una menor tasa de recaídas y de hospitalización, y al prevenir o retrasar las recaídas ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes

CORRESPONDENCIA

José Martínez-Raga
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Agid O, Arenovich T, Sajeev G, Zipursky RB, Kapur S, Foussias G, et al. An algorithm-based approach to first episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72:1439–1444.
2. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martínez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014; 4:198-219.
3. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005; 50(13 Suppl 1):7S-57S.
4. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R; Risperidone-USA-79 Study Group. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med*. 2002; 346:16-22.
5. De Risio A, Lang AP. History and therapeutic rationale of long acting antipsychotics. *Curr Clin Pharmacol*. 2014; 9(1):39-52.
6. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 50:410-72.
7. Gerlach J. Depot neuroleptics in relapse prevention: advantages and disadvantages. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995; 9(Suppl. 5):17–20.
8. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of

- Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*. 2013; 14:2-44.
9. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014; 383:1677-1687.
 10. Jaeger M, Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Res*. 2010; 175:58-62
 11. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD et al. Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*. 2014; 1:15067.
 12. Kane J, Aguglia E, Altamura A, Ayuso Gutierrez J, Brunello N, Fleischhacker W. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology Consensus Conference in Siena, Italy. Eur Neuropsychopharmacol*. 1998; 8:55-66
 13. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2013; 7:1171-80. doi: 10.2147/PPA.S53795.
 14. Lee LH, Choi C, Collier AC, Barr AM, Honer WG, Procyshyn RM. The Pharmacokinetics of Second-Generation Long-Acting Injectable Antipsychotics: Limitations of Monograph Values. *CNS Drugs* 2015; 29:975-83.
 15. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(2 Suppl):1-56.
 16. Leucht C, Heres S, Kane J, Kissling W, Davis J, Leucht S. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res*. 2011; 127:83-92
 17. Nasrallah H, Tandon R, Keshavan M. Beyond the facts in schizophrenia: closing the gaps in diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011; 20:317-27.
 18. Nasrallah HA. Triple advantages of injectable long acting second generation antipsychotics: Relapse prevention, neuroprotection, and lower mortality. *Schizophr Res* 2018 Mar 3. pii: S0920-9964(18)30053-7.
 19. National Institute for Health Care and Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management [CG178]. National Institute of Clinical Excellence, London, 2014.
 20. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Ann Gen Psychiatry*. 2013; 12:32.
 21. Spanarello S, La Ferla T. The pharmacokinetics of long-acting antipsychotic medications. *Curr Clin Pharmacol*. 2014; 9:310-7.
 22. Stahl SM. Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first? *CNS Spectr*. 2014;19:3-5.
 23. Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1996; 20:145-151.
 24. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad P, Patel M, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2011; 168:603-609.

Intervención en Patología Dual: ¿tratamos de forma adecuada?

Vázquez-Vázquez JM

Psiquiatra. CAS de Sants. Agencia de Salud Pública de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes que demandan tratamiento por trastorno por uso de sustancias (TUS) ha aumentado progresivamente en los últimos 10 años. Hay expertos que afirma que un 72% de los drogodependientes sufren patología dual (PD), siendo alcohol, cannabis, cocaína y tranquilizantes las sustancias más prevalentes por este orden. Otros estudios, en población con TUS, muestran una alta comorbilidad entre los trastornos mentales severos (TMS) y el TUS (56,3%). Un 42,2% recibían un diagnóstico adicional en Eje I (trastornos afectivos y de ansiedad) y un 20,2% en Eje II (trastorno límite y antisocial de la personalidad). Destacar que un 7,3% de los pacientes presentaban diagnóstico dual en espectro de la psicosis¹.

Actualmente sabemos que la mayoría de los TMS preceden a los TUS y, que uno de los predictores más relevantes para usar una sustancia y llegar a tener un TUS (incluido tabaco), es sufrir cualquier otro trastorno mental, especialmente, los trastornos psicóticos y de personalidad².

Por ello ha sido necesario evaluar la percepción de los profesionales españoles sobre el manejo del tratamiento en pacientes duales. La Sociedad Científica Española de Investigación sobre el Alcohol, el Alcoholismo y Adicciones (Socidrogalcohol) y de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) han dado a conocer una encuesta que fue respondida por 250 profesionales que trabajaban en diferentes tipos de los centros de salud españoles atendiendo pacientes con diagnóstico dual. La mayoría de los profesionales percibieron la existencia de incumplimiento terapéutico entre estos pacientes, y en un 99% este hecho conducía a un empeoramiento de la progresión del trastorno, tanto en la exacerbación de los trastornos mentales como en el consumo de sustancias adictivas. En un 69,2%, la alianza terapéutica era considerada como el principal aspecto a tener en cuenta para mejorar el pronóstico en esta población. El objetivo princi-

pal del tratamiento debía ser la mejora de los síntomas positivos de la fase psicótica, seguido por el control de los trastornos de comportamiento, la reducción del *craving*, la mejora de las actuaciones sociales y personales, y la reducción de los síntomas negativos de la fase psicótica. Una de las conclusiones del estudio fue la necesidad de encontrar estrategias de mejora en el tratamiento de este tipo de pacientes³.

Pero ¿conocemos y tratamos toda la realidad a la que nos enfrentamos en nuestra praxis clínica diaria?

Los pacientes con TUS y PD presentan una alta comorbilidad orgánica⁴. Los pacientes con TMS, también, tienen una alta prevalencia de síndrome metabólico, diabetes *mellitus*, etc.⁵. Además, estos pacientes tienen un alto riesgo para enfermedades hepáticas porque están más expuestos al uso de sustancias e infecciones por virus⁶.

Cuando revisamos el Eje IV en pacientes duales podemos evidenciar elevados niveles de estrés psicosocial y, las distocias sociales, pueden predecir estados de ansiedad y depresión si las personas son expuestas a factores de estrés de naturaleza no social^{7,8}. Recordar que la sensibilización al estrés parece desempeñar un papel relevante en la fase temprana del desarrollo de psicosis en población general y, especialmente, en poblaciones de alto riesgo⁹.

En consecuencia, planteamos un cambio de paradigma en el paciente dual y hablamos de un paciente crónico complejo que precisa un modelo de asistencia adaptado a sus necesidades. Es decir, afrontar el reto de la cronicidad desde un enfoque poblacional.

DISCUSIÓN

La psiquiatría actual debe relacionarse con la búsqueda de marcadores biológicos, neurotransmisores, pruebas funcionales cerebrales y atención a los aspectos orgánicos y sociales de los pacientes. Debería volver a los orígenes de la medicina y la biología. Los profesionales sanitarios deben establecer diagnósti-

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

cos, plantear tratamientos y mejorar el pronóstico de las enfermedades mentales y físicas, desde un abordaje médico especializado integral, integrado e integrador que erradique el estigma, la violencia y la marginación con las que siempre se han relacionado los TUS o el TMS.

Proponemos trabajar desde la psiquiatría positiva para comprender y promover el bienestar a través de la evaluación de intervenciones que involucren las intervenciones biológicas y las características psicosociales positivas en personas que padecen o están en alto riesgo de desarrollar enfermedades mentales o físicas¹⁰.

Estableceremos planes terapéuticos vitales para mejorar la calidad de vida física. Esto tan obvio, como por ejemplo el riesgo metabólico, sigue estando infratratado en personas con trastornos psicóticos¹¹. Hay que mejorar la colaboración entre los profesionales de la salud educando sobre los riesgos médicos en pacientes con TUS y TMS, distribuyendo responsabilidades entre médicos generalistas y profesionales de la salud mental¹².

Introduciremos conceptos de Psiquiatría Nutricional, que cambien la política alimentaria promoviendo mejoras en la salud mental y física de poblaciones clínicas como parte de una serie de estrategias que modifiquen el estilo de vida¹³.

Incluiremos intervenciones con ejercicios físicos factibles, que mejoren los dominios clínicos, sociales, cognitivos y estructurales en la función cerebral de las regiones afectadas por el desarrollo de la psicosis¹⁴.

Utilizaremos psicofármacos de una forma racional, que incidan en los diferentes objetivos del plan terapéutico de los pacientes con el afán de disminuir las tasas de recaída y el riesgo de rehospitalización, modificando la percepción subjetiva del estado de salud de los pacientes y su funcionalidad, lo que repercutirá en su integración social y laboral¹⁵.

Asociaremos estrategias no farmacológicas, como la rehabilitación cognitiva, que favorezcan la neuroplasticidad en los pacientes facilitando la mejoría de la disfunción social¹⁶.

No olvidaremos, dado los altos niveles de carga familiar en los pacientes duales, el abordaje terapéutico basado en una red de apoyo profesional a las familias con programas psicoeducativos, grupos de ayuda mutua y servicios de ventilación emocional¹⁷.

Facilitaremos mejorar la prestación de servicios de salud, con una sanidad en línea que incluye psiquiatras, tecnología médica, cuidador familiar, experto en políticas de salud, que supervisen el estado del paciente en tiempo real y mejore la adherencia a la medicación¹⁸.

Apoyaremos la autonomía de los pacientes para que tomen un papel más activo en el manejo de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Conocer la realidad asistencial y cambiar el paradigma del paciente dual para adaptar sus necesidades asistenciales. Diagnosticar, tratar y/o derivar la comorbilidad orgánica. Atenuar los estresores psicosociales. Intervenir desde la Psiquiatría Positiva. Acercar la Psiquiatría a la Medicina. Cambio en estilo de vida (nutrición y ejercicio). Elección de psicofarmacología racional continuada que permita contribuir en la mejoría del proyecto vital del paciente dual. Intervenciones no farmacológicas eficaces. Implementar programas de rehabilitación profesional. Nuevas tecnologías. Atención centrada en la persona que comprende toma de decisiones compartida.

CORRESPONDENCIA

José M^a Vázquez Vázquez
Psiquiatra. CAS de Sants.
Agencia Salud Pública de Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereiro C, Pino C, Flórez G, et al. Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COP-SIAD Study. PLOS ONE. 2013 Jun. 8(6): e66451.
2. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, et al. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). B Am J Addict. 2013 Mar-Apr;22(2):93-8.
3. Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C, Vázquez JM, Velasco E, García-Dorado M, Casas M. Professionals perception on the management of patients with dual disorders. Patient Preference and Adherence. 2016 Oct.;(10):1855-68.
4. Keaney F, Gossop M, Dimech A, et al. Physical health problems among patients seeking treatment for substance use disorders: A comparison of drug dependent and alcohol dependent patients. Journal of Substance Use. 2011 Feb.; 16(1):27-37.

5. Pillinger T, Beck K, Gobjila C, Donocik JG, et al. Impaired Glucose Homeostasis in First-Episode Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 Mar 1.; 74(3):261-9.
6. Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, et al. Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders coexisting with organic diseases. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2013;17(Suppl 1): 65-85.
7. Vázquez JM, González A, Sanz P; Ortega BM, Oriolo G, Vicente L, López FJ, Cruz C. Quality of life in co-occurring substance abuse and psychosis: a year follow-up of long-acting paliperidone palmitate treatment. Poster presentations in the XVI World Congress of Psychiatry. 2014 Sep.; 118:388.
8. Escuela Politécnica Federal de Lausana (EPFL). Hierarchical status predicts behavioral vulnerability and nucleus accumbens metabolic profile following chronic social defeat stress. *Current Biology*. 2017 Jul.
9. Van der Steen Y, Gimpel-Drees J, Lataster T, et al. Clinical high risk for psychosis: the association between momentary stress, affective and psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017 Jul.;136(1):63-73.
10. Jeste DV, Palmer BW, Retter DC et al. Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *J Clin Psychiatry*. 2015 Jun.;76(6):675-83.
11. Bruins J, Pijnenborg GHM, van den Heuvel ER, et al. Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry* 2017 Sep/Oct.;78(8):1117-25.
12. Krinstiansen B, Van Hasselt M, et al. Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015 May.;131(5):387-96.
13. Jacka FN. Nutritional Psychiatry: Where to Next? *E Bio Medicine*. 2017 Mar.;17:24-29.
14. Dean DJ, Bryan AD, Newberry R, et al. A Supervised Exercise Intervention for Youth at Risk for Psychosis: An Open-Label Pilot Study. *J Clin Psychiatry*. 2017 Nov/Dec.;78(9):e1167-73.
15. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M. et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2017 Sep.;74(7):686-93.
16. Ramsay IS, Nienow TM, Marggraf MP, et al. Neuroplastic changes in patients with schizophrenia undergoing cognitive remediation: triple-blind trial. *Br J Psychiatry*. 2017 Mar.;210(3):216-22.
17. Irazábal M, Marsà F, García M, et al. The family burden of caregivers of young and adult people diagnosed with intellectual disability and mental disorders: A systematic review. 2012 May/Jun.; 33(3):796-803.
18. Hatch A, Weiden PJ, et al. Expert Consensus Survey on Medication Adherence in Psychiatric Patients and Use of a Digital Medicine System. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jul.;78(7):e803-12.

Retos en el tratamiento de larga duración: adherencia al tratamiento y vinculación terapéutica

Macià-Astorch L

Enfermera en Salud Mental. Gestora de Casos del Programa de Servicios Individualizados-Continuidad Asistencial (PSI/PCA) Penitenciario. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia sigue siendo uno de los trastornos más incapacitantes, principalmente debido a la resistencia al tratamiento antipsicótico y a las recaídas relacionadas con la falta de adherencia. En algo más de medio siglo el arsenal terapéutico de la psiquiatría ha protagonizado un avance que, sin temor a pecar de sensacionalistas, podríamos calificar de espectacular. Esto ha posibilitado el desarrollo de otros, así como la puesta en práctica de otros muchos abordajes no farmacológicos orientados a mejorar el curso y pronóstico de la enfermedad¹.

La prevención de las recaídas es una de los principales desafíos en la esquizofrenia, una enfermedad caracterizada por una mala adherencia al tratamiento, que conducen a múltiples rehospitalizaciones y al avance de la enfermedad. Los fármacos de liberación prolongada o depot aparecen por las dificultades de conseguir que los pacientes tomen de forma regular la medicación y se desarrollaron principalmente para mejorar la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

Sus grandes ventajas son²:

- Se elimina la incertidumbre en el cumplimiento.
- Se puede documentar el inicio de la adherencia.
- Se elimina la necesidad de que el paciente tenga que recordar tomar la medicación.
- Se elimina el primer paso de metabolismo.
- Niveles estables en plasma.
- Se elimina la falta de eficacia por el olvido de una dosis.
- Posible preferencia del paciente.

A pesar de tan grandes ventajas el uso de los depot no ha sido tan extenso como se esperaba. Por un lado el optimismo terapéutico que acompaña a la introducción de antipsicóticos orales de segunda generación podría decirse que condujo a un menor uso y estas inyecciones tendieron a ser prescritas a aquellos pacientes con poca adherencia, enfermedad crónica o antecedentes de agresión³. Y por otro la realidad cabe resaltar que por sí solo la administración de un fár-

maco de acción prolongada solo consigue asegurar la medicación el tiempo que se mantiene en niveles en sangre, no consigue que el paciente acceda a administrarse la siguiente. Eso depende de otros muchos factores relacionados con la adherencia al tratamiento.

CLAVES PARA EL BUEN PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La instauración de un tratamiento precoz y el mantenimiento de la adherencia son factores decisivos para mejorar el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia. El principal reto al inicio del tratamiento es el establecimiento de una relación terapéutica empática y de apoyo tanto con el paciente como con sus familiares. Una vez creada, se debe realizar un plan individualizado teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Es esperable pero no seguro que un antipsicótico de larga duración consiga una mayor adherencia pero los estudios muestran que hay que seguir trabajando con otras estrategias ya que por sí solo el fármaco depot tiene ventajas pero no asegura ni el cumplimiento ni la adherencia⁴. La llegada de los antipsicóticos atípicos hacia esperar una mejor adherencia pero los resultados de numeroso estudios han mostrado unos resultados muy controvertidos. Algunos han demostrado ligeras mejoras en el cumplimiento pero la poca adherencia sigue siendo común en estos pacientes y el gran reto².

DEL CUMPLIMIENTO A LA ADHERENCIA

Ya en el S. IV antes de nuestra era, Hipócrates alertó sobre la falta de fiabilidad de los informes proporcionados por los pacientes sobre el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. Consideraba que, para evitar las recriminaciones de sus médicos, los pacientes daban una respuesta más socialmente deseable que

veraz. El problema de la adherencia no es nuevo ni tampoco exclusivo de los pacientes psicóticos ya que aparecen en prácticamente todo tipo de enfermedades crónicas y de etiología multifactorial. Frente a esto ya hace tiempo que el planteamiento de los cuidados, más que buscar un seguimiento pasivo por parte de los pacientes de una serie de instrucciones, se ha redirigido hacia lo que se denomina “gestión de la enfermedad” que incorpora el reconocimiento del papel del paciente en un modelo de práctica basado en la colaboración informada y supone una modificación de actitudes tanto por parte del paciente como del equipo terapéutico⁵.

La consecuencia indirecta más perniciosa del enfoque del cumplimiento es que es perjudicial para la relación terapéutica. El resultado se obtiene en función de si el paciente hizo o no lo que se recomendó en un contexto de una relación de tratamiento. Dentro de la ecología social del tratamiento psiquiátrico, el incumplimiento de la recomendación es socialmente indeseable. Aunque el deseo del cumplimiento no es exclusivo de los servicios de salud mental, la población con esquizofrenia está relativamente privada de derechos o aislada socialmente, lo que le da más importancia a la relación terapéutica con sus médicos.

Además, los pacientes con esquizofrenia son particularmente sensibles a comentarios críticos de manera que el hecho de manifestar el no cumplimiento es probable que provoque reacciones del personal sanitario que se perciban como condescendientes, insensibles o como una crítica personal⁵.

El término cumplimiento hace referencia al grado en que los pacientes obedecen y siguen las instrucciones y prescripciones del profesional de salud. Por el contrario el término adherencia se utiliza para hacer referencia a un compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado. Las personas que se adhieren son consideradas como parte activa de un plan consensuado de mutuo acuerdo en el que los pacientes tienen un papel al aceptar la importancia de llevar a cabo determinadas acciones².

Maneras en que la adherencia entendida solo como cumplimiento es una amenaza para la relación terapéutica:

- El aspecto de “obediencia” de cómo se define la adherencia puede dañar la relación terapéutica.
- El paciente puede no sentir que es emocionalmente seguro revelar que no toma medicamentos como prescritos.
- Cualquiera de las partes puede creer que no seguir una recomendación significa ser un “mal” paciente.

- El médico puede ver la adherencia como una cuestión de “confianza”, por lo que la falta de adherencia se percibe como un abuso de confianza.
- O bien, puede haber evitación del tema, “no preguntes, no cuentes” por negativa experiencias de estar en desacuerdo o revelar la falta de adherencia⁶.

En las últimas décadas los estudios han dado un nuevo enfoque. Se presentan los hallazgos de dos revisiones entre las que han pasado casi 40 años.

DETERMINANTES DE LA CONDUCTA DE ADHERENCIA (1976)

La delimitación de los factores asociados a la adherencia a programas preventivos y terapéuticos ha constituido el objetivo de un importante número de estudios que progresivamente han ido proporcionando resultados. Sin embargo, y como consecuencia de las dificultades metodológicas los resultados distan mucho de ser definitivos.

En una revisión clásica de 1976, Haynes⁷ identificó más de 200 variables relacionadas con la adherencia en diferentes estudios. Las variables más habitualmente examinadas pueden clasificarse en función de diferentes parámetros:

1. **Características de la enfermedad:** si se obtiene un alivio de los síntomas de forma inmediata es más probable que cumpla con el tratamiento. Por el contrario el paciente que presenta una enfermedad asintomática o no tiene conciencia de enfermedad no recibirá de su conducta un refuerzo por lo que la probabilidad de adherencia disminuye.
2. **Características de los regímenes terapéuticos:** complejidad, duración y el tipo de tratamiento. Cuanto más cambio de comportamiento exija, más compleja sea y más fármacos se incluyan, más probabilidades habrá de que no cumpla. Algunos estudios indican que la duración del tratamiento constituye una variable relacionada con la adherencia en el sentido que a más duración del tratamiento menos cumplimiento, pero muchos tratamientos de larga duración lo son para enfermedades asintomáticas o de prevención y esto puede confundir la conducta de cumplimiento. Otra característica que está relacionada con el grado de cumplimiento es el malestar o efectos secundarios.
3. **Relación profesional-paciente:** la interacción entre el profesional y el paciente resulta importante en relación a dos aspectos. Por una parte es necesaria la existencia de una comunicación eficaz aunque no es suficiente para que se dé el cum-

plimiento. Por otra parte distintos estudios han demostrado que hay una relación entre aspectos afectivos de la relación medica-paciente y el cumplimiento que este hace de las prescripciones en el sentido de que la existencia de un tono afectivo negativo aumenta la probabilidad de incumplimiento y la satisfacción del paciente aumenta la probabilidad de cumplimiento.

4. Características del paciente:

- *Características sociodemográficas:* las variables sociodemográficas, como la edad, el sexo el grado socioeconómico, el estado civil, la religión o la raza que inicialmente fueron identificadas como variables asociadas a la adherencia, no han sido correlacionadas de forma consistente con el cumplimiento. Los estudios han mostrado resultados contradictorios.
- *Características de la personalidad:* en la actualidad parece existir acuerdo en la idea de que un patrón de paciente no cumplidor es un mito. Los rasgos de personalidad no han resultado definitivos en la predicción del cumplimiento. Aunque existen estudios donde las personas que no cumplen las prescripciones tienden a puntuar más alto en escalas de ansiedad, depresión y preocupación por su salud.
- *Variables psicosociales* como locus de control de salud que hace referencia acerca de la relación entre la conducta y sus consecuencias. Las personas con un locus de control interno serán más propensas a cumplir el tratamiento. Los estudios confirman beneficios psicológicos y físicos del apoyo social, así como un mejor ajuste al acontecimiento estresante y una recuperación más rápida de las enfermedades.

ADHERENCIA: UN NUEVO ENFOQUE (2014)

La revisión de Wade de 2014 tuvo como objetivo abordar las lagunas de la comprensión de la adherencia al tratamiento. También se buscó explorar si había diferencias entre los subgrupos de usuarios del servicio⁸.

1. ¿Qué razones argumentan los usuarios del servicio para la falta de adherencia a la medicación?

Hubo seis áreas principales de razones identificadas en la no adherencia a los neurolépticos. Éstas eran: poca eficacia de la medicación, creencias personales de que la medicación era innecesaria o dependencia de la medicación, la influencia de las relaciones con otras personas, los efectos secundarios molestos, el estigma

o tomar medicamentos neurolépticos y problemas económicos. Algunas de las razones pueden ser vistas de manera similar tanto por los usuarios del servicio como por los profesionales. Por ejemplo, tanto los médicos como los usuarios de los servicios pueden considerar los efectos secundarios adversos una causa de la falta de adherencia. Sin embargo, las razones descritas como “creencias personales sobre medicación” que incorporaba factores como abandonar la medicación debido a la creencia de que era innecesario, puede ser visto como una mala visión de la enfermedad por parte de los profesionales.

2. ¿Qué razones informan los usuarios del servicio sobre la adherencia a la medicación neuroléptica?

Buena eficacia de los medicamentos, relaciones con los demás, incluidas las relaciones positivas con la clínica personal y creencias positivas de amigos y familiares con respecto al uso de neurolépticos. La tercera área relacionada con experiencias de miedo y/o coacción, incluida la presión o la fuerza de los demás para tomar medicamentos y temor a empeorar los síntomas, hospitalización, pérdida de cuidados futuros o libertad. Además de las tres áreas principales relacionadas con la adherencia, las creencias personales de que la ingesta de neurolépticos era necesaria y la experiencia de menos efectos secundarios también se relacionaron como razones para la adherencia.

3. Opiniones sobre la causalidad de la enfermedad, la recuperación y las prioridades de tratamiento.

Los hallazgos de la revisión pueden resaltar la importancia de las creencias con respecto a las causas de los síntomas y la necesidad de medicación, así como los factores considerados importantes para la recuperación por parte de los usuarios del servicio. El enfoque en un modelo biomédico puede contribuir a que haya diferencias en la comprensión de los factores considerados importantes para la recuperación por parte de los usuarios.

Partiendo de un enfoque biomédico los resultados clave de la recuperación son la reducción de los síntomas y la reducción de la hospitalización. Sin embargo, de acuerdo con un enfoque de Recuperación, los usuarios informaron que era fundamental para seguir el tratamiento mantener o recuperar el funcionamiento, la salud general y el bienestar, el logro de objetivos de vida, mejora de la capacidad cognitiva y poder llevar una vida normal. Por lo tanto, la capacidad de la medicación para generar beneficios en estas áreas ha impactado en la voluntad de las personas para que cumplan las indicaciones. A menudo no fue la experiencia de

los efectos secundarios *per se* que condujo a la no adherencia, sino más bien la severidad o intolerancia de los efectos secundarios y su impacto sobre estas áreas de la vida. En esta línea se encontraron experiencias relacionadas con el estigma, algunos usuarios abandonan la medicación por el deseo sentirse “normal” o por el miedo a la discriminación en el trabajo y las relaciones; áreas que fueron consideradas de gran importancia por parte de los usuarios.

4. La importancia de las relaciones

Los mecanismos por los cuales la alianza terapéutica ejerció una influencia sobre la adherencia no se detallaron en los estudios incluidos en la revisión. Sin embargo, hay una serie de posibles explicaciones. Algún estudio sugiere que si los médicos pasan por alto la importancia de las experiencias del cliente en relación con sus síntomas, entonces la falta de adherencia a la medicación podría ser una consecuencia. Si los médicos tienden a favorecer los modelos biológicos de la causalidad de la enfermedad, entonces es posible que se pase por alto la importancia de las experiencias del cliente, impactando la alianza terapéutica y la adherencia.

Otro hallazgo es la influencia de las opiniones y el apoyo de familiares y amigos sobre el cumplimiento de la medicación. Además, las percepciones generales sobre la medicación pueden influir en cómo la familia y los amigos responder al uso neuroléptico de un individuo. Algunas investigaciones sugieren que los miembros de la población puede tener opiniones contra el uso de medicamentos en general, y los neurolépticos particularmente en tales casos, familiares o amigos pueden aconsejar o dirigir a los usuarios del servicio discontinuar neurolépticos.

La investigación ha demostrado que el miedo al tratamiento forzado puede guiar a las personas a evitar buscar ayuda para las dificultades de salud mental mientras que los sentimientos del empoderamiento y el locus de control interno están asociados con la recuperación.

CONCLUSIONES

Los antipsicóticos inyectables de acción prolongada junto con una buena adherencia al tratamiento pueden jugar un papel importante en la recuperación, prevención de recaídas y reducción de hospitalizaciones en pacientes con esquizofrenia.

Es clave conocer las percepciones de los usuarios para seguir explorando las razones de la no adherencia y dirigir hacia aquí la investigación. Además, los

esfuerzos para mejorar la adherencia se deben enfocar a factores que sean relevantes para el usuario. Los últimos hallazgos resaltan la complejidad del significado de un resultado positivo del tratamiento para los usuarios del servicio, que puede ir más allá de la reducción de síntomas para incorporar aspectos clínicos, sociales y ocupacionales. Estos hallazgos pueden resaltar malentendidos entre las prioridades de tratamiento de los pacientes y los de los profesionales que se centran en la reducción de los síntomas como clave del tratamiento. Es importante conocer las posibles consecuencias de la coerción y presión para conseguir que un usuario tome un determinado tratamiento y desarrollar más oportunidades para que el usuario pueda elegir.

En esta línea queda claro que la dirección debe ir encaminada a que las decisiones sobre el uso de neurolépticos no siempre están relacionadas con los síntomas de enfermedad sino que reflejan procesos racionales de toma de decisiones en los cuales se consideran también los costos y beneficios personales. Los factores que son más importantes para cada la persona variará según su propio conjunto específico de necesidades y circunstancias.

Cuando las personas encuentran que el tratamiento no cumple con sus necesidades y expectativas no se conseguirá una buena adherencia. De hecho, los estudios sobre toma de decisiones compartidas en psiquiatría demuestran que esta colaboración se asocia con una mayor adherencia, mayor satisfacción del cliente, una mayor participación de los usuarios del servicio y una mejor calidad de las decisiones en relación con el conocimiento.

CORRESPONDENCIA

Laura Macià Astorch
Enfermera en Salud Mental. Gestora de Casos del Programa de Servicios Individualizados-Continuidad asistencial (PSI/PCA) Penitenciario. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Barcelona)
E-mail: lmacia@pssjd.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract.* 2010;16(1):34–45.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

2. Bera R. Patient outcomes within schizophrenia treatment: a look at the role of long- acting injectable antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75:30–3.
3. Mahadun PN, Marshall M. Insight and treatment attitude in schizophrenia: comparison of patients on depot and atypical antipsychotics. *Psychiatr Bull* 2008; 32: 53–6.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental*, 2009.
5. World Health Organization, 2003.
6. Weiden PJ. Redefining Medication Adherence in the Treatment of Schizophrenia How Current Approaches to Adherence Lead to Misinformation and Threaten Therapeutic Relationships. *Psychiatr Clin N Am* (2016).
7. Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. *Jon Hopkins University Press*.1976. Baltimore.
8. Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G. Systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*. 2016: S0272-7358(16).

Infecciones bacterianas en el contexto penitenciario

Alcalde Encinas MM

Servicio de Medicina Interna-Sección Infecciosas. Hospital Universitario Santa Lucia. Cartagena. Murcia

Las bacterias son organismos unicelulares constituidos por células procariotas y que son indispensables para la vida en nuestro planeta. También son de vital importancia en el ser humano, formando parte de su flora normal o microbiota, y constituyen la primera línea de defensa contra los microorganismos patógenos. Otras funciones importantes son ayudar a la digestión, participar en la degradación de toxinas y son también indispensables para la correcta maduración del sistema inmune. Sin embargo tanto estas bacterias comensales como otras adquiridas del ambiente microbiótico exterior pueden producir patología grave si los mecanismos de defensa del huésped no son eficaces o están disminuidos.

Nuestro organismo dispone de múltiples estrategias para defenderse y evitar el ataque de las bacterias como por ejemplo las barreras de superficie (la piel, mucosas epiteliales, secreciones gastrointestinales, vaciamiento y acidez de vejiga, microbiota endógena, etc.), también los mecanismos inflamatorios, la activación del complemento y la inmunidad celular y humoral son fundamentales para evitar la proliferación y extensión de una infección. Por último el descubrimiento y desarrollo de los antibióticos en el siglo XX que desde la penicilina, reciclada de la orina del paciente, hasta la eficiente producción y distribución actual de diversos agentes antimicrobianos hicieron sentir a los médicos que la batalla frente a las bacterias estaba ganada.

Sin embargo, debido a la eficacia con la que las bacterias desarrollan resistencias, unido al extensivo uso de los antibióticos, tanto en el ámbito de la medicina como en la producción animal y a la falta de

inversión del sector farmacéutico privado en la incorporación de nuevas moléculas antibióticas al mercado, se nos plantea un horizonte bastante desasosegador con una predicción de más de 10 millones de muertes en 2050 debido a infecciones por bacterias multirresistentes, superando las muertes causadas por cáncer. Actualmente en un intento de frenar este proceso, se preconiza la optimización del tratamiento antibiótico tanto a nivel hospitalario como en la comunidad intentando desarrollar una concienciación extrema en el prescriptor que tenga en cuenta no solo el impacto individual (efectos secundarios sobre el enfermo...) sino el impacto en el entorno, la comunidad y el ecosistema.

En esta ponencia intentaremos hacer un repaso del proceso necesario para iniciar un antibiótico en un paciente en el contexto penitenciario, teniendo en cuenta la identificación de una infección bacteriana, el foco de origen, las principales bacterias responsables según éste y la clasificación básica del paciente (según su vulnerabilidad, su gravedad y su riesgo de portar bacterias multirresistentes). Para ello utilizaremos tres casos clínicos que iremos debatiendo durante la sesión.

CORRESPONDENCIA

Alcalde Encinas MM
Servicio de Medicina Interna-Sección Infecciosas.
Hospital Universitario Santa Lucia.
Cartagena. Murcia

La enfermedad arterial periférica, factor predictor de riesgo cardiovascular. Importancia de su diagnóstico en la práctica enfermera

Martínez Delgado MM

Enfermera del Centro Penitenciario de Soria

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), las neoplasias, los trastornos mentales y el consumo de sustancias tóxicas, están entre las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En Europa las ECV suponen 4 millones de defunciones al año y representa el 45% de la mortalidad global. En España en 2016 fueron la principal causa de muerte con un 29,7%, seguida de los tumores con un 26,8% y las enfermedades del sistema respiratorio^{1,2}. Estas cifras se prevé que para el año 2030 aumentara llegando a 23,6 millones de defunciones en el mundo por ECV^{3,4}.

Las ECV se desarrollan por un complejo proceso fisiopatológico que produce alteraciones a nivel estructural y funcional en el sistema circulatorio. Este proceso, se denomina aterosclerosis y se define como una enfermedad multifocal, con un mecanismo causal mixto, inmune e inflamatorio crónico, que afecta a las arterias de mediano y gran calibre. La causa de esta enfermedad no es única, si no que diversos factores biológicos o hábitos adquiridos, son los causantes de su desarrollo. Thomas Dawber en 1948 puso en marcha el Framingham Heart Study donde identificó lo que llamamos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (1961). Entre estos factores están los denominados clásicos como, edad, sexo, raza, niveles de colesterol, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial (HTA) y los factores que algunos autores han llamado nuevos factores predictores, factores emergentes, biomarcadores o predictores independientes. Entre estos factores emergentes o biomarcadores encontramos, marcadores inflamatorios como proteína C reactiva, alteraciones de factores de la coagulación como niveles elevados de fibrinógeno, presencia de agentes infecciosos como citomegalovirus, virus del herpes o *helicobacter pylori* y otros marcadores biológicos como la hiperhomocisteinemia, hiperuricemia, microalbuminuria, resistencia a la insulina.

La presencia de Insuficiencia renal crónica (ERC) o enfermedad arterial periférica (EAP) se consideran factores predictores independientes de patología cardiovascular⁵⁻⁸.

La prevención cardiovascular sigue siendo el gran reto de la sociedad actual. Se articula principalmente en torno a la prevención primaria y secundaria fundamentalmente. La prevención primaria trata de identificar factores de riesgo y corregirlos mediante la implantación de medidas poblacionales, como la ley del tabaco o el fomento de la dieta mediterránea y el ejercicio físico. La VI Guía Europea de Prevención Cardiovascular recomienda combinar medidas poblacionales con cambios en el estilo de vida como piedra angular de la prevención. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) con cambios adecuados en los estilos de vida se podrían prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad por causas cardiovasculares. La Federación Mundial del Corazón ha desarrollado un documento con las claves para reducir el 25% la mortalidad cardiovascular, mediante cambios en diferentes hábitos de vida⁹.

La prevención secundaria se realiza en pacientes con enfermedades cardiovasculares sintomáticas, siendo una prioridad, su identificación y la implantación de medidas preventivas individuales. Las guías de práctica clínica han ido adaptándose a las nuevas evidencias, teniendo como resultado un mejor control de los factores de riesgo y con ello una reducción de las tasas de ECV. Las medidas preventivas y los avances en técnicas diagnósticas y de tratamiento llevadas a cabo desde la década de 1980 han dado lugar a un descenso en la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria, especialmente en países de altos ingresos. La mortalidad y la incidencia han disminuido, pero no ocurre lo mismo con la prevalencia, debido al aumento de la esperanza de vida y al aumento considerable de enfermedades como la obesidad o la diabetes¹⁰⁻¹².

Riesgo cardiovascular

Se considera Riesgo Cardiovascular (RCV) la probabilidad de presentar un evento cardiovascular, mortal o no, en un periodo de tiempo determinado, normalmente entre 5 y 10 años. El cálculo del RCV es una herramienta utilizada en la prevención secundaria y se realiza mediante ecuaciones obtenidas tras el seguimiento de una cohorte poblacional determinada. La primera ecuación fue la realizada por Thomas Dawber sobre una cohorte población de la ciudad de Framingham (Massachusetts) mediante el estudio ya citado *Framingham Heart Study*. Esta tabla fue calibrada para otras poblaciones, dado que se observó que sobreestimaba el riesgo en población europea mediterránea o lo infraestimaba en otras como la africana. No tenía en cuenta factores que pueden disminuir el riesgo como la dieta mediterránea, niveles óptimos de colesterol HDL u otros como el factor raza que aumenta el riesgo. Un ejemplo de esta adaptación es la tabla REGICOR para población española, realizada en una cohorte poblacional de Girona. Otros estudios de seguimiento poblacional dieron lugar a ecuaciones o tablas como SCORE, PROCAM, QRISK entre otras. Cada una de ellas utiliza para su cálculo distintos FRCV y valoran diferentes procesos, mortalidad, morbilidad, evento cardiovascular. Este es uno de los motivos por los que no existe una concordancia entre ellas¹³.

Según las guías de práctica clínica, las tablas REGICOR Y SCORE son las dos que más se ajustan a la población española. Recientemente el Colegio Americano del Corazón (*American College of Cardiology*) (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*) (AHA) han desarrollado una nueva guía para el tratamiento del colesterol que incluye una herramienta de cálculo de riesgo, basado en una muestra multiracial y diseñada para predecir eventos cardiovasculares ateroscleróticos (ASCVD)¹⁴⁻¹⁶.

Aunque estas escalas han demostrado su utilidad en prevención secundaria, tiene limitaciones, en especial para la prevención primaria, de hecho, la mayoría de los eventos cardiovasculares se dan en individuos con RCV bajo o intermedio. Las escalas tradicionales omiten FRCV probados, como antecedentes de enfermedad coronaria prematura o tratamientos previos de factores de riesgo y sin embargo tienen una gran influencia otros como la edad. De esta forma subestiman el riesgo individual en unos casos y lo sobreestiman en otros. Para evitar este desajuste, el clínico puede utilizar lo que se denomina “riesgo relativo” que es el riesgo que presenta un individuo comparado con los de su grupo etario o edad vascular. El criterio

clínico, por este motivo, debe prevalecer independientemente de lo que las tablas estimen^{13,17}.

Con el fin de paliar estos desajustes, las investigaciones actuales tienen en cuenta otros efectos de la enfermedad aterosclerótica que modifican al alza dicho riesgo. No debemos olvidar que la enfermedad aterosclerótica ocasiona daños en diversos órganos y en muchos casos durante mucho tiempo, afectándolos de forma asintomática, lo que se ha venido a denominar lesión de órganos diana (LOD). El riesgo puede verse modificado al alza, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), pacientes con VIH, con historia familiar de ECV prematura o con enfermedad arterial periférica (EAP). La guía de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) mantienen la importancia pronóstica de los diversos marcadores de LOD entre los que se encuentra los biomarcadores anteriormente mencionados y como potentes predictores la ERC y la EAP^{14,18-23}.

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

La enfermedad arterial periférica, es una entidad fisiopatológica que comprende un variado síndrome, que afecta a las arterias de la circulación cerebral y visceral, afectando a la aorta abdominal, iliaca y a las arterias de las extremidades inferiores. En ellas se producen alteraciones estructurales y funcionales de la pared vascular, estando implicados múltiples factores fisiopatológicos, donde el más importante es la aterosclerosis. Los factores de riesgo son los mismos que para la aterosclerosis en otro territorio vascular, aunque la diabetes y el tabaquismo están más relacionados con EAP que con la cardiopatía isquémica o el ictus. El *Framingham Heart Study* identificó como factores de riesgo para EAP la edad, el sexo masculino, la concentración de colesterol, la HTA, el tabaquismo, la DM y la enfermedad arteria coronaria²⁴.

La EAP esta subdiagnosticada, mal tratada y mal entendida por la comunidad médica. La prevalencia de esta enfermedad es alta y varía en función de la edad, aumenta si se evalúan poblaciones con factores de riesgo como tabaquismo, hiperlipidemia, diabetes e hipertensión. Algunos estudios manifiestan que está presente en el 5% de los menores de 50 años, llegando al 20% en mayores de 65 años. El estudio ESTIME de base poblacional de Isquemia de Miembros Inferiores en España mostro una prevalencia en sujetos entre 55-84 años, de un 8%, siendo un 11% en varones y un 6.6% en mujeres. Solo un 25% de los enfermos están diagnosticados, debido en gran parte a

que en muchas ocasiones es asintomática. Se da generalmente, no siempre, en edades avanzadas de la vida y es considerada, erróneamente, un signo normal de envejecimiento. Esta prevalencia esta subestimada, ya que el síntoma clásico, la claudicación intermitente, sólo aparece en el 10% de los sujetos y la mayoría de ellos hasta el 50% tiene síntomas menos específicos como pérdida de pelo, frialdad de las extremidades y pulsos periféricos débiles. Otros síntomas puede ser el dolor isquémico en reposo, hospitalizaciones repetidas, ulceraciones de las extremidades y pérdida de miembros por amputación²¹.

Diagnóstico de la EAP

Existen varias pruebas diagnosticas para valorar la presencia y severidad de la enfermedad, la primera la anamnesis y la exploración física que incluye la toma de pulsos, con escaso valor para el diagnóstico, ya que tienen una baja sensibilidad. La medición del índice tobillo brazo (ITB) destaca por ser una prueba sencilla y barata y sensible, seguidas de eco Doppler, pletismografía arterial, cartografía hemodinámica, presión transcutánea de oxígeno, resonancia magnética y tomografía computerizada, pasando a pruebas invasivas como la arteriografía²⁵. La gravedad y el alcance de la EAP la podemos valorar mediante la clasificación de Fontaine o Rhuterford²⁶⁻²⁷.

El ITB es una prueba diagnóstica simple no invasiva y validada para detectar estenosis de más del 50% en las arterias de la extremidad inferior. Permite diagnosticar arteriopatía periférica en pacientes asintomáticos con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99% respecto a la angiografía²⁰.

Para realizar la técnica se precisa que el paciente este en reposo, un esfigmomanómetro, un aparato doppler con sonda de 4-8 MHz y gel conductor. La técnica consiste en medir la Presión Arterial Sistólica (PAS) braquial y la PAS pedía y tibial posterior. Para el cálculo se utiliza, en el numerador la PAS más alta de la arteria tibial o pedía y para el denominador la PAS braquial más alta. El rango de valores del ITB considerados como normal están entre ($>0,9$ y $<1,3$) ampliándolo algunos autores a 1,4. Cuando el parámetro se encuentra en 0,9 o menor se considera que el paciente sufre EAP. Los valores superiores a 1,3 se han asociado a un aumento de rigidez arterial por calcificación de la pared, que ocurre con frecuencia en pacientes diabéticos, en estos pacientes se utilizara como alternativa el Índice Dedo Brazo (IDB) entre otras, ya que las arterias de los dedos no suelen sufrir calcificaciones²⁶⁻²⁸.

Aunque la prueba de ITB es económica y fácil de realizar requiere un cierto adiestramiento por parte

de los profesionales y la disponibilidad de tiempo para realizarla. Por este motivo no es factible realizar la prueba de forma universal y habrá que concretar los pacientes que tengan mayor riesgo de EAP. Los pacientes que pueden ser susceptibles de realizar un ITB serán:

- Pacientes $>$ de 70 años.
- Pacientes entre 50-69 años con antecedentes de tabaquismo o diabetes mellitus.
- Pacientes entre 40-49 años con diabetes y otro factor de riesgo cardiovascular.
- Pacientes con síntomas compatibles con claudicación al esfuerzo o dolor isquémico en reposo.
- Pacientes con pulsos anormales en extremidades inferiores.
- Pacientes con enfermedad aterosclerótica en otros territorios vasculares.
- Pacientes con un score Framingham entre 10-20%.
- Pacientes que presente algún tipo de herida crónica de miembros inferiores^{29,30}.

Relación las enfermedades cardiovasculares con la EAP y el ITB

La presencia de EAP es un factor cardiovascular independiente ya que la afectación del territorio vascular de miembros inferiores (MMII) es un indicador de afectación arterial más extensa e incluso se la ha considerado un equivalente de enfermedad coronaria. El diagnóstico de EAP reclasifica el RCV al alza, siendo la arteriopatía no cardiaca más prevalente y un importante predictor de morbimortalidad cardiovascular. Los pacientes diagnosticados de EAP, presentan una tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria 6,6 veces superior y la tasa de mortalidad por cualquier causa 3,3 veces superior. Al diagnóstico de EAP mediante el ITB se le atribuye un riesgo cardiovascular independientemente de la edad, del sexo y de la presencia de otros factores. Los sujetos con un ITB bajo presentan más lesiones ateromatosas, un mayor grosor de la intima-media y una mayor prevalencia de estenosis carotídea. Un ITB $<0,9$ se acompaña de un alto riesgo de infarto de miocardio, ictus, mortalidad cardiovascular y mortalidad por cualquier causa^{19,31}.

El estudio PAMISCA (Prevalencia de afectación en miembros inferiores en el paciente con síndrome coronario agudo) en pacientes de 40 años y más, ingresados por síndrome coronario agudo, se demostró, que la prevalencia de enfermedad vascular periférica es aproximadamente del 40% y que el ITB $<0,9$ se asocia a complicaciones cardiovasculares^{32,33}.

En un estudio realizado en pacientes mayores de 49 años clasificados como riesgo bajo mediante las

funciones Framingham, SCORE y REGICOR, concluye que pueden ser reclasificados a riesgo alto al ser diagnosticados de EAP mediante la prueba del ITB³⁴.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE EAP PARA LA PRÁCTICA DIARIA DE ENFERMERÍA

Para el profesional de enfermería el valor del ITB constituye una potente herramienta de valoración, objetiva y cuantitativa. Permiten seleccionar aquellos pacientes en los que es preciso potenciar al máximo los cuidados. El ITB comenzó a ser considerada como herramienta de valoración para las enfermeras españolas en 1999 en la planificación de los cuidados de las úlceras vasculares. En el 2001 apareció publicado el primer trabajo, en el que se consideraba este parámetro de utilidad y se argumentaba la importancia de su determinación en consulta de enfermería. Las guías actuales de práctica clínica del cuidado de heridas crónicas de MMII lo consideran un dato básico, sin embargo solo un porcentaje pequeño de enfermeros de Atención Primaria conocen los criterios necesarios para esta valoración. Las directrices actuales para la valoración de úlceras de MMII estipulan que el ITB, debe ser medido antes de decidir el tratamiento, pero por otra parte, la falta de acceso a un Doppler o la falta de formación de los profesionales hace difícil su utilización rutinaria. Pese a las dificultades, el ITB debería formar parte del conjunto de determinaciones que se realizan con fines de control preventivo, tales como la toma de tensión arterial, las determinaciones de glucosa, la toma de pulsos periféricos entre otros³⁵.

Heridas crónicas del miembro inferior (MMII)

Para entender la importancia de lo anteriormente expuesto vamos a centrarnos en el abordaje de las heridas crónicas del miembro inferior. Hasta de ahora habíamos hablado de prevención primaria y secundaria, pero no de prevención terciaria. Cuando la EAP ya esta instaurada solo queda disminuir los efectos sobre la salud. Si hay una entidad clínica en la que enfermería tiene un cometido fundamental, esta es sin lugar a dudas la curación de heridas, sin embargo, se requiere de un tratamiento integral y por tanto multidisciplinar, deben de colaborar en el tratamiento de las mismas dermatólogos, cirujanos, podólogos, enfermeros, psicólogos entre otros.

Se define herida crónica del miembro inferior como una pérdida de la integridad cutánea, en la región comprendida entre la pierna y el pie, de diferente etiología y de una duración igual o superior a seis sema-

nas. El 95% de las heridas crónicas del MMII suelen estar ocasionadas por estasis venoso, en un 75-80% de los casos, isquemia, neuropatía y solo un 5% son debidas a otras patologías como tromboangieitis obliterante o enfermedad de Buerger, ateroembolismo, úlcera hipertensivas o de Martorell y enfermedad de Raynaud. Con una exploración protocolizada acompañada de un ITB y un eco-doppler se pueden llegar a hacer un diagnostico etiológico del 95% de todas ellas²⁵.

Planificación de los cuidados de las heridas crónicas de MMII según su etiología

Para planificar los cuidados específicos de las heridas en primer lugar y fundamentalmente, deberemos llegar a un diagnostico etiológico de la lesión, ya que las heridas crónicas no curan con apósitos sino que epitelizan, revirtiendo la patología que las cronifica.

Recordaremos varios conceptos básicos en la curación de heridas. En primer lugar la existencia de dos tipos de cura, la tradicional o cura en ambiente seco y la cura avanzada o en ambiente húmedo (CAH). La primera basada en aplicar apósitos pasivos y usar antisépticos tópicos, cuyo objetivo es conseguir el cierre de la herida por primera intención o delimitar la necrosis y la exéresis de la porción necrosada. La CAH se basa en el mantenimiento de las condiciones fisiológicas y ambientales del lecho de la úlcera, similares a la dermis. La CAH o curación avanzada, fue demostrada científicamente por el Dr. Winter en 1962, que observo, que manteniendo un ambiente húmedo, las lesiones cicatrizaban en la mitad de tiempo. Este tipo de cura está basada a su vez en lo que se denomina “preparación del lecho de la herida” (PLH) término acuñado por Vincent Falanga, en el que propone un enfoque global y dinámico del tratamiento³⁶.

En la PLH se utilizan acrónimos que ayudan al profesional a seguir unos pasos ordenados en el descubrimiento de la patología de base y factores relacionados así como los tratamientos a utilizar, según la fase de cicatrización que presente la herida. La Europea Wound Management Association (EWMA) desarrolló un esquema de trabajo denominado *TIME T* (tisús), tejido no viable, *I* (*infection/inflammation*) infección/inflamación, *M* (*moisture*) humedad, y *E* (*edge*) bordes epiteliales. Este acrónimo sirve de orientación al profesional en la planificación de los cuidados de la herida basado en las características físicas de la propia herida³⁷. Posteriormente en el año 2014 surge en Estados Unidos otro esquema de trabajo bajo el término *DOMINATE*, más centrado en la etiología de la lesión como factor fundamental del abordaje de la herida. Este acrónimo evalúa 12 parámetros: **D**, des-

bridamiento (*desbridement*), **O** descarga (*offloading*), **M** exudado (*moisture*), malignidad (*malignant*), medicación (*medications*), salud mental (*mental health*), **I** infección (*infection*), inflamación (*inflammation*), **N** nutrición (*nutrition*), **A** insuficiencia arterial (arterial insufficiency), **T** técnicas avanzadas (technical advances) y **E** edema (*edema*), educación, todos ellos enfocados a la curación de la herida, pero centrados en el diagnóstico etiológico de la misma. El acrónimo DOMINATE favorece el abordaje integral del paciente y de la lesión³⁸.

Para poner en práctica lo comentado, nos vamos a centrar en los tres tipos de lesiones más predominantes y que suponen el 95% de las lesiones del MMII.

Úlceras venosas o de estasis

Entre el 75% y el 80% de las úlceras de MMII son de origen venoso, con una prevalencia del 0,8 al 0,5% y una incidencia entre 2 y 5 nuevos casos por mil habitantes al año²⁵. Se define úlcera venosa como la lesión entre la rodilla y el tobillo que permanece abierta más de cuatro semanas y se origina en presencia de hipertensión venosa en el miembro inferior. La anamnesis y exploración física de la lesión nos ayudara a llegar a un diagnóstico etiológico. Será preciso conocer las características principales de las úlceras venosas: presencia de pulsos, tamaño variable de pequeñas a extensas, únicas o múltiples, redondeadas u ovaladas, localización preferente supra maleolar interna, moderadamente dolorosas, presencia de dermatitis ocre, atrofia blanca e hiperqueratosis. Posteriormente este diagnóstico se completara con estudios hemodinámicos. En general, la historia clínica del enfermo con especial atención a los datos referentes a la extremidad y la identificación de patologías sistémicas, orientaran hacia un diagnóstico etiológico. La comunidad científica utiliza para clasificar su gravedad, la clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Fisiopatología). El tratamiento de las úlceras venosas está basado en revertir el proceso que las ocasiono, la hipertensión venosa, por lo tanto los cuidados irán dirigidos a revertir este proceso. Según la evidencia científica la hipertensión venosa se revertirá con terapia compresiva, mediante vendajes multicapa, inelásticos o elásticos y técnica de CAH, mediante la PLH utilizando el acrónimo TIME o DOMINATE. No podemos olvidar que la terapia compresiva tiene una contraindicación absoluta y no es otra que la EAP. Con un ITB menor de 0,6 la terapia compresiva está contraindicada y con valores menores de 0,8 debe de realizarla un enfermero experto. En cualquier caso debe descartarse de forma prioritaria, la etiología isquémica mediante la palpación de pulsos y la realización del ITB^{25,39}.

Úlceras isquémicas

Las úlceras arteriales de las extremidades inferiores, son lesiones y heridas producidas por disminución de riego sanguíneo y como consecuencia de un déficit crítico de la presión parcial de oxígeno en los tejidos distales. El diagnóstico etiológico se hará mediante la determinación del ITB y la exploración física. Un ITB de 0,9 o menor indicara que el paciente tiene un compromiso arterial. Sus características físicas si no hay posibilidad de ITB nos ayudaran a su diagnóstico: localización plantar, borde externo del pie, talón o dedos, tamaño pequeño, redondeadas, con placa necrótica, piel perilesional brillante, fina, sin vello, el dolor suele ser intenso y continuo, pulsos ausentes o debilitados, fondo necrótico, esfacelos grisáceos. El tratamiento de las úlceras arteriales será la revascularización. La cura de las heridas arteriales hasta que se produzca la revascularización será seca. Mediante el acrónimo DOMINATE determinaremos cada uno de los aspectos del plan de cuidados: el tipo de desbridamiento, el control de la humedad, control de la infección etc. En estas lesiones como dato fundamental tenemos que no hay suficiente aporte sanguíneo como para mantener la respuesta inflamatoria necesaria para la cicatrización, por tanto la finalidad de la cura será evitar las complicaciones, entre las más importantes la infección. En este caso será importante elegir los apósitos adecuados, no aportando humedad y controlando la carga bacteriana, como los alginatos o cadexómero iodado harán que podamos controlar el exudado, el tejido necrótico y la carga bacteriana. Los apósitos nunca serán compresivos²⁵.

Úlceras neuropáticas

El ejemplo más claro de úlcera neuropática es el pie diabético. El pie diabético es la complicación que más impacto provoca en la persona diabética, debido a la repercusión en su calidad de vida, siendo la primera causa de amputación de miembro inferior, no traumática, en el mundo. El Grupo Internacional del pie diabético lo define como “Infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos asociado a neuropatía o enfermedad arterial periférica de las extremidades inferiores, de los pacientes con diabetes”.

El síndrome de pie diabético presenta tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y agravantes. Como factores predisponentes tenemos la neuropatía sensitiva, que ocasiona falta de sensibilidad, neuropatía motora, que da lugar a un *disbalance* entre la musculatura flexora y extensora ocasionando deformidades ortopédicas, como dedos en garra, artropatía de Charcot y deslizamiento de la almohadilla grasa

plantar. La neuropatía autónoma que ocasiona cambios en el sistema sudomotor, ocasionando sequedad de la piel, hiperqueratosis y helomas. Como factores precipitantes tendremos cualquier roce o grieta que se ocasione en el pie y como factores agravantes la infección y la isquemia, que son los que van a determinar el futuro de la herida y de la extremidad. La ulcera de pie diabético puede ser neuropática o neuroisquémica, este diagnóstico determinará el tipo de cuidados que debemos aplicar. Si la ulcera es neuroisquémica el plan de cuidados, deberá de plantearse como ulcera isquémica. Se tendrá en cuenta que en los pacientes con DM podemos tener valores de ITB anormalmente elevados, que indicaran una calcificación arterial. Para solventar este problema se podrán realizar otras pruebas diagnosticas, entre ella el Índice dedo brazo (IDB), la pletismografía o el eco-doppler. El retraso en diagnosticar y tratar una EAP ira asociado a un mal pronóstico y elevado riesgo de amputación del miembro inferior. Diversos estudios y la práctica diaria demuestran que entre el 30-60% de los pacientes con diabetes *mellitus* y úlceras de origen isquémico suelen padecer un retraso en su diagnóstico, que pone en riesgo la extremidad y la vida del paciente^{39,25}.

CONCLUSIÓN

La aterosclerosis es un proceso patológico que afecta a todo el sistema vascular, aunque se manifieste de forma predominante en un órgano concreto. Los factores de riesgo y las medidas de prevención primaria y secundaria son comunes y útiles para los diversos territorios vasculares. Esto obliga no solo a diagnosticar y tratar la enfermedad inicial, sino también a explorar el resto de territorios vasculares.

La prevención cardiovascular se debe implementar en todos los niveles del sistema sanitario y de la sociedad en general. Se recomienda que los médicos de familia, enfermeros y otros profesionales sanitarios de Atención Primaria desempeñen actividades poblacionales de prevención cardiovascular. Se recomienda un abordaje sistemático para evaluar el RCV, dando prioridad a las personas de riesgo alto, sin olvidar que la mayoría de eventos cardiovasculares se dan en población de riesgo bajo. Las guías europeas recomiendan la utilización de la función SCORE para cuantificar el RCV en población española, pero siempre ha de prevalecer el criterio medico, que deberá de tener en cuenta otros factores emergentes, que las tablas no valoran y que las investigaciones recientes han demostrado de gran repercusión⁴⁰.

Para enfermería, conocer el manejo de los diferentes métodos diagnósticos de las enfermedades cardiovasculares en especial de la EAP, deberá ser una prioridad, ya que de ello depende la planificación de los cuidados y la evolución del paciente. Una falta o retraso en el diagnóstico de EAP en las heridas crónicas del MMII, puede dar lugar a la pérdida de la extremidad, con las consecuencias económicas, de salud y de responsabilidad profesional que conlleva.

Cuando un profesional de salud se enfrente a una herida crónica deberá de tener en cuenta varios principios fundamentales:

- La herida crónica precisa para su cuidado, un diagnóstico etiológico.
- Las heridas no se curan con apósitos, epitelizan al resolver la etiología que las cronifica.
- Cuando en una herida no hay sangre, no se lleva a cabo el proceso de cicatrización.

Los profesionales sanitarios tienen la obligación de actualizar sus conocimientos, estar al día de las evidencias científicas y ser conscientes que de esos conocimientos dependerá la salud, la evolución de los procesos patológicos y la vida de las personas a las que atienden. Las heridas crónicas son un proceso que ha de ser tratado de forma multidisciplinar por el médico de Atención Primaria, dermatólogo, cirujano vascular, podólogo, enfermería. Las instituciones sanitarias están obligadas a formar a sus profesionales en las ultimas evidencias científicas ya que ello supondrá un ahorro en salud en gasto sanitario y en calidad de vida. Las Universidades deben incorporar a sus materias curriculares las nuevas evidencias sobre esta ciencia, que algunos expertos han llamado “Heridología”.

“Las heridas minan la salud y la vida. Las heridas crónicas socavan la autoestima, ahuyentan la esperanza, simpatizan como nadie con el sufrimiento y coquetean con una muerte lenta y no dulce.” (Fundación Sergio Juan Jordán, para la Investigación y el Estudio de las heridas crónicas).

CORRESPONDENCIA

MM Martínez Delgado
Servicios médicos del centro penitenciario
de Soria
E-mail: mmercedestorlengua@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Europe Heart J*. 2014 Noviembre; 35(42).
2. Ministerio de Sanidad. Servicios sociales e Igualdad. Informa anual del Sistema Nacional de Salud. 2016.
3. American Heart Association/ American Stroke Association. Resumen de estadística 2017. Enfermedad del corazón y ataque cerebral. 2017.
4. Fundación Española del corazón. Disminuir la enfermedad cardiovascular un objetivo prioritario. Informe sobre la enfermedad cardiovascular en España. 2015.
5. Borges Mesa L, Monserrate Álvarez I, Barroso Baeza R, Turro Piti A, de la Torre Núñez E. Algunos de los nuevos factores predictores de riesgo cardiovascular. *Panorama Cuba y Salud*. 2016; 11(3).
6. Muñoz OM, Ruiz Morales A, Mariño Correa A, Bustos MM. Concordancia entre los modelos SCORE y Framingham y las ecuaciones ACC/AHA como evaluadores de riesgo cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2017;24(2).
7. Hackam M, Anand M. Emerging Risk Factors for Atherosclerotic Vascular Disease. A Critical Review of the Evidence. *JAMA*. 2012 Marzo; 24(2).
8. Carbayo J. Nuevos marcadores de riesgo cardiovascular. ¿Pueden influir en la clasificación del riesgo cardiovascular? *Clínica e investigación en arterioesclerosis*. 2012 Marzo;24(2).
9. Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedades de Cardiología en la Práctica Clínica. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. *Revista Europea de Cardiología*. 2016; 69(10).
10. Castellano Vázquez JM. De la escala de riesgo poblacional a la cuantificación de la aterosclerosis subclínica: hacia un nuevo paradigma en la predicción cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*. 2017 febrero; 70(7).
11. González González AI, Obaya Rebollar JC. ¿Qué tabal es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria? *Jano*. 2009 Septiembre;(1744).
12. Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2016. *European Heart Journal*. 2016; 37(29).
13. Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Maiques Galán A, Aznar Vicente J, Navarro J, Cea Calvo L, et al. Concordancia de las escalas REGICOR y SCORE para la identificación del riesgo cardiovascular alto en la población española. *Revista Española de Cardiología*. 2007 Junio; 60(10).
14. Cedeño Mora S, Goicoechea M, Torres E, Verdalles Ú, Pérez de José A, Verde E, et al. Predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2017 Agosto;37(3).
15. Expert Work Group Members ACC/AHA. A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines. In ACC/AHA Cardiovascular Risk Guide; 2013.
16. Abufhele A, Acevedo M, Akel C, Varleta P, Fernández M. Nuevas guías ACC/AHA 2013 en el manejo del colesterol: “Una mirada crítica del Departamento de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular”. *Revista Chilena de Cardiología*. 2014;(33).
17. Baena Díez JM, Subirana I, Ramos R, Gómez de la Cámara A, Elosua R, Vila J, et al. Evaluación de la validez de las funciones SCORE de bajo riesgo y calibrada para población española en las cohortes FRESCO. *Revista Española de Cardiología*. 2017 Mayo.
18. Mauri Pont M, Borralló Almansa RM, Almada Rivas G, Carbó Díez M, Solé Arnau R, García Restoy E. Enfermedad Arterial periférica y factores de riesgo vascular en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana: comparación entre los atendidos en el hospital y en un centro penitenciario. *Clínica e Investigación en ARTERIOSCLEROSIS*. 2014 Enero; 26(3): p. 115-121.
19. Oliveras V, Martín Baranera M, Gracia M, del Val JL, Plans M, Puyol Moix N. Importancia del índice tobillo brazo en la clasificación del riesgo cardiovascular de varones hipertensos asintomáticos de mediana edad. *Medicina Clínica*. 2015;144(10).
20. Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Heras A, Sorribes M, et al. Índice tobillo-braquial y la incidencia de eventos cardiovasculares en la población mediterránea de bajo riesgo cardiovascular Cohorte ARTPER. *BMC Cardiovasc Disord*. 2013;13(119).
21. Mostaza JM, Lahoz C. ¿A quién medir el Índice Tobillo Brazo? *Medicina Clínica*. 2010;135(7).
22. Mostaza JM, Vicente I, Cairols M, Castillo J, González-Juanatey JR, Pomar JL, et al. Índice tobillo brazo y riesgo cardiovascular. *Medicina Clínica*. 2003;121(2).

23. María CVJ. De las escalas de riesgo poblacional a la cuantificación de la aterosclerosis subclínica: hacia un nuevo paradigma en la predicción cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(7).
24. Murabito J, D Ágostino RB, Silbershatz H, Wilson WF. Intermittent claudication: a risk profile from The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997;96.
25. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 2017.
26. Bartomeu-Martínez V, Toro-Solorzano M, Moreno Arribas J. Importancia de la enfermedad arterial periférica no coronaria para el cardiólogo clínico. ¿Debemos determinar el índice tobillo-brazo en el paciente hipertenso y diabético? *Revista Española Cardio Supl.* 2009 septiembre.
27. Puras-Mallagray E, Gutiérrez-Baz M, Cáncer-Pérez S, Alfayate-García JM, De Benito-Fernández L, Pérez-Sabio M, et al. Estudio de prevalencia de la enfermedad arterial periférica y diabetes en España. *Angiología.* 2008 Septiembre;60(5).
28. Arévalo Manso JJ, Juárez Martín B, Gala Chacón E, Rodríguez Martínez C. El Índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. *GEROKOMOS.* 2012;23(2).
29. Servicio andaluz de salud. Conserjería de salud. Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de úlceras arteriales. Guía de práctica clínica. Sevilla: Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud; 2009.
30. Guindo J, Martínez Ruiz MD, Gusi G, Punti J, Bermúdez P, Martínez Rubio A. Métodos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica. Importancia del Índice tobillo brazo como técnica de criba. *Revista Española de Cardiología.* 2009; 9.
31. Olin JW, Sealove BA. Enfermedad Arterial periférica: Perspectiva actual sobre la enfermedad y su diagnóstico y manejo. *Mayo Clinic Proceedings.* 2010 julio;85(7).
32. Bertomeu V, Morillas P, González Juanatey J, Quiles J, Guindo J, Soria F. Prevalence and prognostic influence of peripheral arterial disease in patients \geq 40 years old admitted into hospital following an acute coronary event. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36.
33. Morillas Blasco P, Castillo Castillo J. Valor pronóstico de la enfermedad arterial periférica en la cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología.* 2009; Supl.(9).
34. Baena Díez JM, Alzamora MT, Forés R, Guillen P, Torán P, Sorribes M. El índice tobillo brazo mejora la clasificación del riesgo cardiovascular ARTPER/PERART. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(3).
35. Arévalo Manso JJ, Juárez Martín B, Galán Chacón E, Rodríguez Martínez C. El Índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. *GEROKOMOS.* 2012;23(2).
36. Andrades P, Sepúlveda S, González J. Curación avanzada de heridas. *Revista Chilena de Cirugía.* 2004;56(4).
37. Tizón-Bouza E, Pazos-Plazas S, Álvarez-Díaz M, Marcos-Espino Mp, Quintela-Varela ME. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Enfermería dermatológica.* 2013 Septiembre-Diciembre;(20).
38. Fuentes Agundez A, González Esparza I, Morales Pasamar MJ, Crespo Villalón L, Nava Rodríguez JM. DOMINANTE. Acrónimo de apoyo en la validación de heridas. *Enferm. Dermatol.* 2016; 10(29).
39. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 2nd ed. AEEHV, editor. Sevilla;2014.
40. Royo Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Álvarez F, Elosua R, et al. Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Salud Pública.* 2016 Noviembre; 90(24).
41. Escobar C, Barrios V, Manzano V. Relevancia de enfermedad Arterial Periférica en sujetos de edad avanzada. *Hipertensión y Riesgo Vascular.* 2011 Diciembre; 29(1).
42. Anguita Sánchez M. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/ESH sobre manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión 2013. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología.* 2013;66(11):842-7. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.003>
43. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2014. Instituto Nacional de Estadística; 2016.

Paciente preso: controversias en su abordaje como paciente pluripatológico y sistemas de clasificación según complejidad y severidad

Fernández-Araque AM

Profesora de Universidad. Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias deben seguir transformándose de forma ágil y rápida para dar respuesta a un nuevo reto asistencial, el aumento de la esperanza de vida. Lo que conlleva a un aumento de individuos que sufren pluripatología, comorbilidad y cronicidad¹. A este nuevo reto también se suma la complejidad en los procesos asistenciales y en la coordinación entre los distintos niveles de la asistencia sanitaria que deben de atender a estos pacientes pluripatológicos (PP).

Haciendo referencia al envejecimiento de la población, España es el segundo país con mayor esperanza de vida, 83 años, por detrás de Japón, con 83,9 años. En 2014 el porcentaje de población mayor de 65 años, en nuestro país, se situaba en un 18,2%, con una estimación para el 2050 por encima del 30% de la población². La prevalencia de enfermedades crónicas ha aumentado junto con la longevidad, influyendo en el aumento de la frecuentación hospitalaria que se multiplica por más de 10 en los individuos mayores de 80 años, respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años³. En cuanto a la población reclusa en la Unión Europea, los países con un mayor número de reclusos son los

bálticos. Lituania, Letonia y Estonia, por ese orden, son los estados con más presos por cada 100.000 habitantes. España es el décimo país de la Unión Europea con mayor número de reclusos por cada 100.000 habitantes (149). Está por encima de la media europea, situada en 139, y cuenta con un total de 68.900 presos, lo que le sitúa en el puesto número 22 de los países con mayor población reclusa del mundo. El volumen de población reclusa que supera los 60 años en nuestro país crece año tras año (Tabla 1). El porcentaje de reclusos jubilados en España ha pasado del 0,9% de 1985 a un 3%. En el caso de algunas Comunidades Autónomas (CCAA) esta cifra llega al 5%⁴.

La edad de 60 años en los reclusos no es equivalente a la de la población reclusa en cuanto a nivel de riesgo y deterioro. Mientras que en nuestra sociedad se toma como referencia la edad de jubilación para el “paso” a la edad de persona mayor, en los reclusos esa edad se adelanta a los 50 años. Esto es debido a la vivencia del envejecimiento en prisión, con sus condiciones asociadas, supone una aceleración del deterioro físico y cognitivo de los reclusos^{5,6}. Y resaltar que en los ancianos reclusos la desesperanza, la pérdida del apoyo social, el abuso, junto con otros elementos, podrán provocar la aparición de trastornos

Tabla 1. Evolución por grupos etarios en reclusos.

Años	16-20	21-25	26-30	31-40	41-60	60 o más	Total
1990	998	4358	2991	2.172	993	108	11916
1995	932	4880	5700	4151	1662	166	17557
2000	699	6751	8704	8841	3470	358	29056
2005	532	4994	8641	10981	4460	373	30148
2010	512	5229	8642	15031	9512	813	39770
2011	491	6095	9747	16704	14414	1500	48951
2012	434	4795	7640	16497	16979	1481	47886

Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015).

mentales^{7,8}. Aproximadamente la mitad de los presos mayores padecen o han padecido un trastorno mental, prevaleciendo sobre ellos, los trastornos del estado del ánimo^{9,10}.

Aunque hemos de tener en cuenta, que no todo se sustenta en el aumento de la esperanza de vida. Sino también la curación de muchas enfermedades agudas y la adopción creciente de estilos de vida no saludables está provocando una pandemia de enfermedades crónicas acumulativas que constituyen la primera causa de mortalidad mundial. Lo más frecuente, actualmente, es la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas, denominada pluripatología. Esta situación socava el desarrollo socioeconómico y aumenta las desigualdades¹¹. Ello condiciona una necesidad imperiosa de cambiar el modo de abordar la salud y la enfermedad. Los sistemas sanitarios no están preparados para satisfacer las necesidades de los pacientes pluripatológicos complejos¹². Y menos aún, en el ámbito penitenciario. Por ello el objetivo de esta revisión es mostrar los modelos utilizados para abordar la atención a los PP, cómo se clasifica a la población general para la distribución de recursos sanitarios según el grado de severidad y pluripatología. Y cómo se encuentra legislativamente la sanidad penitenciaria para la integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Para ello se hace imprescindible aclarar ciertos aspectos relacionados con la definición de paciente pluripatológico y los nuevos modelos de atención.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

El concepto de paciente pluripatológico (PP), aún sin una definición universalmente aceptada, hace referencia a las personas que sufren múltiples enfermedades crónicas. Generalmente relacionadas entre sí, sin un protagonismo de ninguna y con frecuentes reagudizaciones, que actúan negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales^{13,14,15}. Esta definición generalizada es la que se ha consolidado entre nuestros profesionales para hacer referencia al PP. No obstante podemos encontrar distintas definiciones de PP que difieren en el número de enfermedades crónicas que ha de tener el paciente para ser pluripatológico. Normalmente esta controversia se centra entre si son dos o tres las que ha de tener para considerarse PP^{14,16}. Algo que se va desterrando y se centra más en aspectos como la severidad, complejidad y necesidad de recursos por parte de un paciente con enfermedad crónica.

Lo que está claro es la gran utilidad de la definición general para identificar en Atención Primaria a una

población diana. Hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedcados, el 34% presentan un Barthel menor de 60, el 37% tiene deterioro cognitivo, más del 60% precisan cuidador y el 40% de éstos tienen signos de sobrecarga¹¹. La mayor demanda de recursos sanitarios por las personas mayores coincide con el hecho de tratarse de un grupo que tiene peor salud subjetiva y mayor discapacidad. Cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a más de 3 para las personas mayores de 75 años. Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que el problema de la pluripatología no es exclusivo de la edad avanzada, ya que hasta el 14% de los pacientes pluripatológico tienen menos de 64 años de edad, algo mucho más acuciente en la población reclusa.

La población reclusa además de tener los mismos factores que la población general son más demandantes de cuidados y su riesgo de cronicidad y complejidad es mucho mayor^{5,7}. Además sufren con más frecuencia los efectos de la fragmentación interniveles de los sistemas sanitarios y la falta de coordinación interinstitucional y de los propios profesionales que les atienden⁵. La investigación en esta área se centrado en la caracterización clínica, epidemiológica, pronóstica y en la evaluación del impacto sociosanitario^{17,18}. Sin embargo, los modelos asistenciales procedentes de la década de los 90 del siglo pasado, sobre planificación sanitaria, no respondían a esta nueva definición de PP¹⁹. Éstos respondían principalmente a la atención de pacientes con enfermedades agudas y con una escasa coordinación asistencial entre niveles. Lo que está claro es que ha cambiado la forma de atender a los pacientes, sus necesidades y la forma de enfermar, Y que el PP se ha convertido en un problema sanitario de nuestra sociedad actual¹³.

CAMBIOS EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Los pacientes pluripatológicos tienen unas características clínicas, funcionales, psicoafectivas, sociofamiliares y espirituales específicas. Son generalmente de edad avanzada, frágiles, con frecuentes descompensaciones, uso frecuente de recursos sanitarios, deterioro funcional importante y un elevado índice de dependencia; de lo que se deriva un importante impacto social, mortalidad elevada y consumo de recursos¹³. Para dar respuesta a estas necesidades y carencias en la planificación y gestión sanitaria se procedió al desarrollar nuevos modelos de atención en el año 2000.

Tabla 2. Modelos Internacionales de atención al paciente pluripatológico.

Joint Action on Chronic Diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS) ²⁶ - EEUU
Modelo Kaiser ²⁷ - Reino Unido
Modelo PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) ²⁸ -EEUU
Modelo SIPA (Évaluation du Système Intégré pour Personnes Âgées fragiles) ²⁹ - Montreal
Modelo PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) ³⁰ -Quebec

Partiendo en un principio como modelos de atención hacia un paciente crónico, como son los modelos desarrollados en EE.UU²⁰, Canadá²¹, y la OMS²² (Tabla 2). Éstos se centraron en la organización de la atención óptima a pacientes crónicos, aunque debían desarrollar, aún más las actuaciones en materia de prevención y promoción en el ámbito comunitario, que actualmente están realizando.

En 2010, aparecen modelos más específicos hacia la atención de pacientes pluripatológicos. El Consejo de la Unión Europea estableció el desarrollo de planes de actuación para disminuir el impacto de las enfermedades crónicas. Solicitó a los estados miembros que implementaran medidas concretas y coordinadas, orientadas a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades crónicas^{13,24}. En 2011 la Organización de Naciones Unidas formuló la Declaración sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles²⁵ que, entre otros aspectos, instaba a incluir la prevención de estas enfermedades como una prioridad en todos los programas nacionales e internacionales (Tabla 3). Entre los internacionales destacamos los promovidos por la Unión Europea que emanaron del análisis de programas de atención a la cronicidad que ya existían y de los cuales 22 eran españoles¹³.

Los Modelos Nacionales de atención al PP tienen como objetivo dar respuesta a las propuesta de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)²⁶. Cuentan con elementos comunes para el abordaje de la cronicidad (Tabla 3) que permite tener unas líneas similares y dirigidas en todo el territorio nacional.

Actualmente estos modelos basados principalmente en el modelo internacional Kaiser²⁷, se han desarrollado e implantado en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Ceuta y Melilla.

En España, en 2009 el Ministerio de Sanidad y política social, publica los estándares y recomendaciones para crear y gestionar la “Unidad de Pacientes Pluripatológicos (UPP). El objetivo de este documento es “poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores (públicos y privados) y profesionales, criterios para la organización, gestión, diseño y equipamiento de las mismas”¹¹. El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de pacientes pluripatológicos no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación. Sin embargo, ha sido útil para el desarrollo e implementación de distintas UPP creadas en nuestro país y del proceso de atención al paciente crónico pluripatológico. Actualmente es un proceso desarrollado e implantado en casi todas las CCAA, dentro de la Cartera de Servicio de Atención Primaria²⁷.

Continuando con esta revisión del paciente pluripatológico no podemos obviar dos aspectos fundamentales. El primero los sistemas de clasificación de grupos de población para la distribución de recursos y la estratificación de pacientes según su complejidad y/o severidad.

Y el segundo relacionado con la urgente necesidad de un gran cambio en la sanidad penitenciaria que va a influir directamente en los profesionales sanitarios que desarrollan su profesión en las instituciones penitenciarias y en el paciente PP preso.

Tabla 3. Elementos comunes para el abordaje de la cronicidad en PP.

Análisis de la situación demográfica y epidemiológica a través de las encuestas de salud.
Análisis de actividad asistencial y coordinación entre niveles.
Identificación de vulnerabilidad, a través del análisis del consumo de recursos (receta), polimedición y frecuentación en consultas y urgencias hospitalarias.
Estratificación del riesgo con tres niveles, alto, medio y bajo que requieren servicios diferenciados.
Elementos de continuidad asistencial.

Fuente: adaptado de Fernández Moyano, et al¹³.

SISTEMAS DE ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

En primer lugar para dar respuesta a estas nuevas tendencias de atención al paciente crónico hemos de conocer algunos de los sistemas de Clasificación de la población o agrupadores de morbilidad que se están utilizando en nuestro país. Existen diferentes agrupadores de morbilidad que se están utilizando con el fin de determinar la carga de morbilidad de los enfermos y poder estratificar la población en distintos niveles de riesgo. Uno de los más utilizados es el de Grupos de Riesgo Clínico o *Clinical Risk Groups* (CRGs) de 3M³³, muy utilizado en el ámbito de la AP. Éste sis-

tema clasifica a las personas en categorías clínicas mutuamente excluyentes, a partir de la información clínica que haya tenido el paciente durante un período de tiempo determinado. Los CRGs establecen a cada individuo dos descriptores: un CRG base, que refleja el diagnóstico y, una subclase de severidad y complejidad de enfermedad en cuatro categorías: menor (1), moderada (2), mayor (3) y extrema severidad (4). Y otro proceso de asignación jerárquico, en el que todos los individuos son asignados a uno de los nueve estados de salud (Tabla 4) siendo una herramienta que facilita el análisis a diferentes niveles para la gestión clínica y, por su configuración, permite una mejor comprensión de la utilización, los costes y la calidad del conjunto de servicios recibidos por una población³⁴.

Teniendo en cuenta la Estrategia de atención al paciente crónico, y partiendo de esta clasificación, en este momento también se están desarrollando grupos de clasificadores de riesgos propios en algunas CCAA, adaptados a menos número de grupos que permitan hacer llegar más los recursos agrupando los grupos de riesgo en menos niveles. Podemos mostrar el ejemplo de Castilla y León³⁵. Cuyo sistema agrupación poblacional de GRC clasifica a las personas en cuatro categorías clínicas mutuamente excluyentes (Tabla 5), a partir de la información clínica en cualquier ámbito asistencial que haya tenido el paciente durante un período de tiempo determinado.

Otras Comunidades han desarrollado agrupadores propios y que se han extendido a otras trece comunidades autónomas³⁶. Como es el caso de los grupos

Tabla 4. Clasificación de los 9 niveles de CGRs³³.

CRG 1 “Pacientes sanos”
CRG 2 “Enfermedad aguda significativa”
CRG 3 “Enfermedad crónica menor, única”
CRG 4 “Enfermedades crónicas menores en diferentes órganos”
CRG 5 “Enfermedad crónica dominante única”
CRG 6 “Dos enfermedades crónicas dominantes”
CRG 7 “Tres enfermedades crónicas dominantes”
CRG 8 “Enfermedad neoplásica metastásica”
CRG 9 “Enfermedades catastróficas”

Tabla 5. Criterios de Clasificación de grupos de riesgo de una Castilla y León.

Objetivo de Intervención	Ámbito	GRUPO	Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevas y con necesidades sociales.	Atención compartida por AP, hospital y servicios sociales.	G3	Atención y control de proceso clínico por parte de AP-AE (UCA) según protocolo. Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada.	AP + apoyos puntuales de AE+Atención domicilio/comunitario (Protocolo)	G2	Atención y control del proceso clínico por parte de AP con apoyos puntuales del médico de AE, según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.
Pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria.	AP + Atención domicilio / comunitario (Protocolo)	G1	Atención y control del proceso clínico en el marco de la AP, según protocolo siguiéndola metodología de gestión de procesos.
Personas sanas o con procesos agudos no significativos.	AP + domicilio/comunitario.	G0	Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo. Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud.

Fuente: Portal de Salud de Castilla y León³⁵.

de morbilidad ajustados (GMA)³⁷ desarrollado por el Servicio Catalán de Salud y que actualmente se están utilizando en el ámbito de la AP del Instituto Catalán de Salud. El estudio llevado a cabo por Monterde et al, 2018³⁷ ha demostrado que los GMA muestran un poder explicativo más elevado que los CRG en AP, especialmente en las visitas y el gasto de farmacia por lo que se revelan como una herramienta útil para la medición de la carga de morbilidad en el ámbito de la AP. Sin embargo creemos, que los CRG muestran una estratificación más exhaustiva. Por ello son necesarios más estudios de este tipo que nos aporten más evidencia para implantar nuevo y mejores sistemas de estratificación de la población en relación con la atención sanitaria.

CAMBIO EN EL SISTEMA SANITARIO PENITENCIARIO

¿Se adaptan estos avances de atención a pacientes crónicos pluripatológicos y los programas de clasificación en las instituciones penitenciarias? Creemos que aún queda mucho camino por recorrer en este sentido. Se necesita un cambio sustancial en el Sistema Sanitario Penitenciario. La visión de la sanidad penitenciaria tiene una doble vertiente. Por una parte, los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios constituyen un colectivo muy bien adaptado al medio en que desarrollan su actividad y tienen una larga experiencia en los procesos más prevalentes, como enfermedades transmisibles -VIH, hepatitis B y C, tuberculosis-, salud mental y drogodependencias. Sin embargo, hay una contrapartida: el aislamiento. La asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se da en un contexto y en una organización no sanitaria en la que la seguridad es la prioridad fundamental³⁸. La Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos no está tan sistematizada ni organizada en cuanto a las líneas estratégicas del paciente crónico y complejo, aunque su atención está asegurada en la profesionalidad y formación de los profesionales de las instituciones penitenciarias con líneas de actuación similares a las autonómicas; pero no integradas.

En 2003 la OMS estableció en su declaración de Moscú la necesidad de la integración entre los servicios de salud pública y de la salud en las prisiones³⁸. Legislativamente en España se están dando pasos importantes hacia la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema sanitario nacional y autonómico por mediante su transferencia desde el Ministerio del Interior. El País Vasco y Cataluña fueron las primeras

CCAA en llevar a cabo la integración^{39,40}. Por lo tanto podemos decir que ha comenzado el cambio en el sistema sanitario penitenciario.

Distintas normativas nacionales, recomendaciones de la Unión Europea e iniciativas en el Congreso y en el Senado han defendido el traspaso de la sanidad penitenciaria a las CCAA. La transferencia por parte del Gobierno a las comunidades autónomas de la sanidad penitenciaria es una “asignatura pendiente” desde hace más de 30 años, cuando así lo dispuso la Ley 14/1986, General de Sanidad⁴¹. Posteriormente, el Real Decreto 190/1996, de Reglamento Penitenciario⁴², también abogó por su participación en el Sistema Nacional de Salud. En similares términos, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁴³ en su Disposición Adicional sexta establece, sin otra interpretación posible, la obligatoriedad del traspaso de competencias en materia de sanidad penitenciaria, para su posterior integración en los respectivos servicios de salud autonómicos.

En los últimos años se han sucedido en el Congreso de los Diputados y en algunos parlamentos autonómicos diversas mociones y proposiciones no de ley, en las que se insta al Gobierno de la Nación a hacer efectivo este traspaso de competencias. Recientemente el Ministro del Interior el 1 de Marzo de este año, ha anunciado que está dispuesto a abordar el traspaso de la sanidad penitenciaria a las CCAA⁴⁴. En definitiva se trata de cumplir con la obligación legal de proteger y tutelar un derecho fundamental como es la salud de los ciudadanos privados de libertad. Y que por sus peculiaridades tiene una trascendencia en el ámbito de la Salud Pública y en el difícil acceso a determinados programas de salud y de coordinación entre niveles asistenciales, como hemos mencionado anteriormente. Además del alto riesgo de transmisión de múltiples enfermedades y de la necesidad de una estricta y necesaria supervisión de los tratamientos. Podríamos seguir mencionando aquí otros problemas sanitarios frecuentes en prisión y cuyo tratamiento allí redundaría en beneficios para la sociedad, como las afecciones de la salud mental y las toxicomanías, entre otras³⁵. Los reclusos con pluripatologías resultan más complejos en su atención y continuidad. Estos grupos generalmente llevan aparejados un mayor riesgo de enfermar y de que estas enfermedades sean más graves, además de un acceso más difícil a los servicios sanitarios generales. Como consecuencia final, presentan graves carencias de salud, con elevadas prevalencias e incidencias de determinadas enfermedades como toxicomanías, infecciones víricas y bacterianas y patología psiquiátrica en el momento de su ingreso en prisión⁴³. Por ello se ha insistido en la necesidad de que se rea-

lice dicha transferencia, con el objetivo de conseguir la equidad y normalización de la prestación sanitaria a los internos y que, de manera paralela, se mejoren las condiciones laborales de las enfermeras y enfermeros que trabajan en los centros penitenciarios^{35,45}.

Para finalizar concluimos que el Sistema Nacional de Salud y las Comunidades autónomas han progresado en establecer clasificaciones de la población por grupos de riesgo y planificar modelos que atiendan principalmente a un grupo importante como son los PPP. Todo ello con la finalidad de mejorar la gestión de los recursos sanitarios y la salud de nuestra sociedad en general. También ayuda al profesional de la salud a llevar a cabo de forma coherente la coordinación entre niveles y aplicar de igual forma los procesos asistenciales en los pacientes con mayor consumo de recursos y que más necesidades de atención sanitaria tienen a través de la mejor evidencia científica y de la mejora en la gestión y en los sistemas de clasificación de estos pacientes en particular, y de toda la población en general.

Creemos que actualmente y con la normativa vigente aprobada es incomprensible que no existan más comunidades autónomas que tengan integrada la sanidad penitenciaria en su sistema de salud y que los profesionales sanitarios de las penitenciarías puedan disponer de mayor cantidad y calidad de procesos asistenciales y herramientas que velen por el correcto cumplimiento de su profesión. Y aún más en grupos de población de alto riesgo y cada vez con más pluripatología como es la población reclusa.

CORRESPONDENCIA

Ana M^a Fernández-Araque
Universidad de Valladolid
E-mail: afa@enf.uva.es

BIBLIOGRAFÍA

- Martin-Garcia S, Rodriguez-Blazquez C, Martinez-Lopez I, Martinez-Martin P, Forjaz MJ, Spanish Res Grp Quality Life A. Comorbidity, health status, and quality of life in institutionalized older people with and without dementia. *International Psychogeriatrics*. [Article]. 2013; Jul;25(7):1077-84.
- OMS. World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs. Nota de prensa. Ginebra. Mayo 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- Instituto Nacional de Estadística-INE. España en cifras 2014 NIPO: 729-14-014-6. 2014. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- Olmos C, (Coordinadora) et al. Análisis de la ancianidad en el centro penitenciario. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2009.
- Sánchez L, Bernaldo L. Las personas mayores en los centros penitenciarios: carencias en los recursos especializados y necesidades de programas educativos. *RES, Revista de Educación Social*. 2016;22(1).
- Kim KD, Peterson B. Aging behind bars. Trends and implications of Graying Prisoners in the Federal prison System. UrbanInstitute. 2014. Disponible en: [en línea]
- Williams B, Abraldes R. (Growing Older: Challenges of Prison and Reentry for the Aging Population. En Greifinger, R. (dir). *Public Health Behind Bars From Prisons to Communities*. New York: Springer. 2007.
- Maschi T, Viola D, Harrison MT, Harrison W, Koskinen L, Bellusa S. Bridging community and prison for older adults: invoking human rights and elder and intergenerational family justice. *International Journal of Prisoner Health*, 2014;10: 55-73.
- Hayes A, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. Social and custodial needs of older adults in prison. *Age and Ageing*, 2013; 42, 589-593 (DOI: 10.1093/ageing/aft066)
- Wahidin A. Ageing behind Bars, with Particular Reference to Older Women. *Irish Probation Journal*. 2011;8:109-123.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Informes estudios e investigación. 2009.
- Roman P, Ruíz-Cantera A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp*. 2017;217:207
- Fernández A, Machín JM, Martín MD, Aller mb, Vallejo I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp*. 2017; 217(6):351-8.
- Fernández MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(2): 137-141
- Ollero M, Álvarez TM, Barón FB, Bernabeu M, Codina A, Fernández A, et al. Proceso Asistencial Integrado. En: *Atención al Paciente Pluripatológico*. 2a Edición Andalucía: Consejería de Salud; 2007.
- Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M, et al. Mapa de interacciones medi-

- camentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedicados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2006.
17. Bernabeu-Wittel L, Moreno-Gaviño M, Ollero-Baturone B, Barón-Franco J, Díez-Manglano C, Rivas-Cobas, et al. PROFUND researchers Validation of PROFUND prognostic index over a four-year-follow-up period. *Eur J Intern Med.* 2016; 36: p. 20-24
 18. P. Bohórquez Colombo, M.D. Nieto Martín, B. Pascual de la Pisa, M.J. García Lozano MA, Ortiz M, Bernabéu W. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014;46(Supl. 3):41-8.
 19. Saltman rb, Figueras J. Analysing the evidence on European health care reforms *Health Aff (Millwood).* 1998;17: p. 85-108.
 20. Wagner EH, Austin BT, Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74: p. 511-44.
 21. Barr VJ, Robinson S, Marin B, Link, Underhill L, Dotts A, Ravensadle E, et al. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q.* 2003;7:73-82.
 22. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Global report WHO/NMC/CCH. Geneva; 2002 [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icc-globalreport.pdf>
 23. Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems. 3053rd 7 Employment, Social Policy Health and Consumer Affairs. Council meeting. Brussels, 7 December 2010 [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Council_conclusions_7%20Dec%202010_Chronic%20Disease.pdf
 24. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Septiembre 2011 [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011
 25. Cartera de Servicio de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Mayo 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf
 26. Noordman J, van der Heide I, Hopman P, Scheellevis F, Rijken M. Innovative health care approaches for patients with multi-morbidity in Europe. The availability of integrated care programmes including care pathways, and/or addressing poly-pharmacy and patient adherence, for patients with multiple chronic conditions in 31 European countries; 2015 [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-CHRODIS.pdf?21>
 27. Ham C. Developing integrated care in the NHS: Adapting lessons from Kaiser. Health Services Management Centre. School of Public Policy. University of Birmingham. Paper May 2010. [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-socialsciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-6.pdf22>
 28. National PACE Association [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=1223>
 29. Beland F, Bergman H, Dallaire L, Fletcher J, Leber P, Monette J, et al. Évaluation du système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): Utilisation et coûts des services sociaux et de santé. Canadian Health Services Research Foundation. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2004.
 30. R. Hébert, P. Durand, N. Dubuc, A. Tourigny, PRISMA group PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care.* 2003;3:8.
 31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
 32. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Llosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gacet Sanit.* 2009; 23: 29-37.
 33. Millan Perseguer M. Evaluación del modelo de clasificación de pacientes: Grupo de Riesgo Clínico (CRG), como indicador y predictor de consumo de recursos y su relación con los Factores de Riesgo Cardiovascular y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. [Tesis doctoral]. Universitat Jaume I. Diciembre 2016.

34. Estrategia del Paciente Crónico en Castilla y León. Portal de Salud de Castilla y León. 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
35. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2012; 14, (3). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/315/695>
36. D. Monterde, E. Vela, M. Clèries, y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016; 48: 674-682 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>
37. Monterde D, Vela E, Clèries M, García L, Pérez P. Validez de los grupos de morbilidad ajustados respecto a los clinical risk groups en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. 2018. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.012>
38. Organización Mundial de la Salud en Europa. Prison Health as Part of Public Health: The Moscow Declaration. Ginebra: OMS; 2004 (citado 17 jul 2012). Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
39. Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. BOE. 30/06/2011, núm.55.
40. Real Decreto 131/1986, de 10 de enero, sobre ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados a la Generalidad de Cataluña en materia de Administración Penitenciaria. BOE.01/02/1986, núm. 28.
41. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 19/04/1986, núm. 109.
42. Real decreto 190/96 de 9 de febrero reglamento penitenciario. BOE 9/02/1996, núm. 40.
43. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003, núm. 128.
44. García-Guerrero J. Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2006;8(3).
45. Noticias de Navarra. Interior dispuesto a abordar este mes el traspaso de la sanidad penitenciaria. EFE - Miércoles, 1 de Marzo de 2017. Disponible en: <http://www.noticiasdenavarra.com/2017/03/01/sociedad/navarra/interior-dispuesto-a-abordar-este-mes-el-traspaso-de-la-sanidad-penitenciaria>
46. Carrasco-Baún H. Enfermería penitenciaria: marco legal y realidad asistencial. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2017;19(1): 8-13.

Programa MATRIX prisiones

Illera Hernández M

Equipo Técnico PMP Matrix Centro Penitenciario Murcia I

FUNDAMENTACIÓN

La drogodependencia sigue siendo uno de los problemas más importantes de las personas que ingresan en prisión. Un porcentaje muy importante de los internos son policonsumidores de drogas, destacando el consumo varias veces al día de heroína por vía parenteral.

El consumo de drogas ocasiona problemas de muy diversa índole. A nivel orgánico, además del siempre presente riesgo de sobredosis, son frecuentes las infecciones por VIH y VHC. También la aparición de enfermedades de transmisión sexual, así como la tuberculosis y problemas odontológicos.

A nivel psíquico se observan trastornos del estado de ánimo y episodios de tipo psicótico, que se unen a los derivados de la propia drogodependencia (patología dual).

Entre los problemas de tipo social son habituales los déficit formativo, situación de marginalidad, prostitución, tráfico de drogas, deudas, etc.

Dentro de la intervención en drogas, **un programa de educación para la salud** tiene como objetivos mejorar la información sobre las drogas y sus efectos, evitando el inicio de su consumo, pero más aun propiciar un estilo de vida saludable y **dotar de competencias y habilidades para rechazar el consumo y favorecer una adecuada inserción social.**

Instrucción 3/2011. Plan de intervención general en materia de drogas en instituciones penitenciarias:

1. Programa de prevención y educación para la salud (EPS).
2. Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).
3. Programa de mantenimiento con metadona (PMM).
4. Programa de deshabituación: desintoxicación y deshabituación.
5. Programa de reincorporación social.

OBJETIVOS

La colaboración entre el plan regional sobre drogas e instituciones penitenciarias para la implantación del Programa Modelo Matrix de deshabituación a drogodependientes en situación de internamiento.

Objetivo principal

Desplegar el programa de deshabituación a drogodependientes con problemática jurídico-penal que la Consejería de Sanidad y Política Social junto al Plan nacional sobre drogas realizan en colaboración con el Centro penitenciario de Murcia independiente de instituciones penitenciarias.

Objetivos específicos

1. Evitar el inicio del consumo entre la población abstinentes.
2. Estimular el inicio del tratamiento.
3. Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol.
4. Actuación para drogodependientes internos en proceso de rehabilitación.
5. Mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias, con una atención especial a la patología dual y al enfoque de género
6. Programas de formación para profesionales y voluntarios que desarrollen su actividad en los distintos ámbitos de intervención en drogodependencias.
7. Se prestarán **Cursos de Formación Oficiales** para extoxicómanos internos (colíderes o agentes de cambio) que quieran obtener el título de terapeuta Matrix del Instituto Matrix de los Ángeles, California, Estados Unidos.

DESARROLLO

Inspirado en el modelo neurobiológico de las adicciones, el modelo de tratamiento ambulatorio Matrix está basado en teorías cognitivo-conductuales, técnicas de prevención de recaídas, principios de la entrevista motivacional, apoyo social y psicoeducación paralela, tanto del paciente, como de su familia.

Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y

apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol.

1. Establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con el paciente.
2. Desarrollo de una organización explícita, basada en expectativas realistas.
3. Enseñanza psicoeducativa a pacientes y familiares.
4. Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales.
5. Refuerzo positivo de conductas deseables.
6. Implicación familiar tanto en las sesiones individuales como las grupales.
7. Introducción a la participación en grupos de autoayuda.

Los principales referentes del Modelo Matrix son:

1. Entrevista motivacional.
2. Trabajo grupal.
3. Uso de técnicas cognitivo-conductuales.
4. Trabajo de Prevención de recaídas.
5. Apoyo y soporte social en comunidades.

RECURSOS

Humanos

- **Terapeutas acreditados clínica Modelo Matrix (equipo técnico PMP Matrix Centro Penitenciario de Murcia 1):**
Juan Carrión Tudela. Coordinador de Trabajo Social Centro Penitenciario de Murcia 1.
Juan Carlos Guillén Albacete. Médico Centro Penitenciario de Murcia 1.
Manuel Illera Hernández. Educador Centro Penitenciario de Murcia 1.
- **Profesionales Consejería Sanidad CCAA Murcia:**
María Dolores Oñate Sánchez. DNI 48395573-P.
Juan Jiménez Roset. DNI 22112010-V.
- **Terapeutas AMAS:**
Damián Alcaraz Martínez. DNI 22923574-A.
Sebastián Hernández.
- **Colaboradores con curso de Formación Matrix:**
Tabla 1.

Tabla 1.

Área	Profesional
Sanidad	Susana Guillén. Médico Centro Penitenciario de Murcia 1.
	Gema Peñuelas. Enfermera.
Paréntesis	Virginia Ayala, Mayte Ballesta, Anabelén Romera, Natalia.

- **Internos:** Internos con problemática de toxicomanía.

Materiales

- Material del curso (manuales, agendas, fichas, etc.).
- Material de oficina (carpetas, bolígrafos, etc.).
- Ordenador, proyector informático y medios audiovisuales.

METODOLOGÍA

Siguiendo el Modelo Matrix, los usuarios asisten a varias sesiones intensivas por semana. Esta fase intensiva de tratamiento incorpora varias sesiones de apoyo:

- **Sesiones familiares:** 2 sesiones por semana, desde la semana 1 hasta la 12 (24 sesiones).
- **Sesiones del grupo de Habilidades de recuperación temprana:** 2 sesiones por semana desde la semana 1 hasta la semana 4 (8 sesiones).
- **Sesiones grupales de Prevención de recaídas:** 2 sesiones por semana desde la semana 1 hasta la semana 16 (32 sesiones).
- **Sesiones grupales de Apoyo social:** desde semana 13 hasta la semana 48 (36 sesiones).

Tabla 2.

Semana				
1	4	8	12	16
Habilidades de recuperación temprana (HRT)		Prevención de recaídas (PR)		
Sesiones familiares				

La adaptación penitenciaria con el Programa Matrix Penitenciario (PMP) se modifica a la dinámica de los centros penitenciarios y su régimen, variando el número de algunas sesiones.

A nivel de materiales, se trabaja con:

- **La agenda personal:** ¿Necesito utilizar una agenda? Desde luego que sí. Todo lo que organizas en tu cabeza se puede desvanecer rápidamente. Si escribes lo que organizas cuando tu cerebro racional está en control y después haces lo que escribes, serás capaz de hacer lo que piensas o planificas, en lugar de hacer lo que te apetece la carpeta de sesiones Matrix.
- **Otros materiales complementarios** (libretas de escritos, reflexiones, fichas de trabajo extras, fichas nuevas de PMP, etc.).

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP
Cartagena, 10, 11 y 12 de mayo de 2018 – www.congresosesp.es

Tabla 3. Ejemplo de horario de MM Murcia 1.

	Tratamiento Intensivo		Atención continuada
	Semanas 1-4	Semanas 5-16	Semanas 13-48
Lunes	10-11h. Reuniones de trabajo del Equipo Terapéutico		
Martes GRUPO 1	9:30 h-12:30 h HRT	9:30 h-12:30 h PR	Apoyo social
Miércoles GRUPOS 1 y 2	17:00 h-18:30 h. Sesiones educativas para familias		
Miércoles GRUPO 2	9:30 h-12:30 h HRT	9:30 h-12:30 h PR	Apoyo social
Jueves GRUPO 1	9:30 h-12:30 h HRT	9:30 h-12:30 h PR	Apoyo social
Viernes GRUPO 2	9:30 h-12:30 h HRT	9:30 h-12:30 h PR	Apoyo social
Viernes o lunes GRUPOS 1 y 2	17-19.00 Apoyo social		

Tabla 4. Temporalización.

Edición PM	Inicio	Final	Día de sesiones	Grupos	Usuarios asisten PMP	Usuarios finalizan PMP
1	1/5/2014	1/12/2014	Martes y jueves	1	30	12
2	1/1/2015	1/8/2015	Martes, jueves, miércoles (Educación para la salud), viernes tarde (Apoyo social)	1	50	8
3	1/10/2015	30/5/2016	Martes, jueves, viernes tarde (Apoyo social)	1	60	16
4	1/11/2016	30/7/2017	Martes, miércoles, jueves y viernes (Apoyo social)	2	71	22
5	1/10/2017	Acaba 30/6/18	Lunes (Apoyo social) martes, miércoles, jueves y viernes	2	65	

TEMPORALIZACIÓN

Tabla 4.

- **Valoración de usuarios PMP** final del curso en los diferentes planos: personal, grupal, desarrollo, actitudes, etc.

EVALUACIÓN

La evaluación y valoración del curso y de los internos participantes se efectuará con la elaboración de los siguientes documentos:

- **Registro de sesiones:** asistencia, incidencias y observaciones de cada sesión.
- **Registro de actividades realizadas** según el Modelo Matrix.
- **Investigación y evaluación** con instrumentos del Modelo Matrix.

RESULTADOS DE INTERVENCIÓN

Los resultados analizados en los grupos 1 y 2 de usuarios del programa PMP han indicado una clara mejoría en el camino de la abstinencia de drogas.

- **Grupos PMP:** resultados del consumo en los 6 últimos meses (programa PMP).
- **Gráficas comparativas PMP** en los grupos 1, 2 y 3 antes y después del programa PMP son los siguientes (Figura 1):

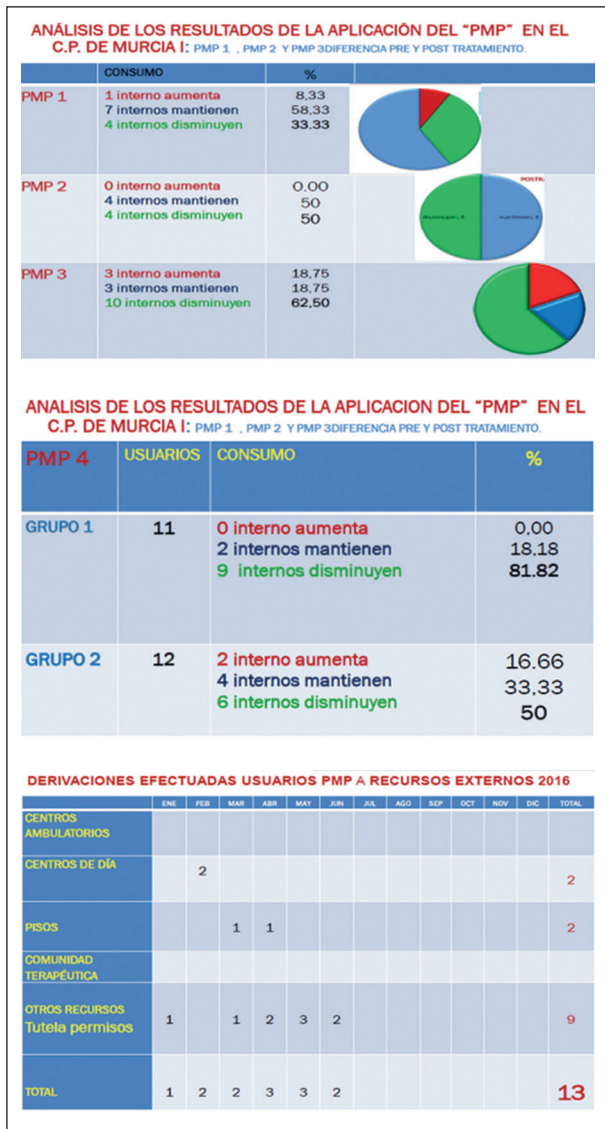


Figura 1. Gráficas comparativas.

VALORACIONES PROFESIONALES DEL PROGRAMA MATRIX PENITENCIARIO

a) Punto de vista médico (Juan Carlos Guillén Albacete)

1. *¿Cómo tuvo entrada en general en nuestro país y, más concretamente, en el ámbito penitenciario el PMP?*

El Modelo Matrix se inicia en los años 80 para dar solución a los sujetos del accedían al sistema de tratamiento con dependencia a la cocaína o metanfetamina como trastorno primario. Su modelo de tratamiento incorporó elementos de los enfoques sobre Prevención de recaídas, cognitivo-conductual, psicoeducación y familiar.

El Modelo Matrix instaura un tratamiento ambulatorio intensivo de la dependencia al alcohol, al cannabis y a la cocaína para dar continuidad asistencial y disminuir la variabilidad clínica del proceso de deshabitación.

Los profesionales de los centros penitenciarios se suman al despliegue del Modelo Matrix, para incorporarlo a la intervención al interior de la prisión; esta vez, con el fuerte y convencido compromiso de los profesionales a título personal y dentro del programa de Educación para la salud del Centro penitenciario en Murcia I, adaptándolo como PMP.

2. *¿Cómo incluye el programa Matrix, inserto dentro del paradigma biopsicosocial, la intervención médica en el tratamiento con drogodependientes?*

El modelo médico, ve la adicción como una enfermedad crónica y progresiva. Los modelos médicos más recientes, adquieren un punto de vista “biopsicosocial” más abarcador, en concordancia con un entendimiento moderno de las enfermedades crónicas como determinadas por varios factores.

3. *¿Cómo influye en el tratamiento con drogodependientes la consideración de la adicción como una enfermedad mental crónica, tal y como es considerada en el programa Matrix?*

Muchas personas no se dan cuenta de que la adicción es una enfermedad del cerebro. Si bien el camino a la drogadicción comienza con el acto de consumir la droga, con el tiempo la habilidad de la persona para poder tomar la decisión de no consumirla queda comprometida, y la búsqueda y el consumo de la droga se vuelven compulsivos. Esta conducta es en gran parte el resultado de los efectos que tiene la exposición prolongada a la droga en el funcionamiento del cerebro.

4. *¿Cómo determina la existencia de patología dual la intervención con drogodependientes en este programa?*

A menudo la adicción implica no solamente la necesidad compulsiva de consumir la droga, sino también consecuencias que conllevan grandes repercusiones. Por ejemplo, el abuso de drogas y la adicción aumentan el riesgo de desarrollar muchas otras enfermedades mentales y físicas asociadas a una manera de vivir marcada por el abuso de drogas o los efectos tóxicos de las mismas.

b) Punto de vista psicológico (Manuel Illera)

1. *¿Cuál es la estructura general, a nivel de intervención, de este programa?*

El enfoque Modelo Matrix (MM) y su adaptación penitenciaria **Programa Matrix Penitenciario (PMP)**

proporciona una experiencia terapéutica estructurada para usuarios con trastornos por uso de estimulantes. Es un programa de tratamiento basado en dicho modelo surgió debido a la necesidad de un tratamiento estructurado y basado en la evidencia científica para usuarios que abusan o son dependientes de drogas estimulantes, especialmente metanfetamina y cocaína.

Este paquete integral proporciona a los profesionales del tratamiento del abuso de sustancias un modelo ambulatorio intensivo para estos usuarios y sus familias: 16 semanas de programación estructurada y 36 semanas de seguimiento.

Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol.

Durante 16 semanas los usuarios asisten a varias sesiones intensivas ambulatorias por semana. Esta fase intensiva de tratamiento incorpora varias sesiones de apoyo:

- Sesiones familiares individuales y grupales (3 sesiones).
- Sesiones del grupo de Habilidades de Recuperación Temprana (9 sesiones).
- Sesiones grupales de Prevención de Recaídas (32 sesiones).
- Sesiones educativas para familias (13 sesiones).
- Sesiones grupales de Apoyo Social (36 sesiones).

2. *¿Cuáles son las novedades que nos aporta, a nivel teórico y dentro del paradigma biopsicosocial, respecto a las intervenciones anteriores?*

El modelo de tratamiento Matrix, y su adaptación penitenciaria como **Programa Matrix Penitenciario (PMP)** está inspirado en el modelo neurobiológico de las adicciones e incorpora elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual (Prevención de recaídas), psicoeducación, Grupos familiares (psicoeducación paralela, tanto del paciente, como de su familia), así como el Programa de apoyo, todo ello, desde un estilo y filosofía terapéutica, que toma la orientación del enfoque de la Entrevista Motivacional.

Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol; para lograr los objetivos concretos especificados anteriormente.

Los principales referentes del Modelo Matrix son:

1. *Entrevista motivacional*

La entrevista motivacional es un estilo de interacción directiva, centrada en el cliente, encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos

Muchas personas que se involucran en el uso nocivo de sustancias no reconocen plenamente que tienen un problema o que otros problemas de su vida están relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Motivación para el cambio La percepción de una persona sobre su probabilidad de triunfar en el intento de cambiar es un buen predictor de la factibilidad real de ese cambio Las creencias positivas de los terapeutas o consejeros pueden convertirse en profecías que se auto-realizan; es decir, se cumplen como una predicción acertada

La tarea del terapeuta es promover y aumentar la motivación. “La falta de motivación” es un reto para las habilidades del terapeuta, no una falla por la cual se pueda culpar a los consultantes

2. *Trabajo grupal.* Sesiones individuales/conjuntas.

En el Modelo Matrix (MM), la relación entre terapeuta y usuario es considerada la dinámica primordial del tratamiento. A cada usuario se le asigna un terapeuta de referencia. Este terapeuta se reúne individualmente con el usuario y posiblemente con los miembros de su familia

Las sesiones conjuntas que incluyen tanto al usuario como a los miembros de su familia u otras personas de apoyo, son cruciales para mantener al usuario en tratamiento. La importancia de implicar en el tratamiento a personas que tienen una relación primaria con el usuario

3. *Uso de técnicas cognitivo-conductuales*

4. *Trabajo de Prevención de Recaídas*

5. *Apoyo y Soporte Social en Comunidades.* Grupo de Apoyo Social (Tratamiento de continuación).

Las sesiones grupales de Apoyo social ayudan a los usuarios a aprender o reaprender habilidades de socialización. Las personas en recuperación que han aprendido cómo dejar de consumir sustancias y cómo evitar la recaída están preparadas para desarrollar un estilo de vida libre de sustancias que apoye su recuperación. El grupo de Apoyo social ayuda a los usuarios a aprender cómo socializar con otros usuarios que están en una fase más avanzada del tratamiento y en su recuperación en un entorno seguro y familiar.

3. *¿Qué logros está consiguiendo el programa Matrix, como modelo empírico que es, y que lo diferenciando del resto de programas que se venían implementando hasta el momento?*

El Modelo Matrix, que incluye elementos propios de la prevención de la recaída, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas. Constituye un modelo empírico de tratamiento de las adicciones, validado que cum-

ple los principios de buenas prácticas terapéuticas. Su estandarización y materiales lo hacen fácil de implementar a nivel internacional. El Modelo Multicomponente Matrix, es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas con un nivel de evidencia científica de alta recomendación.

Los cuestionarios de autoevaluación del PMP completados por los internos, sobre los aspectos metodológicos del programa PMP (sesiones, terapias, contenidos, horarios, etc.), sus repercusiones personales y familiares (conceptos, procesos adicción) y las consecuencias penales y penitenciarias (permisos, destinos, recompensas, etc.), concluyen que los usuarios destacan con **alta valoración positiva** la información acerca del PMP, el tratamiento recibido, el ser tratado con respeto y comprensión por el personal. Se lo recomendarían a otros internos y piensan que la formación de los terapeutas ha sido la adecuada y que la dinámica de las sesiones ha sido buena, sintiéndose en el contexto de un equipo de trabajo. La explicación de la teoría ha sido amena y adecuada. Los materiales también han sido adecuados y amenos.

En el área sanitaria, destacamos que han reducido síntomas físicos patológicos la mayoría de los internos; se consideran en mejor condición para superar las cosas malas y completar lo que quieren. Sobre el **consumo**, la mayoría de internos consideran que es improbable que consuman en el futuro y además, respecto al **Área penitenciaria**, la mayoría de los internos considera que tiene en el módulo alguien que le ayuda cuando tiene un problema, amigos que están “limpios” de drogas. Igualmente, en el área familiar, se llevan mejor con su pareja o padres, los cuales han cambiado su opinión sobre la dependencia a las drogas como una persona enferma crónica.

Sobre el área consumo drogas, la mayoría de los usuarios constatan que han reducido o se mantienen abstinentes en el consumo de sustancias tanto prescritas como no prescritas por el médico. Además, distinguen cuando tienen *craving*, conocen sus disparadores y saben usar la parada de pensamiento.

Analizando las consecuencias de su participación en el PMP desde el **área régimen y tratamiento**, de nuevo la mayoría de los usuarios reflejan que han recibido recompensas por sus destinos, se llevan mejor con compañeros y funcionarios (se les reconoce su evolución positiva) y ocupan más y mejor el tiempo libre.

Sobre el área destinos y actividades, observamos que la mayoría de los internos ha conseguido plaza en talleres productivos, en destinos o cursos y actividades desde el inicio del programa Matrix. También podemos destacar en la faceta **regimental penitenciaria** que no han cumplido días de aislamiento en su

inmensa mayoría, pero tampoco progresaron, excepto un interno, a tercer grado. Sí obtuvieron dos internos permisos desde su inicio del programa.

Por último, hay que destacar que han mejorado casi todos la **relación familiar**, notando mayor confianza y en algunos casos recuperando el contacto perdido, al iniciar, permanecer y finalizar el programa PMP.

4. *¿Cuáles son las mayores dificultades que debéis salvar en el día a día de la aplicación del programa y cómo os acercáis a los grandes retos de la intervención en drogodependencias en el ámbito penitenciario? Motivación al tratamiento, adhesión a éste, logro de la abstinencia...*

- *La inexistencia de un módulo terapéutico en el Centro Penitenciario Murcia I.* La posibilidad de que los usuarios del PMP pudieran estar aislados del resto de los internos facilitaría el tratamiento y la recuperación de los mismos. De igual manera, el reducir las horas de inactividad en el patio con diversas actividades contribuiría a la evitación del trapicheo (por falta de recursos económicos) que los mantiene en ese ambiente y del abuso de fármacos prescritos.
- *Encontramos dificultades en la diferenciación de los roles terapeuta profesional de IIPP por parte de los internos.* Esto supone un gran hándicap para llevar a cabo las sesiones terapéuticas.
- *La asistencia a las sesiones*, en muchas ocasiones se ve dificultada con permisos, consultas médicas internas y hospitalarias, salidas judiciales, etc.
- *Problemas de compatibilidad con destinos.*
- *Las propias características de los usuarios*, sus alteraciones cognitivas y de comportamiento (café, tabaco, aseo, etc.) implican dificultades en la realización de las sesiones.
- *Todos los requisitos necesarios para la asistencia de las familias* (autorización por parte de los internos, aceptación por parte del familiar o allegado, autorizaciones por parte del centro y de la Secretaría General Instituciones Penitenciarias, número de autorizados e identificación de los mismos, compatibilidad de horarios familiares, etc.).

C) Punto de vista de trabajo social (Juan Carrión Tudela)

1. *¿Cómo incluye el PMP, inserto dentro del paradigma biopsicosocial, la derivación a recursos externos, la intervención familiar o la competencia laboral en el tratamiento con drogodependientes?*

Las personas con trastorno por consumo de sustancias se encuentran frecuentemente separadas de sus familias o en conflicto con los miembros de la familia. Los miembros de la familia (incluida la familia

extensa) y otras personas significativas, pueden experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, miedo, ira, preocupación, vergüenza o culpa.

Los familiares normalmente no entienden los trastornos por consumo de sustancias ni los cambios que han ocurrido en su familia. Tampoco pueden entender las dinámicas de la recuperación y los cambios que conlleva. Es fundamental dar información el trastorno y sobre el proceso de recuperación y permitir a los familiares hablar sobre sus preocupaciones para ayudarles a apoyar a la persona que está en tratamiento además de que puede aliviar la ansiedad y otros posibles sentimientos.

Las sesiones psicoeducativas ayudan a las familias a cambiar algunas conductas que son comunes a las familias que se enfrentan con personas con un trastorno por consumo de sustancias (como proteger a las personas dependientes de sustancias de las consecuencias de su dependencia).

Objetivos del Grupo Psicoeducativo para familias.

- Presentar información exacta sobre la recuperación de la adicción, tratamiento y del resultado de dinámicas interpersonales.
- Ayudar a los usuarios y la familia a entender como el proceso de recuperación puede afectar, ahora y en el futuro a las relaciones familiares.
- Proporcionar un foro a las familias para tratar los asuntos relativos a la recuperación.
- Presentar información exacta sobre los efectos de las drogas.
- Enseñar, promover y animar a la familia de los usuarios a que se cuiden mientras apoyan la recuperación del usuario.
- Proporcionar una atmósfera profesional en la que los usuarios y sus familias sean tratados con dignidad y respeto.
- Alentar a los participantes a conocer otras personas recuperadas y a sus familias en un ambiente agradable y no amenazante.

2. *¿Cuáles considera que son los puentes más importantes a tender entre prisiones y el medio en libertad en el tratamiento con adicciones?*

Desde que ingresan en prisión tanto en CP Murcia I de preventivos, como CP Murcia 2 de penados, se les ofrece la posibilidad de ingresar en un programa de tratamiento de drogas como PMP, que una vez sea condenado o progresado a tercer grado en el CIS Murcia, podrá seguir el itinerario terapéutico PMP Matrix, sin modificar su tratamiento y su proceso de recuperación. Completa este itinerario la existencia de la asociación de usuarios Matrix AMAS, al igual que seguir sus terapias de apoyo social en Murcia (con

colectivo paréntesis y la Consejería de Salud de Murcia) en centro de día y pisos tutelados.

3. *¿Cuáles son las próximas “cimas a coronar” u objetivos propuestos a través del PMP?*

Implantar el PMP en el resto de Centros Penitenciarios de España.

4. *¿Cómo se denomina y cuál es el funcionamiento de la asociación que sirve de apoyo en el exterior al PMP?*

ASOCIACIÓN MATRIX DE APOYO SOCIAL (AMAS)

Introducción

El primer objetivo que se propone ya la asociación es la creación del apoyo social (grupos de ayuda mutua) siguiendo las 36 sesiones del Modelo Matrix. Estas sesiones se hacen una vez por semana y comienzan al tercer mes del tratamiento en las comunidades terapéuticas y dándole seguimiento a dicha terapia fuera de los centros hasta llegar al año, momento en el que deja de darse el APOYO SOCIAL, para convertirse en GRUPOS DE AYUDA MUTUA.

Objetivos del Grupo de apoyo social

- Proporcionar un grupo seguro de discusión donde los usuarios practiquen habilidades sociales.
- Proporcionar oportunidades a los usuarios más avanzados en el tratamiento para servir como modelo a otros usuarios que llevan menos tiempo en recuperación.
- Animar a los usuarios a ampliar su sistema de apoyo de la abstinencia, recuperación de contactos con compañeros de las reuniones de autoayuda.
- Proporcionar un entorno de grupo menos estructurado y más independiente que ayude a los usuarios a progresar desde el entorno social penitenciario.
- Optimizar y aprovechamiento de recursos de:
 - Ocio y tiempo libre, salidas culturales a museos, cines y puntos de interés etc., quedadas para comidas y cenas en grupo, deporte, senderismo, gimnasio, remo etc.
 - Asesorías, seguimientos y acompañamientos.
 - Programa vivienda
 - Programa de psicoeducación familiar y grupos de ayuda mutua de familiares.
 - Programa de formación.

ANÁLISIS DAFO: DEBILIDADES Y FORTALEZAS, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS PMP EN CP MURCIA

Análisis basado en el PMP en el CP Murcia I.

1. Fortalezas

- **Única experiencia terapéutica:** Murcia 1, primer centro penitenciario de España en aplicar el Modelo Matrix a personas privadas de libertad con problemas de drogadicción.
- **Logros terapéuticos:**
 - *Itinerario terapéutico:* CP Murcia II, CIS, recursos externos.
 - *Novedad: desarrollar sesiones educativas familiares grupales mixtas* (usuarios PMP, familiares y equipo terapéutico PMP), *en el interior del CP Murcia I.*
 - *Pisos tutelados AMAS.* Protocolo de acogida de permisos con CP Murcia I.
 - *Informes a jueces de usuarios PMP* (suspensión o sustitución).
 - *Derivación a Recursos Externos* de Modelo Matrix (GAMMA, centro día de PARENTE-SIS). Terapia y grupo de apoyo social.
- Acreditaciones terapeutas Modelo Matrix y usuarios PMP 3.
- Publicación Libro Programa Matrix Penitenciario “PMP” análisis de la implantación del modelo Matrix en el ámbito penitenciario.
- Curso Formación Modelo Matrix en CP Murcia II.
- Curso de Formación Modelo Matrix en CIS Murcia.
- I y II Congreso Nacional de Trabajo Social, Criminología y Voluntariado Penitenciario 2015 y 2016.
- Actividades de colaboración en CP Murcia I.
 - Escuela de Fútbol del Barcelona en CP Murcia I y Peña Barcelonista Totana.
 - Revista Penitenciaria Maestros.

RECURSOS	ASPECTOS EVALUADOS	VALORACION FINAL
MANUAL TERAPEUTA PMP	Varias sesiones del manual no se ajustaban al medio penitenciario y algunas sesiones precisaban incorporar diferentes contenidos.	Se crea el anexo manual del terapeuta PMP
AGENDA USUARIO PMP	Se observan varios indicadores deficitarios en la agenda usuario genérica Matrix; aspectos penitenciarios, consumo específico de THC, registro analíticas, número de hojas de evaluación diaria, etc	Se crea la agenda usuario PMP cambiando, mejorando o adaptando su contenido a medio penitenciario
CARPETA DE USUARIO PMP	Varias sesiones de la carpeta Matrix del usuario no se ajustaban al medio penitenciario y algunas sesiones precisaban incorporar diferentes contenidos.	Se adapta la carpeta de usuario PMP

Figura 1. PMP EN CP MURCIA I.

- Actividades Educación Para la Salud.
- Edición materiales específicos PMP.

Oportunidades

- **Expansión programa PMP modular**, 2º semestre 2017.
- **Implementar más grupos de usuarios PMP** por los diferentes módulos del centro penitenciario Murcia I, bajo supervisión del equipo terapéutico PMP, en concordancia con los profesionales supervisores de la consejería de salud de la región de Murcia.
- **Consolidar la derivación a recursos externos** de Modelo Matrix (AMAS, GAMMA, centro día de paréntesis). Terapia y grupo de apoyo social.
- **Asociación de usuarios** en el CP de Murcia I. A+P.
- **Formación de nuevos coterapeutas.**

CORRESPONDENCIA

Manuel Illera Hernández
Equipo Técnico PMP Matrix
Centro Penitenciario Murcia I

Situación actual de las transferencias de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas

Moderador: Hoyos Peña C¹

Ponencias: Mora Grande MI², Alarcó Hernández A³, Zelaya Castro P⁴,
Veiras Vicente J⁵, Arroyo Cobo JM⁶

¹Servicios Médicos Centro Penitenciario Cáceres. Vocal Sanidad Penitenciaria OMC

²Grupo Parlamentario Podemos-en Común-Compromís-en Marea en el Senado

³Grupo Parlamentario del Partido Popular en el Senado

⁴Grupo Parlamentario Socialista en el Senado

⁵Vicesecretario General del Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria (SPSP)

⁶Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria

Desde la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), el Grupo de Relaciones Laborales de la SESP (GRELASESP), la Vocalía de Administraciones Públicas de la Organización Médica Colegial (OMC) y el Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria (SPSP) iniciamos en la primavera de 2016 una serie de contactos que intentaban poner en conocimiento de la opinión pública y todos los grupos políticos con representación parlamentaria, la necesidad de que se cumpliera el mandato de transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) según ordena la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003.

Como consecuencia de ello el Grupo Unidos Podemos presentó y defendió a través de su portavoz de Interior Isabel Mora, una Proposición No de Ley (PNL) en el Pleno del Senado en octubre 2016 que fue debatida por todos los grupos políticos a través de sus portavoces, Antonio Alarcó (PP), Pío Zelaya (PSOE), Nerea Ahedo (PNV) entre otros, y que concluyó con la aprobación por unanimidad, expresando que dicho Pleno instaba al Gobierno a iniciar “con la mayor brevedad posible” las negociaciones para que la Sanidad Penitenciaria “sea transferida a los servicios autonómicos de salud de manera inmediata”.

En los mismos términos y también por unanimidad de todos los grupos políticos, se manifestó el Congreso de los Diputados en su Comisión de Interior en diciembre del mismo año.

Dicha instancia al Gobierno Central se vio apoyada “en cascada” por casi la totalidad de los Parlamentos Autonómicos durante el año 2017 solicitando

a sus respectivos Gobiernos el cumplimiento inmediato de la Ley de Cohesión.

A pesar de la unanimidad política reflejada no se ha conseguido a día de hoy, materializar la integración y observamos cómo el deterioro asistencial en sanidad se va extendiendo como un movimiento sísmico por todos los centros penitenciarios de la geografía del Estado.

Y podemos preguntarnos ¿esto es nuevo, realmente “nuestra sanidad” se está deteriorando tanto? Pues la respuesta es un rotundo sí.

Hasta hace pocos años hemos estado denunciando discriminaciones asistenciales a nuestra población como la falta de continuidad en la información sanitaria con los servicios públicos de salud autonómicos, o en el acceso a tratamientos, pero en estos momentos estamos ante una gravísima situación asistencial por la falta de reposición de médicos en todos los CCPP que está llevando a situaciones límites como la vivida en Ocaña 1 que permaneció 22 días sin médico en el diciembre pasado o extremas como la de Daroca en la que se ha pasado a guardias mixtas realizándose la localización de un solo médico a 100 kilómetros del centro penitenciario desde las 15 horas en días laborales y 24 h los festivos y sábados, o la de Zuera en igual situación y a una distancia de 45 kilómetros. Son solo ejemplos de algo totalmente extendido por todas las CCAA.

Y esa falta de personal sanitario que muy especialmente es referido a facultativos, no solo está afectando a la atención de urgencias sino que la asistencia médica en muchos CCPP se está reduciendo a la asistencia urgente debiendo obviar las programaciones de seguimiento de patologías crónicas físicas o mentales.

En este “caos” no podemos olvidar las consecuencias que está acarreado a los profesionales de enfermería que se ven obligados a asumir guardias presenciales sin el acompañamiento médico debiendo enfrentarse solos a situaciones clínicas de gravedad y tener que tomar decisiones regiminales y clínicas que no les competen, lo que está suponiendo una carga emocional incompatible con la salud laboral. Todo ello es absolutamente nuevo y si no se soluciona traerá un retroceso en calidad asistencial en la Sanidad Penitenciaria de más de 40 años.

Esta circunstancia sin precedente, concretada en la ocurrida en el C.P. Ocaña 1 en el pasado diciembre, fue trasladada al Congreso y Senado y abordada sin ningún rigor por las autoridades penitenciarias, concretamente el día 7 de febrero de 2018 compareció en la Comisión de Interior del Senado D. José Antonio Nieto Ballesteros, Secretario de Estado de Seguridad (ver acta de sesiones del Senado) cuya intervención no hace otra cosa que seguir la línea trazada por el Secretario General de Instituciones Penitenciarias D. Ángel Yuste Castillejo el día 30 de noviembre pasado en la Comisión de Interior del Congreso (ver acta de sesiones).

La indignación que sentimos ante ambas comparencias ha sido trasladada al Ministro Zoido en una carta que adjunto en el anexo.

Hemos querido componer esta Mesa de Gestión con personas de diferente perfil político, representante de Instituciones Penitenciarias y también el Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria quien a pesar de su pequeño número de afiliados ha trabajado frenéticamente en enfrentar a la Administración Penitenciaria con las numerosas irregularidades que se vienen observando como la alegalidad de la asistencia farmacéutica penitenciaria, guía farmacoterapéutica, condiciones sanitarias de las Enfermerías etc

Queremos agradecer al Comité Organizador y a su presidente Dr. Quiñonero el permitir que en este Congreso podamos abordar nuestra grave problemáticas y así poder avanzar en su solución.

CORRESPONDENCIA

Carmen Hoyos Peña
Coordinadora GRELASESP
E-mail: carmenfiliberto@hotmail.com

ANEXO

Sr. Ministro del Interior D. Juan Ignacio Zoido Álvarez,

El día 7 de febrero de 2018 compareció en la Comisión de Interior del Senado D. José Antonio Nieto Ballesteros, Secretario de Estado de Seguridad, y lamentablemente los profesionales sanitarios que trabajamos en Instituciones Penitenciarias solo podemos decir que transmitió a los senadores presentes una visión distorsionada de la realidad penitenciaria con datos inciertos. Su intervención no hace otra cosa que seguir la línea trazada por el Secretario General de Instituciones Penitenciarias D. Ángel Yuste Castillejo el día 30 de noviembre pasado en la Comisión de Interior del Congreso.

Ante el hecho sin precedente de dejar sin asistencia médica durante 22 días un Centro Penitenciario (C.P) y ante la escasez mantenida en el tiempo de efectivos en la mayoría de ellos, ambos responsables, en lugar de analizar la cruda realidad con la que se enfrenta la Sanidad Penitenciaria para abordar su solución, han sido capaces de frivolar la situación manifestando en ambas comparencias “que hay más médicos que en algún pueblo de la serranía de Cuenca, concretamente está multiplicada por 15 la dotación de médicos”.

¿Desconocen ambos altos cargos el ordenamiento legal penitenciario? La asistencia sanitaria penitenciaria tiene unas connotaciones legales que nada tienen que ver con las referidas a la atención sanitaria que se presta en el Centro de Salud del pueblo del Sr. Yuste.

El Reglamento Penitenciario de 1996 ordena en su artc. 214 que toda persona que ingresa en prisión “debe ser evaluada clínicamente por un médico en las primeras 24 horas”. ¿Y es éste un mandamiento caprichoso? Pues no solo es que no, sino que es calificado sanitariamente como rigurosamente imprescindible desde el punto de vista preventivo, dadas las características epidemiológicas de un centro cerrado con importante hacinamiento. Cuando se hace esa primera valoración clínica del paciente que ingresa se descarta que padezca una enfermedad infectocontagiosa como la tuberculosis que se trasmite por vía aérea y ante su sospecha se ordena

el aislamiento respiratorio del paciente para evitar su transmisión a otras personas encarceladas o a los profesionales encargados de su custodia y atención, hasta que el riesgo de contagio desaparezca.

Junto a ello se realiza una valoración psicopatológica determinando si existe riesgo de suicidio o cualquier otra alteración que requiera que pueda o no, hacer un régimen de vida ordinario o con medidas especiales. La conclusión de esa primera valoración clínica se traslada, firmada por el facultativo, al Director del Centro Penitenciario para que ordene el régimen de vida que dicha persona puede hacer en prisión. Junto a ello, se determina si presenta enfermedad mental que pueda haber mermado su responsabilidad en relación con el motivo de su detención o si presenta lesiones para su certificación dando cuenta oportunamente.

Como esos ejemplo, son multitud los que a diario tienen que ser llevados a cabo por el médico para el correcto funcionamiento medicolegal y epidemiológico del C.P.

Es muy preocupante para los profesionales sanitarios penitenciarios cómo se puede frivolar y minimizar, el hecho de que un C.P. pueda mantenerse durante 22 días sin médico como ha ocurrido en el pasado diciembre en C.P. Ocaña 1 y en otros, y lejos de reconocer el problema e intentar solucionarlo, se mienta a los representantes políticos de ambas Cámaras.

Sr. Ministro, los profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias llevamos años de hartazgo, de ver cómo se nos ningunea laboral y profesionalmente desde la Administración Penitenciaria y desde las Mesas Sindicales, lo que se ha traducido en unas diferencias retributivas con la Atención Primaria de Salud de la Comunidades Autónomas de 1200-1400€ netos mensuales (adjuntamos nóminas) sin contabilizar guardias; si se contabilizaran éstas serían diferencias mucho más escandaloso. Pues ambos responsables penitenciarios refieren en sus comparencias que “los salarios son mejores que los de cualquier otro servicio de salud de CCAA” “Las condiciones son mejores y los efectivos son 15 veces mayores que los de un pueblo”.

Según los datos del CECIR en los próximos 5 años van a llegar a la edad de jubilación el 80% de los facultativos de Sanidad Penitenciaria y vemos tristemente cómo la incompetencia gestora del Ministerio del Interior ha hecho que la Sanidad Penitenciaria no cuente con recambio profesional para una asistencia que efectivamente ha sido referente de calidad asistencial a nivel internacional gracias al compromiso e implicación de sus profesionales que como también se refiere en sus discursos políticos “tienen un componente vocacional añadido”. Pero han confundido que nos guste nuestro trabajo y con quién lo desempeñamos con nuestra renuncia a recibir una remuneración acorde con nuestra elevada cualificación profesional.

En relación con la transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las CCAA es llamativo y generalizado el comentario en las Consejerías de Sanidad, con independencia de su signo político, sobre la falta de disposición e implicación del Ministerio del Interior en gestionar el proceso. Lo que no es extraño tras poder apreciar desde la objetividad de un medio visual oficial como el Congreso y Senado, cómo abordan los problemas antes referidos.

Por lo expuesto, los profesionales sanitarios a los que representamos solicitamos su implicación en la búsqueda de una solución definitiva a la transferencia de la Sanidad Penitenciaria y anunciamos nuestra intención de valorar movilizaciones en próximas fechas

Reciba un cordial saludo y nuestra disposición a trabajar con usted en la problemática que nos ocupa.

17 febrero 2018.

Dr. José Tomás Quiñonero Díaz
Presidente Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

Dr. José Veirás Vicente
Presidente Sindicato Profesional Sanidad Penitenciaria.

Dra. Carmen Hoyos Peña
Coordinadora Grupo Relaciones Laborales Sociedad Española Sanidad Penitenciaria.

Abordaje del tratamiento de la hepatitis C en prisión

Olariaga-Arazola S, Pérez-España Z, Isusi L, Uriarte L,
Gonzalo-García A, Yurrebaso MJ, Echevarria-Pinillos ME

Centro de Salud Penitenciario Urbi Basauri

Introducción: la prevalencia de la infección por VHC en el País Vasco oscila alrededor de un 1,5% de la población. Estos datos se incrementan notablemente si los determinamos en el medio penitenciario. En 2014 la prevalencia de la infección por VHC en nuestro centro era del 9%. El importante número de pacientes presos diagnosticados de hepatitis C, junto a la priorización del tratamiento de esta enfermedad exigía la adopción de medidas que facilitarían el tratamiento. La integración de la farmacia hospitalaria y coordinación de los diferentes niveles asistenciales de la OSI Bilbao Basurto resultaba fundamental.

Objetivos:

Objetivo general: optimizar el circuito entre el CSP y el hospital de referencia para llevar a cabo el tratamiento de hepatitis C en prisión.

Objetivos específicos:

- Integración de los siguientes servicios: farmacia hospitalaria, hepatología y enfermedades infecciosas en el tratamiento de hepatitis C en el CSP.
- Facilitar y agilizar las consultas de los especialistas y la validación/dispensación hospitalaria en el paciente privado de libertad.
- Minimizar el número de traslados del paciente preso.
- Garantizar una atención farmacéutica por cada interno en tratamiento en el CSP (conciliación de tratamiento, interacciones y seguimiento).
- Optimización de la adherencia al tratamiento.

Criterios de inclusión:

- Población reclusa en el Centro Penitenciario Urbi Basauri de infectados de hepatitis C: cualquier nacionalidad, personas en situación tanto regular como irregular en la asistencia sanitaria.
- Régimen: cerrado (los internos no pueden salir de prisión).
- Sexo: hombres, al tratarse de un centro presencial masculino.
- Criterios de priorización de la estrategia de Osakidetza para el tratamiento de hepatitis C.

Criterios de exclusión:

- Internos con alteraciones graves de conducta.
- Internos con trastornos psiquiátricos graves.
- Estadios terminales de la enfermedad (indicaciones del especialista).

Metodología

- Al ingreso en el CSP se estudia la situación de hepatitis C de cada interno.
- Los internos diagnosticados de hepatitis C en el centro son derivados a los servicios de hepatología e infecciosas del hospital de referencia.
- La indicación del tratamiento y la solicitud de la autorización del mismo es comunicado al CSP y al farmacéutico especialista.
- El proceso de autorización es aprovechado por el farmacéutico para garantizar una atención farmacéutica adecuada: conciliación de tratamiento, revisión y detección de posibles interacciones con la medicación habitual del interno. La existencia de alguna interacción implica la información a los médicos/psiquiatras del CSP para ajustar el tratamiento, dejando constancia en la historia clínica integrada del interno.

- En los tratamientos autorizados, las funciones a seguir son las siguientes:
 - Validación farmacéutica de la prescripción hospitalaria y de la prescripción del CSP con los nuevos antivirales.
 - Coordinación entre niveles asistenciales por medio de consultas no presenciales.
 - Facilitar información al CSP sobre posible interacción con nuevos tratamientos.
 - Gestión y dispensación hospitalaria, al igual que el resto de pacientes externos del hospital, coordinado por el farmacéutico del CSP.
- Se entrega a cada interno la hoja informativa de su tratamiento activo.
- La optimización de la adherencia al tratamiento de hepatitis C en este centro se consigue gracias a la administración directamente observada (TDO) que constituye el pilar fundamental del centro (todos los tratamientos de hepatitis C se administran directamente observados).

Resultados

- En 2014 en el CSP Urbi Basauri el 9% de la población reclusa estaba infectada por VHC.
- Se han tratado 14 presos, todos varones. El genotipo predominante ha sido G1A (57%), el 28% G3 y el 15% G1B. La duración media de tratamiento ha sido de 16 semanas. El 93% ha completado el tratamiento en prisión.
- Se han realizado 56 consultas no presenciales con los servicios de hepatología y enfermedades infecciosas, por lo que se ha minimizado significativamente el número de traslados al hospital de referencia.
- La tasa de adherencia al tratamiento de hepatitis C en el CSP ha sido del 100%, gracias a la administración de los antivirales directamente observado (TDO).

Conclusiones: la constitución de la Organización Sanitaria Integrada en el marco que generó la transferencia de la sanidad penitenciaria a la comunidad autónoma, junto a la puesta en funcionamiento del depósito de medicamentos en el CSP, han posibilitado nuevas estrategias en el abordaje del tratamiento de pacientes con hepatitis C encarcelados. La administración directamente observada, la coordinación con los servicios de digestivo e infecciosas del hospital de referencia, la implicación del farmacéutico hospitalario y todos los profesionales del CSP, cimientan los pilares que han permitido un circuito óptimo de tratamiento de hepatitis C en prisión, tal y como muestran los resultados.

Palabras clave: programa cribado.

Educación para la salud en pacientes con hepatitis C en el medio penitenciario

Alonso-Gaiton P^{1,7}, Varoucha AC^{2,7}, Font-Canals R^{3,7},
Caballero-Sáez I^{4,7}, Baldrich MC^{5,7}, Vargas-Laguna M^{6,7}

¹Centro Penitenciario Brians 2

²Centro Penitenciario Quatre Camins

³Hospital Universitari Mutua de Terrassa

⁴Consorti Sanitari de Terrassa

⁵Pius Hospital de Valls. Valls

⁶Hospital Joan XXII de Tarragona

⁷Grup de recerca d'infermeria en hepatitis (GRIHep)

Objetivos: describir el grado de satisfacción de los reclusos después del taller formativo sobre hepatitis C (VHC) en dos centros penitenciarios de la provincia de Barcelona.

Método: estudio descriptivo a través de un cuestionario de elaboración propia, auto administrado a todos los reclusos que participaron en el taller formativo sobre el VHC entre octubre y noviembre de 2016 en dos centros penitenciarios de Barcelona. El material formativo estaba basado en la Guía elaborada por el grupo de Enfermeras Especialistas en VHC: GRIHep. La encuesta constaba de 11 preguntas cerradas tipo Likert del 1 al 10, donde se preguntaba sobre diferentes aspectos de la información recibida, y una pregunta abierta para sugerencias. Se recogieron datos sociodemográficos y de estancia en el centro. Estadística descriptiva con medias y desviación estándar (DI).

Resultados: participaron 20 reclusos con una media de edad de 38,6 años. El tiempo medio de reclusión en el momento de la sesión fue de 1.179 días. Los internos valoraron con 9,6 (DI: 0,8) la información que recibieron sobre la hepatitis C, con un 9,6 (DI: 0,8) si había sido clara, útil con un 9,7 (DI: 0,6), si había mejorado sus conocimientos sobre la enfermedad con un 9, (DI: 2,1), si mejorará el cumplimiento de la medicación 9,3 (DI: 2), la mejora del estilo de vida gracias a la información recibida 9,1 (DI: 2). Los reclusos valoraron la información impartida por la Enfermera Penitenciaria con una puntuación media de 9,8 (DI: 0,5). A la vez solicitaron más información sobre los nuevos Antivirales de Acción Directa (AAD), vías de transmisión y precauciones a tener en cuenta hacia la familia.

Conclusiones: el taller de VHC ha sido la primera experiencia en Educación para la salud en hepatitis C que se realiza en estos centros penitenciarios. El grado de valoración y satisfacción por parte de los reclusos ha sido alto, así como la formación realizada por la enfermera penitenciaria. Creemos que sería oportuna la realización de nuevas sesiones sobre VHC así como otros talleres de Promoción de hábitos saludables, de especial relevancia en la enfermería penitenciaria.

Palabras clave: hepatitis C; prisiones; educación para la salud; enfermería penitenciaria.

Eficiencia de un programa de telemedicina en el manejo de la hepatitis C en población reclusa

Mateo-Soler M¹, Cobo C¹, Blasco AJ², Llerena S³, Crespo J⁴, Lázaro P²

¹Centro Cis José Hierro. CP Dueso

²Investigador Independiente en Servicios de Salud. Madrid

³Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación de Valdecilla Idival. Santander

⁴Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria

Objetivos: evaluar la eficiencia de un programa de telemedicina (PTM) en el manejo de la infección por virus de la hepatitis C (VHC) en población reclusa.

Métodos: estudio de evaluación económica mediante la construcción de un modelo de árboles de decisión. El ámbito es el centro penitenciario El Dueso (Cantabria). El horizonte temporal es un año. Una rama del árbol de decisión reproduce la aplicación real del PTM en los reclusos ingresados de enero a diciembre de 2016, y la otra rama reproduce lo que habría ocurrido en la práctica clínica habitual (PCH). Se asume que los resultados clínicos son los mismos con ambas estrategias, por lo que sólo se comparan los costes, y en consecuencia se trata de un análisis de minimización de costes. Se ha utilizado la perspectiva del sistema de salud, que sólo considera los costes directos; y la perspectiva social, que además incluye los costes indirectos. Como costes directos se han considerado costes médicos (consultas al especialista, analíticas, ecografías, fibroscan, gastroscopias) y no médicos (traslados al hospital). Los costes indirectos son los derivados de las horas laborales perdidas por los reclusos en su trabajo en la prisión.

Resultados: ingresaron 821 reclusos, 81 con viremia positiva de VHC (9,9%). Cuatro fueron puestos en libertad antes de la primera consulta, por lo que la cohorte se compone de 77 pacientes. En el PTM el coste medio por paciente es 1.285,4 euros, siendo 1.239,8 euros (96,4%) costes directos y 47,6 (3,6%) costes indirectos. En la PCH, estos costes son 2.209,2 euros, 1.971,8 (89,3%) y 237,4 (10,7%), respectivamente. Con el PTM se produce un ahorro medio por paciente de 923,8 euros (41,8%), que supone un ahorro total en la cohorte de 71.132 euros (56.442 euros en costes directos y 14.690 euros en costes indirectos). En el PTM el coste medio de las consultas al especialista es 908,4 euros (70,7%) y en la PCH es 724,0 euros (32,8%), este coste es mayor en el PTM porque participa el especialista del hospital y el médico de la prisión. En el PTM el coste medio derivado de los traslados al hospital es 162,2 euros (12,6%) y en la PCH es 1.079,6 euros (48,9%).

Conclusiones: el PTM es la estrategia más eficiente debido al ahorro que produce en los costes derivados de los traslados al hospital y en los costes indirectos, a pesar de que el coste de las consultas al especialista es mayor.

Palabras clave: hepatitis C; telemedicina; eficiencia; costes.

Análisis descriptivo de los pacientes coinfectados con VIH-VHC tratado con nuevos antivirales de acción directa para el VHC y su eficacia en un centro penitenciario

Nogales M¹, Portu J^{1,2}, Velasco R^{1,2}, López de Arkaute A^{1,2}, Roy I^{1,2}, Vargas A^{1,2}

¹Centro Penitenciario Araba

²Hospital Universitario de Araba

Objetivos: describir las características de los pacientes coinfectados con VIH-VHC tratados con los nuevos antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de la infección crónica por el VHC en un centro penitenciario y conocer la eficacia de los mismos.

Métodos: estudio descriptivo observacional realizado en una prisión de aproximadamente 650 internos.

Se revisaron las historias clínicas y prescripciones electrónicas de los pacientes coinfectados del centro que habían recibido o estaban recibiendo tratamiento con los AAD entre 1/01/2015 y 11/09/2017. Se analizó la edad, género y respuesta virológica obtenida a las 12 semanas de terminar el tratamiento (RVS12) según los medicamentos recibidos. Están siendo tratados todos los pacientes del centro con un grado de fibrosis (GF) entre F2 y F4, a la espera de tratar a los que tienen un GF F1-F0.

Resultados:

De un total de 54 pacientes tratados con los AAD, 27 pacientes (50%) fueron coinfectados (de los cuales el 88,8% eran varones con una edad media de 45,9 años).

- Entre los 27 coinfectados se observaron los siguientes resultados:
 - 11 pacientes (40,7%) presentaron una infección por genotipo 1, 11 por el genotipo 3 (40,7%) y 5 por genotipo 4 (18,6%).
 - De estos 27 pacientes, 9 (33,3%) habían sido tratados previamente. De estos 9, 3 fueron no respondedores al tratamiento con interferón pegilado (peg-IFN) + ribavirina (RBV), 1 no respondió a la terapia con inhibidores de la proteasa de primera generación y 1 abandonó el tratamiento con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir + RBV por reacciones adversas. 4 fueron reinfecciones en pacientes previamente tratados y curados.
- El tratamiento que recibieron fue el siguiente:
 - 13 (48,1%) recibieron tratamiento con paritaprevir + ombitasvir + RBV ± dasabuvir (12 de los cuales alcanzaron RVS12 y 1 salió del centro y se desconoce la respuesta final, pues la carga viral a final de tratamiento fue indetectable).
 - 3 pacientes (11,1%) recibieron tratamiento con sofosbuvir (SOF) + simeprevir (SIM) ± RBV, de los cuales 2 obtuvieron una RVS12 y uno fue un fracaso intra-tratamiento (*breakthrough*-rebote de carga viral).
 - 3 pacientes (11,1%) recibieron tratamiento con peg-IFN+RBV+SOF, obteniendo todos ellos una RVS12.
 - 7 pacientes (25,9%) recibieron tratamiento con SOF + daclatasvir (DAC) ± RBV, alcanzando todos una RVS12.
 - Actualmente, 1 paciente está siendo tratado con SOF-ledipasvir.

Conclusiones: la mitad de los pacientes tratados con los AAD en esta prisión fueron pacientes coinfectados.

La tasa de eficacia de los AAD en los pacientes coinfectados en los que se pudo hacer seguimiento de la RVS12 en este centro penitenciario fue del 96%, lo que se aproxima a las tasas observadas en el resto de la población.

Palabras clave: VHC; antivirales; eficacia; coinfección.

Disminución, casi eliminación, de la carga viral del VHC en la población de un centro penitenciario desde la aplicación del plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C crónica en el Sistema Nacional de Salud (PEAH)

Jiménez-Galán G, Jiménez G, Alía C, García R, Huerta C, de Diego S, Otero C

Centro Penitenciario Madrid IV-Navalcarnero

Objetivo: analizar la disminución de la prevalencia de la hepatitis C crónica en la población de un centro penitenciario aplicando el PEAH mediante la cuantificación de la carga viral.

Metodología: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

- Muestra: pacientes tratados por hepatitis C crónica a partir del registro de tratamientos del centro penitenciario.
- Variables: anticuerpos Anti-VHC, Carga Viral VHC positiva, genotipo, grado de fibrosis y tratamientos con AAD.

Se realizaron dos cortes. El primero el 30 de Noviembre de 2014 y el segundo el 31 de diciembre de 2017.

Resultados: en este periodo de tiempo han sido tratados el 93,5% (130/139) de los pacientes con hepatitis C crónica, 28 pacientes durante el año 2015, 38 en año 2016 y 64 en el año 2017. Alcanzaron RVS (S+12) 89 pacientes (95,7%), presentaron recidiva 3 pacientes, 1 fracaso virológico en la semana fin de tratamiento (S12), ninguna reinfección y 2 hepatocarcinomas en pacientes cirróticos con RVS.

El 30 de Noviembre de 2014, con una población de 1.195 internos y una cobertura de control analítico del 92%, se observó una prevalencia de anticuerpos anti-VHC positivos del 16,3% (n = 195) y carga viral VHC positiva del 12,2% (n = 139). El 31 de diciembre de 2017, con una población de 1071 internos y una cobertura de control analítico del 90%, se observó una prevalencia de Anticuerpos Anti-VHC positivos del 15,5% (n=166) y de Carga Viral VHC positiva del 1,12% (n = 12).

Conclusiones

- El descenso de la carga viral, desde la aplicación del PEAH, del 12,2% al 1,12%, supone un importante beneficio epidemiológico.
- El cribado poblacional que se hace al ingreso en el centro penitenciario, la realización del estudio completo, en el caso de los pacientes con RNA positivo, en la prisión (carga viral, genotipo y fibroscan) y la posterior derivación al especialista para la prescripción del tratamiento contribuyen a la eliminación-erradicación de la hepatitis crónica por virus C en los centros penitenciarios.

Palabras clave: prisiones; carga viral; hepatitis C; prevalencia.

Interacciones entre los antivirales de acción directa para tratar el virus de la hepatitis C y el tratamiento habitual en pacientes institucionalizados en prisión

Nogales M, Marijuan FJ, Errasti A, González-Casi MJ,
López de Arkaute A, Royo P

Centro Penitenciario Álava

Introducción: la comprobación de las interacciones farmacológicas de los antivirales de acción directa con los medicamentos que el paciente toma habitualmente es fundamental para evitar la ineficacia del tratamiento antiviral y las posibles reacciones adversas derivadas de dichas interacciones.

Objetivo: describir las interacciones farmacológicas encontradas entre los nuevos antivirales de acción directa (AAD) para tratar el virus de la hepatitis C (VHC) y el tratamiento habitual en pacientes que van a comenzar tratamiento en prisión.

Material/Métodos: el período de análisis fue 01/01/2015-20/10/2017.

Los pacientes institucionalizados en esta prisión comparten la misma estrategia de tratamiento que los pacientes no institucionalizados de la comunidad autónoma.

El tratamiento habitual del paciente se consultó en la prescripción electrónica y se comprobó la presencia de interacciones de estos medicamentos¹ con los AAD en la página web <http://www.hep-druginteractions.org/>. Se sustituyó/suspendió el tratamiento habitual en caso de interacción mayor.

Resultados: 54 pacientes fueron tratados durante el período de estudio (85,1% hombres), con una edad media de 44,8 años (rango 27-66). En cuanto al genotipo 18 pacientes eran 1a, 16 genotipo 3, 14 genotipo 4, 5 genotipo 1b, y 1 tenía un genotipo mixto 1-3. El 50,9% de los pacientes tenían una coinfección por VHC-VIH.

Se trataron a todos los pacientes que tenían un grado de fibrosis entre F2 y F4 de la prisión: el 44,4% (n=24) tenían un grado de fibrosis F4, 24,1% (n=13) tenían F3, 30% (n=16) un grado F2 y 1,8% (n=1) tenía F1.

Se encontraron 28 interacciones, 13 de los cuales fueron interacciones con el tratamiento antirretroviral: 3 interacciones rilpivirina-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (se cambiaron por raltegravir), 2 lopinavir-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (se cambió a raltegravir y el otro a darunavir), 1 lopinavir-simeprevir (se modificó por raltegravir), 2 efavirenz-daclatasvir (uno se cambió a rilpivirina y otro a raltegravir), 1 efavirenz-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (se modificó por darunavir), 1 efavirenz-simeprevir (se cambió a rilpivirina), 1 fosamprenavir-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (se modificó por darunavir), 1 etravirina-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (se suspendió y se dejó en biterapia por resistencia a otros fármacos), 1 etravirina-daclatasvir (se cambió por abacavir/lamivudina).

Hubo 7 interacciones de quetiapina-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± dasabuvir, sustituyéndolo en todos los casos por fármacos con efecto sedativo.

Asimismo, se suspendió pantoprazol en una paciente por interacción con ledipasvir.

Igualmente, se sustituyó salmeterol/fluticasona inhalado por formoterol/beclometasona en un paciente por interaccionar con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir.

También se sustituyó gemfibrozilo por fenofibrato por interaccionar con dasabuvir en una paciente.

Hubo 5 discontinuaciones de ritonavir de los regímenes con inhibidores de la proteasa para evitar duplicidades con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir.

5 pacientes de los 13 que cambiaron su TAR volvieron al inicial por petición propia. 8 pacientes se quedaron con el TAR modificado: 4 por simplificación y 4 por mejora de la tolerancia.

Conclusiones: el 40,7% de los pacientes modificaron su tratamiento habitual antes de comenzar a tratarse con los AAD. El elevado porcentaje de pacientes coinfectados por el VHC-VIH y el aumento de las enfermedades mentales en prisión hacen que tengamos especial precaución con las interacciones entre el TAR y la medicación psiquiátrica con los AAD, las cuales son muy elevadas con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (21 interacciones de 28).

Palabras clave: Interacciones; antivirales; VHC; tratamiento.

Prevalencia y factores predictivos de infección genital por *Chlamydia trachomatis* en población penitenciaria mayor de 25 años de Cataluña

Marco-Mouriño A¹, Carnicer D², Yela E^{3,4}, Puig L^{3,4}, Balsells R^{4,5}, Prats M⁵, Ruíz A⁵, Quiroga T⁶, Mangues T⁵, Tarrés Y², Gramunt J³, González V⁷, López E⁷, Domenech N³, Guerrero RA⁸, Turu E⁸

¹Programa de Salud Penitenciaria

²Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat. Barcelona

³Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP). Homes de Barcelona

⁴EAPP Sant Esteve de Sesrovires 1. Barcelona

⁵EAPP Sant Esteve de Sesrovires 2. Barcelona

⁶EAPP Dones. Barcelona

⁷CEESCAT

⁸Programa de Sanitat Penitenciària

Objetivo: determinar la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* (CT) en la población penitenciaria con edad comprendida entre los 25 y 65 años, los factores de riesgo y la práctica de la notificación a parejas.

Métodos: estudio transversal con muestra aleatoria estratificada por centro (Brians 1, Brians 2, Modelo, Wad Ras), grupo de edad (25 a 35 y 36 a 65 años) y sexo (hombre, mujer). En una población de 3.325 individuos con una prevalencia estimada del 4%, se calculó necesaria una muestra de 1.498 participantes a los cuales no se les hubiera practicado el estudio en el mes anterior. Se recogió una muestra de orina para determinar el DNA de CT mediante técnica Anyplex CT/NG Seegene en pools de 4 muestras y se completó con una encuesta que recogía con variables socio-demográficas, de factores de riesgo y de práctica de notificación a parejas.

Resultados: en el estudio participaron 1.469 individuos (95 mujeres y 1374 hombres) con una mediana de edad de 40 años (rango: 25-65). La mitad eran extranjeros, fundamentalmente de América Latina y Oriente Medio. El 83% (1.204) tenían estudios primarios o secundarios y el 95% (1.397) se declaró heterosexual.

La prevalencia de CT fue del 1,02% afectando a 15 hombres heterosexuales. El único factor asociado independientemente a la infección por CT fue el tener relaciones sexuales con parejas esporádicas dentro o fuera de prisión.

Entre los 1.469 participantes, 93 (6%) manifestaron haber tenido alguna infección de transmisión sexual (ITS) en los 12 meses anteriores a la encuesta. La notificación a alguna de las parejas sexuales, sobre su exposición a las ITS, se realizó "cara a cara" en 81 (87%) ocasiones. Sólo 32 (34%) respondieron por qué no lo notificaron a alguna de sus parejas sexuales y la principal razón fue tener vergüenza y miedo a la reacción (12%).

Conclusiones: la prevalencia de CT en población penitenciaria mayor de 25 años es muy baja por lo que el cribado sistemático de CT en esta población no estaría indicado. La promoción del uso del condón debe reforzarse en caso de relaciones con parejas esporádicas.

Ante un diagnóstico de ITS, los profesionales sanitarios deberían disponer de las herramientas necesarias para convencer y facilitar la práctica de la notificación a las parejas sexuales de los afectados.

Palabras clave: prevalencia; infección de transmisión sexual; conductas de riesgo; factores predictivos.

Tratamiento de la infección por VHC en reclusos coinfectados por el VIH. Seguimiento conjunto por médicos de prisiones y una unidad hospitalaria de medicina interna

Fernández-Montesinos P, Quiñonero JT, Pérez A, Romero J, Albendín H, Pérez-Salvador A, Galera C

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivo: analizar las características clínicas y epidemiológicas de los reclusos coinfectados por VIH y VHC valorados en la unidad VIH/Medicina interna del HUVA desde 1/1/2015 al 31/12/2017.

Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes coinfectados por VIH y VHC, remitidos para valorar inicio de tratamiento del VHC con los nuevos antivirales de acción directa (AAD). La indicación de tratamiento fue consensuada entre los internistas de la unidad y los médicos de la prisión. La medicación, recogida en la farmacia hospitalaria por el farmacéutico de la prisión, era administrada en su centro, bajo supervisión médica. Se realizaron analíticas al final del tratamiento y al menos en la semana 12 postratamiento.

Resultados: se valoraron 56 pacientes, 49 con hepatitis C replicativa. Se inició tratamiento en 35/49 (71%): 34 varones, 46 años de media, 6 con criterios de SIDA. Por genotipos: 18 G1, 1 G2, 11 G3, 4 G4 y 1 coinfectado por genotipos 1 y 4. Según grado de fibrosis: 4 pacientes (12%) F0-1, 14 (40%) F2, 11 (31%) F3 y 6 (17%) F4/CI. Sólo 5 habían recibido tratamiento previo con peginterferon y ribavirina: 4 sin respuesta y una recaída. Tratamientos administrados: ledipasvir/sofosbuvir a 19 pacientes (G1 y G4), daclatasvir/sofosbuvir a 9 (todos G3), velpatasvir/sofosbuvir a 5 (G 1, 2 y 3), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir a 2 pacientes (G4 y 1). Cuatro recibieron ribavirina, y sólo 2 precisaron 24 semanas de tratamiento; el resto, 12 semanas.

De los 30 tratamientos finalizados, sólo hubo una recaída: paciente cirrótico con hepatocarcinoma, genotipo 1a con mutación NS5A-D30, rescatado con sofosbuvir y elbasvir/grazoprevir más ribavirina durante 24 semanas, con respuesta viral sostenida (RVS). Hubo 1 pérdida de seguimiento al salir en libertad un paciente sin controles postratamiento. Por tanto, 29/30 pacientes (96,6%) obtuvieron el objetivo de RVS.

Precisaron cambio en el TAR 16 pacientes y se trató con AAD a 2 controladores de élite sin TAR. Los únicos efectos secundarios fueron: anemia e hiperbilirrubinemia leves, sin precisar suspensión.

Conclusiones: se ha tratado al 71% de los pacientes presos coinfectados por VIH y VHC remitidos para valoración. La tasa de respuesta viral sostenida fue similar a la descrita en la población general y la tolerancia, excelente. La colaboración entre médicos de prisiones y del hospital fue esencial para el éxito del tratamiento.

Palabras clave: coinfección; presos; VIH; VHC.

Estudio descriptivo de la situación de tratamientos con antivirales de acción directa para el virus de la hepatitis C en los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria

Espinosa-García MI¹, Oms-Arias M¹, Molina-Lázaro A¹,
Pedraza-Gutiérrez A², Valdés-Domenech G², Romaguera-Liso A³

¹Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament. ICS. Barcelona

²Servei de Farmàcia Direcció Atenció Primària Costa de Ponent. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

³Direcció Atenció Primària Costa de Ponent. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Objetivo: analizar la utilización de antivirales de acción directa para el tratamiento de la Hepatitis C crónica en Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP), comparándolas con datos de pacientes extrapenitenciarios (EXT).

En 2014, la atención sanitaria de los centros penitenciarios (CP) que dependía de Justicia se traspassa a la Red de Atención Primaria (RAP). Con la aparición de los nuevos tratamientos para la hepatitis C, se crea un circuito para la prescripción en los EAPP. Se crea una base de datos para el seguimiento de los tratamientos y se compara con datos de población extrapenitenciaria. Tipo de estudio: descriptivo, multicéntrico. Ámbito de estudio: 10 EAPP de una comunidad autónoma que atienden a 7.735 internos. Población diana: pacientes tratados de hepatitis C en los EAPP (n = 424).

Población comparativa: pacientes tratados de hepatitis C en los hospitales de la misma comunidad autónoma (n = 10.354). Periodo de estudio: octubre-14 a mayo-17. Variables: genotipo, grado de fibrosis, tratamiento, duración y respuesta viral sostenida (RVS). Para medir la significación estadística de las diferencias se utiliza la prueba Chi cuadrado.

Resultados: en los EAPP se han tratado 424 pacientes. El genotipo mayoritario es el 1a/1b 57% en EAPP y 73% en EXT (p <0,001). El grado de fibrosis en EAPP se reparte en 31,7% F4; 30,8% F3; 32,2% F2 y 5,3% F0-F1 y en EXT: 42% F4; 24,8% F3, 24,4% F2 y 8,9% F0-F1 (p <0,001 en % F2). El tratamiento más utilizado ha sido sofosbuvir/ledipasvir (48,6% EAPP y 48,5% EXT) y la duración más habitual, 12 semanas (81,6% EAPP y 79,2% EXT). La tasa de RVS es del 94,9% EAPP y 93,8% EXT. El % pacientes coinfectados con HIV es del 50,8% EAPP y 19,9% EXT (p <0,001).

Conclusiones: la RVS, el tratamiento utilizado y la duración son similares en EAPP y en EXT. El genotipo 1a/1b es el mayoritario en los dos casos aunque en diferentes proporciones. Una tercera parte de los pacientes tratados en EAPP es F2 mientras que sólo suponen una cuarta parte de los EXT. En EAPP la mitad tiene coinfección mientras que en EXT sólo una cuarta parte.

Palabras clave: antivirales; hepatitis; prisiones; EAPP.

Modificaciones del tratamiento antirretroviral en reclusos coinfectados por VIH-VHC que inician tratamiento con AAD frente al VHC

Galera-Peñaranda C, Pérez-Salvador A, Fernández-Montesinos P, Zapata M, Albendin H, Quiñonero JT

Huv Arrixaca

Objetivo: analizar las modificaciones realizadas en el TAR en pacientes coinfectados por el VIH y VHC, procedentes de las prisiones de la Región de Murcia, antes de iniciar tratamiento frente al VHC. Valorar la repercusión del cambio, en el control de la infección por el VIH, y la evolución del nuevo TAR una vez completado el tratamiento del VHC.

Método: en la valoración de los pacientes coinfectados remitidos para tratamiento del VHC, se analizan las posibles interacciones del tratamiento antirretroviral frente al VIH con los posibles tratamientos del VHC. Como referencia de consulta usamos la página web de interacciones de la Universidad de Liverpool (www.hep-druginteractions.org) y las indicaciones de ficha técnica de cada uno de los fármacos. Se modificó el TAR en aquellos pacientes donde era necesario para poder pautar un tratamiento del VHC sin interacciones graves.

Resultados: se han valorado un total de 56 pacientes procedentes de prisión para recibir tratamiento del VHC, 35 de ellos han iniciado el tratamiento del VHC, y en 17 ha sido necesario modificar el TAR (48,6%), incluido un retratamiento tras recaída. Los cambios más frecuentes han sido 8 pacientes que tomaban TFV/FTC + Efavirenz (2 cambiaron a 3TC/ABC/DTG, 4 a TFV/FTC + DTG, 1 a TFV/FTC + Rilpivirina y 1 a TFV/FTC + Raltegravir); y 8 pacientes que tomaban un I Proteasa potenciado (3 cambiaron a una integrasa bien Raltegravir bien Dolutegravir; 3 suspenden TFV durante el tratamiento del VHC, 1 pasa de DRV/r a DRV/cobicistat, 1 suspende RTV para usar 2D), y finalmente un paciente con TFV/FTC/elvitegravir/cobicistat pasa a TAF/FTC/elvitegravir/cobicistat. La carga viral del VIH tras la modificación del TAR se mantuvo <50 cop/ml en todos salvo un paciente con viremia entre 50 y 200 cop/ml. Tras finalizar el tratamiento del VHC la viremia se mantuvo <50 cop/ml, excepto un blip de 400 cop/ml en un paciente que tomaba Triumeq. Los cambios que implicaron modificar Efavirenz o un I Proteasa por un inhibidor de la integrasa, se han mantenido tras completar el tratamiento con AAD.

Conclusiones: el tratamiento con Efavirenz y con I Proteasa potenciados con ritonavir son los que han sido modificados más frecuentemente por su mayor número y gravedad de interacciones. Estos cambios no comprometieron el control de la viremia del VIH ni la respuesta al tratamiento del VHC. Tras finalizar el tratamiento con AAD, los cambios a un tratamiento antirretroviral que incluía un Inhibidor de la integrasa se han mantenido.

Palabras clave: antivirales de acción directa; hepatitis C; tratamiento antirretroviral; interacciones.

Interacciones farmacológicas en pacientes VIH con sus tratamientos habituales

Touzón-López C, Pubill M, Paredes V

Centro Penitenciario Lledoners

Objetivo: la edad media de los pacientes VIH ha ido aumentando de forma progresiva desde la introducción de TARGA en el arsenal terapéutico, aumentando así las comorbilidades y consecuentemente el consumo de fármacos habituales. El objetivo del estudio es conocer las posibles interacciones medicamentosas en pacientes infectados por VIH institucionalizados en un centro penitenciario de hombres de Cataluña entre fármacos habituales y los retrovirales. Se estima que entre 5-10% de pacientes VIH reciben combinaciones de medicamentos formalmente contraindicados.

Métodos: se realiza un estudio descriptivo transversal de 37 pacientes infectados por VIH visitados en el Programa VIH del CP Lledoners durante los meses de abril, mayo y junio de 2017, valorando el tratamiento habitual que recibían durante ese periodo y las posibles interacciones medicamentosas con los fármacos retrovirales según www.hiv-druginteractions.org. Se valora los siguientes ítems: edad, sexo, número de fármacos por paciente, interacciones farmacológicas si las hubiera y de que severidad (baja evidencia, potencial evidencia y contraindicada).

Resultados: se analizaron 37 pacientes VIH, en su totalidad varones (CP hombres). El 70,27% recibían más de cinco fármacos (además de los retrovirales correspondientes), resultando el 37,82% antidepresivos, antipsicóticos el 21,35%, analgésicos 17,13%, hipolipemiantes 13,37% e hipotensores 10,33%. Se identificaron interacciones farmacológicas en el 100% de los pacientes, resultando de baja evidencia un 30,02%, potencial evidencia un 42,17% y contraindicadas en el 27,81%.

Conclusiones: a pesar de realizar revisiones de las pautas de tratamiento de forma minuciosa en el Programa VIH, el hecho que existan otros prescriptores en el CP, condiciona la prescripción de fármacos que pueden presentar interacciones medicamentosas de diversa severidad con los tratamientos retrovirales y estar en algunos casos incluso contraindicadas. Destaca de forma relevante la prescripción de fármacos psicotrópicos que dadas las propias características de los pacientes (privación de libertad) son prescritos con frecuencia. Siendo de vital importancia la identificación de estas interacciones de potencial evidencia y contraindicadas para evitar posibles complicaciones.

Palabras clave: interacciones; VIH; tratamiento habitual.

Eficacia, discontinuación y tasa de reinfección post respuesta viral sostenida tras 15 años (2002-2016) de tratamiento de la hepatitis C crónica en reclusos de Cataluña

Marco-Mouriño A, Guerrero RA, Turu E

GRUMIP. Instituto Catalán de la Salud

Objetivo: calcular las tasas de eficacia, discontinuación y reinfección tras 15 años de tratamiento de la hepatitis C crónica en las prisiones de Cataluña.

Métodos: se analizan todas las prescripciones de tratamiento realizadas durante 2002-2016, calculando la eficacia (RVS) por análisis de intención de tratar (ITT) global y por tipo de tratamiento (A: interferón pegilado más ribavirina; B: lo anterior más boceprevir o telaprevir; y C) tratamientos libres de interferón). También se calcula la tasa de discontinuación por tipo de tratamiento y la tasa de reinfección por 100 pacientes/año (pa) en los casos con RNA-VHC post-RVS.

Se caracterizaron las variables sociodemográficas y clínicas mediante medias y desviación típica para las variables continuas, y mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las variables discretas. Las diferencias entre grupos fueron exploradas mediante pruebas t para datos independientes en caso de variables continuas y pruebas chi cuadrado para variables discretas.

Resultados: hubo 1.264 prescripciones (1.038 casos tratados 1 vez, 110 tratados 2 veces y 2 pacientes tratados 3 veces) para 1.150 pacientes. Edad media: $39,2 \pm 8,2$ años (rango 21-67). El 95,1% eran hombres, el 87,4% de nacionalidad española, el 74,5% con antecedente de uso de drogas intravenosas (UDI) y el 30,5% estaban infectados por VIH. Además, el 85,3% presentaban genotipo 1 y/o 3, y el 73,9% fibrosis ≥ 3 (el 38,3% eran cirróticos).

La RVS global fue del 82,8% (62% con peginterferon más ribavirina; 65,1% con lo anterior más boceprevir o telaprevir; y 93,6% con pautas libres de interferón; $p < 0,001$). La tasa de discontinuación con ese tipo pautas fue del 18,9%, 25,6% y 3,7%, respectivamente; $p < 0,001$.

Se pudo comprobar la posible reinfección en 602 pacientes, observándose 62 (10,3%) reinfecciones (tasa de incidencia: 2,39 por 100 pa). El tiempo medio de seguimiento fue de 1.305,42 días (3,6 años). Todas las reinfecciones ocurrieron en pacientes UDI (13,9% de los tratados; tasa de incidencia: 3,90 por 100 pa).

Conclusiones: el tratamiento de la hepatitis C en las prisiones de Cataluña ha mostrado ser altamente eficaz. La discontinuación con las terapias libres de interferón son bajas. La reinfección sólo ocurre en UDIs, con una tasa de incidencia moderada (3,90 por 100 pa), pero que precisaría la implementación de estrategias específicas para ser reducida.

Palabras clave: prisión; hepatitis C; eficacia; reinfección.

Análisis de las causas de no tratamiento del VHC en reclusos coinfectados VIH-VHC, en la era de los AAD

Fernández-Montesinos P¹, Quiñonero JT^{1,2}, Ferrer J^{1,2},
Pérez-Salvador A^{1,2}, Albendín H^{1,2}, Galera C^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

²Centros Penitenciarios Murcia I y II

Objetivo: analizar las causas que impiden iniciar tratamiento frente al VHC con antivirales de acción directa en reclusos coinfectados por VHC y VIH, valorados en la Unidad VIH del HUVA desde 1/1/2015 al 31/12/2017.

Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes coinfectados VIH/VHC, residentes en centros penitenciarios de Murcia, valorados para iniciar tratamiento frente al VHC. Análisis de las causas de no tratamiento.

Resultados: se han valorado 56 pacientes y no se ha iniciado tratamiento en 14 de los 49 pacientes con infección replicativa. Dicho grupo está formado por varones, caucásicos y españoles, excepto 1 senegalés de raza negra. Tienen 47 años de media y 8 de ellos (57%) tienen criterios de SIDA. Están infectados por VHC genotipos 1, 3 y 4 (10, 2 y 2 pacientes respectivamente) y el grado de fibrosis que presentan (escala Metavir) es F0-1 en 5 pacientes, F2 en 3, F3 en 2 y desconocida en 4 pacientes. 12 reclusos son naïve al tratamiento y 2 iniciaron terapia con peginterferón más ribavirina, sufriendo efectos adversos que obligaron a suspender tratamiento. Han confluído varias causas de demora en casi todos los pacientes: De los 14 no tratados, 10 no lo han hecho por haber salido en libertad, 2 por deseo expreso de no recibir tratamiento, 1 por enfermedad activa grave y 1 por error burocrático. Es importante comentar que de los 12 pacientes dispuestos a seguir la terapia, 3 presentaban enfermedad activa grave que no permitía iniciar los AAD -de ellos, 2 salieron en libertad y uno sigue con enfermedades concomitantes graves-. En otros 3 pacientes se pospuso el tratamiento por presentar un grado de fibrosis bajo, ya que hasta junio de 2017 no se financiaba en tratamiento en estos pacientes. Otros 3 reclusos salieron en libertad antes de plantear el tratamiento y 3 más sufrieron demora por estar pendientes de pruebas (en 2 casos el grado de fibrosis resultante fue bajo y el tercero salió en libertad antes de realizárselas).

Conclusiones: el 28% de los presos coinfectados remitidos a consulta para tratamiento del VHC no lo han iniciado. La principal causa fue la puesta en libertad o traslado del paciente. Las restricciones al tratamiento para los pacientes con bajo grado de fibrosis hasta junio de 2017 han podido influir en estos resultados. Sin embargo, el internamiento en prisión es una oportunidad única para el control y tratamiento del VHC, así como de otras enfermedades transmisibles.

Palabras clave: coinfectados; VIH; VHC; presos.

Descripción de una cohorte de pacientes infectados por VIH que ingresan en una Unidad Penitenciaria

Molina-Cifuentes M, Castillo-Navarro AM, Garre-García A,
Galían-Ramírez JD, Albendín-Iglesias H, Galera-Peñaranda CE

Hospital Virgen de la Arrixaca

Objetivos: conocer las características de la población VIH, estadio de la enfermedad, grado de control y seguimiento de los enfermos que ingresan en la Unidad Penitenciaria del Hospital Universitario Clínico Virgen de la Arrixaca (HUCVA) de Murcia en los últimos 4 años.

Métodos: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo a través del informe clínico de alta de los pacientes que ingresaron en la unidad desde enero de 2014 a diciembre 2017. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, motivo de ingreso, estancia media hospitalaria, estadio de la infección por VIH, carga viral y estado inmunológico, adherencia al tratamiento y al seguimiento ambulatorio. Así mismo, se recogieron datos si el motivo de ingreso estaba en relación con la enfermedad o si era independiente de la misma y si los pacientes padecían infección por VHC.

Resultados: se analizaron las características de 25 pacientes en el periodo de tiempo señalado, que incluyendo los reingresos, suponía una media de 10 hospitalizaciones/año. Con respecto al sexo, el 92% de los pacientes eran varones, calculando una edad media de la población de 43,9 años.

En cuanto a la fase de la enfermedad, el 52% presentaba estadio C3, 24% eran B2 y 16% de los pacientes B3. El resto se dividían de forma similar entre los estadios B1 y A2. Una buena adherencia terapéutica se recogió en el 68% de los casos, en un 12% la toma de medicación fue errática, registrándose periodos de abandono del tratamiento y 5 pacientes (20%), reconocía no tomar el tratamiento antirretroviral persistentemente.

El grado de control de la enfermedad recogido fue: 52% tenían carga viral indetectable en los 6 meses previos al ingreso, 40% de los pacientes presentaban carga viral perceptible y en 2 casos se observaba disparidad en relación a la toma irregular del tratamiento. Con respecto al estado inmune de los pacientes, el 64% tenían linfocitos CD4 por encima de 250 y 9 pacientes estaban por debajo de esta cifra.

Finalmente entre ingresados observamos coinfección con virus hepatotropos, presentando el 72% estaban coinfección por VHC, el 8% por VHB y el 12% conjuntamente por VHB y VHC, existiendo solo dos casos que no presentaban coinfección alguna.

De todos los pacientes se mantuvo seguimiento ambulatorio posterior al ingreso en 21 de ellos.

Conclusiones: entre los enfermos VIH que ingresan en la Unidad Penitenciaria se observa que en su mayoría son varones, de edad media y presentan un avanzado estadio de la enfermedad, siendo el subtipo C3 el más frecuente. Por otra parte, presentan en su mayoría buen control de la enfermedad, con supresión de CV en gran parte del grupo que a su vez se asocia con un adecuado estado inmune, continuando con seguimiento ambulatorio posterior al alta presente en gran parte de ellos.

Palabras clave: infección; VIH; coinfección.

Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hepatitis C crónica en población reclusa

Marco A¹, Domínguez-Hernández R², Casado MA²

¹Instituto Catalán de la Salud

²Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia. Madrid

Objetivos: la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en las prisiones españolas es 10 veces superior a la de la población general. Los antivirales de acción directa (AAD) consiguen la curación en un porcentaje de casos muy alto, evitando la transmisión de la enfermedad y reduciendo la prevalencia. Aunque las guías clínicas recomiendan priorizar el tratamiento de estos pacientes, aún hay muchos no tratados. El objetivo del análisis fue evaluar la relación coste-utilidad incremental (RCUI) de tratar con AAD a la población reclusa con VHC pendiente de tratamiento frente a la opción de no tratar.

Métodos: se desarrolló un modelo de Markov para proyectar la progresión de la enfermedad de una cohorte de 4.408 reclusos con VHC tratados con AAD independientemente del estado de fibrosis (F0-F4) en dos años (50% año 1 y resto año 2) frente a la misma cohorte sin tratamiento. La tasa promedio de respuesta viral sostenida fue del 95%. Las características basales de los pacientes se obtuvieron de estudios españoles publicados. Los pacientes no tratados progresan según la historia natural de la enfermedad. Las probabilidades de transición, utilidades, coste farmacológico y los costes asociados a la enfermedad se obtuvieron de la literatura y datos nacionales publicados. Bajo la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, con una tasa de descuento anual (3%) aplicada a costes y resultados en salud, se calculó la RCUI, a partir de los costes totales y los años de vida ajustados por calidad (AVAC), y los eventos clínicos evitados. Se realizaron análisis de sensibilidad (AS) univariantes.

Resultados: en la cohorte de pacientes tratados, en comparación con la de no tratados, se produciría una reducción del 87% de los casos de cirrosis descompensada y del 83% de carcinomas hepatocelulares, evitándose 132 trasplantes hepáticos y reduciéndose un 88% las muertes por causa hepática. El tratamiento se asoció con un incremento de 5,0 AVAC (21,2 vs. 16,2) y un coste adicional de 3.473€ (24.088 vs. 20.615€) por paciente, con una RCUI de 690€ por AVAC ganado. Los resultados del AS mostraron la robustez del análisis.

Conclusiones: el tratamiento con AAD en la población reclusa con VHC incrementa la supervivencia, mejora la calidad de vida y reduce la incidencia de complicaciones hepáticas. Además, es una estrategia coste-efectiva, al conseguir un coste por AVAC muy inferior al umbral de eficiencia utilizado en España (21.000-30.000€ por AVAC).

Palabras clave: coste-efectividad; hepatitis C crónica; prisiones; antivirales de acción directa.

Estudio retrospectivo sobre la eficacia de los tratamientos antivirales de acción directa para VHC

Pérez-Valenzuela A, Zúñiga-Martín J, Herrero-Rodríguez C

Centro Penitenciario de Jaén

Introducción: la prescripción de los antivirales de acción directa (AAD) en los centros penitenciarios es una cuestión esencial para conseguir la eliminación de la hepatitis C (VHC). Desde el año 2015 disponemos de un nuevo arsenal terapéutico que nos permite en poco tiempo alcanzar tasas de curación de la hepatitis C por encima del 90%.

Objetivos: determinar el perfil del paciente ingresado en nuestro centro penitenciario que inicia tratamiento frente al VHC.

Material/Métodos: estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión sistemática de historias clínicas, sobre los pacientes institucionalizados en el centro penitenciario de Jaén que iniciaron tratamiento frente VHC entre marzo 2016 y diciembre de 2017. Se determinaron variables clínico epidemiológicas: edad, sexo, consumo de tóxicos, tratamientos sustitutivos, genotipos, grado de fibrosis, AAD, adherencia y tasa de abandonos, respuesta viral sostenida (RVS) y respuesta final de tratamiento (RFT).

Resultados: se incluyeron 48 pacientes, de los cuales el 6,25% (3) eran mujeres y el 93,75% (45) varones. La media de edad fue de 44,85 años.

De los pacientes reclutados 15 reconocían haber tenido un consumo excesivo de alcohol y el 95,83% (46) el consumo de drogas por vía parenteral, negando cualquier consumo de tóxicos activo en la actualidad. En el momento del estudio 7 pacientes estaban en tratamiento opioide sustitutivo, 6 de ellos con metadona y 1 con buprenorfina/naloxona. El 27,08% (13/48) estaba coinfectado con VIH.

La distribución de genotipos globalmente fue: 45,83% de los pacientes (22) tenía genotipo 1, (el 81,82% de ellos (18) genotipo 1A), el 8,33% genotipo 2 (4); el 18,75% (9) genotipo 3 y el 27,08% (13) genotipo 4. En coinfectados VIH+VHC el 30,77% (4) genotipo 1; 15,38% (2) genotipo 2; el 15,38% (2) genotipo 3 y 38,46% (5) genotipo 4.

Respecto al grado de fibrosis: F0 14,58% (7), F1 39,58% (19), F2 16,66% (8), F3 20,83% (10), F4 8,33% (4) En cuanto al tratamiento del VHC, el 89,58% (43) era naive. De los 5 que había recibido tratamiento previamente, todos habían sido tratados con interferón pegilado+ribavirina El tratamiento utilizado fue: el 22,92%(11) fue tratado con EBR/GZR durante 12 semanas; 18,75% SOF/LDV durante 12 semanas; 12,5% RTV/PTV/OBV/RBV 12 semanas; 12,5% SOF/DCV 12 semanas, 8,33% GEL/PIB 8 semanas; 8,33% SOF/VEL 12 semanas; 6,25% SOF/LDV/RBV; 6,25% SOF/RBV y el 4,16% RTV/PTV/OBV/DSV 12 semanas.

En conjunto se asoció ribavirina a 12/48 pacientes.

En el momento del análisis, 11 pacientes aún no habían terminado el tratamiento por lo que en ellos no se pudo determinar RFT ni RVSx12.

De los 37 restantes tan solo se detectaron 5 abandonos de tratamiento (10,48% de la muestra).

De los pacientes que habían terminado el tratamiento el 86,48% de los pacientes consiguió RVSx12, detectándose 5 pérdidas de seguimiento por traslado. El 100% de los pacientes que finalizaron el tratamiento consiguieron RFT.

Conclusiones:

- El genotipo predominante en nuestros pacientes es el genotipo 1 (45,83%) seguido por el genotipo 4 (27,08%). Predomina un grado de fibrosis F1 en el 39,58% de la muestra.

- Aproximadamente un tercio de los pacientes está coinfectado con VIH+VHC, predominando en estos casos el genotipo 4.
- El 89,58% no había recibido tratamiento previo del VHC. El tratamiento más utilizado fue EBR/GZR en el 22,92% de los casos.
- Todos los pacientes que completaron el tratamiento consiguieron RFT, sin embargo por pérdida de seguimiento solo podemos determinar RVS en el 86,48%. La tasa de abandono fue del 10,48% en el momento del estudio. No hemos encontrado recidivas entre los pacientes incluidos en la muestra, durante el periodo estudiado.
- Con los nuevos ADD hemos observado una excelente eficacia y tolerabilidad sin diferencias entre pacientes mono infectados y coinfectados.

Palabras clave: tratamiento antiviral acción directa.

Salud mental. Programa puente extendido

Álvarez-Crespo R¹, López-Sánchez AM², Soler-Mateo M²

¹Centro de Inserción Social José Hierro

²Centro Penitenciario El Dueso

Introducción: existe un grupo de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) no diagnosticado o sin seguimientos comunitarios susceptibles de judicialización, altamente vulnerables por la escasa conciencia de enfermedad, falta de apoyo familiar y/o de recursos económicos, exclusión social, consumo de tóxicos...

Objetivo: el programa Puente Extendido de intervención psicosocial tiene como objetivo principal detectar de forma temprana trastornos mentales graves o que estén ya diagnosticados pero sin seguimiento comunitario, de forma que cumplan una pena no privativa de libertad o Pena Medida Alternativa (PMA) mediante la participación en programas específicos a su patología, mejorando su salud y el enganche con los dispositivos socio-sanitarios, y, al mismo tiempo, evitando el incumplimiento de la pena que le podría suponer el ingreso en prisión.

Metodología: en el año 2016 se crea un programa piloto en el Centro de Inserción Social José Hierro de Santander específico para personas con TMG, elaborado por un equipo multidisciplinar del centro y con la colaboración de una entidad privada, Padre Menni.

El criterio de inclusión es: *cualquier persona que deba cumplir una PMA y que voluntariamente acepte y firme una “Declaración Voluntaria de Problema de Salud”*. Con ello acepta participar en un Taller de Evaluación Inicial (TAEVI) y un programa de Duración Media para Evaluación e Intervención (MEI) si procede.

Para iniciar el taller de evaluación es necesario:

- *Una figura sanitaria:* médico y/o enfermero indistintamente, que inician el TAEVI mediante una entrevista sanitaria de cribado; se comprueba si ya existe un diagnóstico psiquiátrico; si únicamente hay sospecha de TMG, se deriva a la Unidad de Salud Mental correspondiente para confirmar el diagnóstico.
- *Una entidad colaboradora* del tercer sector que, en caso de confirmarse el diagnóstico, realice una primera evaluación psicosocial y la intervención necesaria, adaptada a cada caso individual.

Resultados: tras dos años desde su puesta en marcha se comprueba que el programa es útil tanto para la detección de nuevos casos de TMG sin diagnosticar o sin seguimiento comunitario, como para el cumplimiento de la PMA sin incidencias, mejorando el enganche con la red pública sanitaria y social.

Conclusiones: la detección precoz y abordaje de las personas con TMG que deban cumplir una PMA mediante un programa específico adaptado a su patología aumenta el grado de cumplimiento y a la vez mejora las condiciones sanitarias y sociales del individuo.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave; pena no privativa de libertad, salud mental, Programa Puente Extendido.

Valoración del proceso de adaptación al ingreso en el Centro Penitenciario de Ibiza

Sánchez-Valdés V, Martínez-Espasa C, Gil-Avecilla J, Hernández-González M

Centro Penitenciario de Ibiza

Objetivo: averiguar si los internos que ingresan en el Centro Penitenciario de Ibiza sufren un proceso de adaptación al medio.

Material/Método: estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y prospectivo, realizado con los individuos que ingresaron en el Centro Penitenciario de Ibiza entre el 15 de junio y el 15 de septiembre de 2017, mediante una prueba *ad hoc*, donde se incluyeron variables sociodemográficas y parámetros vitales, el test de Hamilton y el patrón funcional X de Gordon “Adaptación y Tolerancia al estrés”. Se cumplimentaron en dos ocasiones, pretest (en el momento del ingreso) y postest (un mes después), por entrevistadores entrenados. Se crearon una serie de indicadores con los que determinar si el individuo se adaptaba al medio de forma adecuada o no. Se llevaron a cabo pruebas paramétricas y no paramétricas (ji-cuadrado) para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas con las que aceptar la hipótesis de investigación: los individuos que ingresan en el C. Ibiza logran, al cabo de un mes, una adaptación adecuada.

Resultados: se entrevistó a una muestra $n = 48$, mujeres y hombres, de 35,14 años de edad media (DT = 10,27), en dos ocasiones. Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo. Se establecieron criterios de inclusión (primer ingreso o reingreso posterior a 6 meses tras la última puesta en libertad; condena mayor a un mes) y de exclusión (traslado desde otra prisión). Los datos obtenidos mostraron que existe un proceso de adaptación ineficaz en el 18,75% de los casos en el momento del postest. Por último, se calculó ji-cuadrado, siendo $p < 0,05$, aceptando la hipótesis alternativa.

Conclusiones: desde el CP Ibiza podemos afirmar que la población al ingresar en este centro atraviesa un proceso de adaptación o duelo manifestado por síntomas como estrés y ansiedad. Como enfermeros podemos trabajar para mediar y facilitar el proceso, ayudando al interno a utilizar los recursos que posee a su alcance para que su adaptación al medio penitenciario sea lo más eficaz posible. Estos resultados deben motivarnos en nuestro trabajo, y una herramienta que lo facilita es el programa OMI 360°, que incluye la valoración por patrones funcionales de Gordon. Resulta imprescindible, por tanto, continuar investigando e implementar las actividades de enfermería que favorezcan la integración, la reeducación y la rehabilitación de las personas a nuestro cargo, dotando para ello a los servicios médicos de los centros del personal y los recursos necesarios.

Palabras clave: duelo; proceso adaptativo; centro penitenciario; prisión.

El gestor de casos: reinserción en la comunidad y continuidad asistencial en población penitenciaria con Trastorno Mental Severo (TMS)

Macià-Astorch L, Martínez-Azofra A, Luna E, Plazas F, Llerena S, Fernández-García S, Andrés H

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Objetivos: las tasas de TMS en el ámbito penitenciario son claramente más altas que en la población general. Después de su puesta en libertad, las personas con TMS muestran mayor marginalidad, altas tasas de re hospitalización y recaída. Desde los departamentos de Salud y Justicia de Cataluña se ha desarrollado una serie de acciones de salud mental en la población penitenciaria para dar atención a las personas que están en el proceso de paso a la comunidad. El objetivo de esta comunicación es presentar el Plan de Servicios Individualizado (PSI), un nuevo modelo para la mejora de la recuperación en salud mental.

Metodología: el objetivo del PSI del ámbito penitenciario es garantizar la continuidad asistencial acompañando a aquellas personas con un TMS, con riesgo alto de exclusión social como factor que contribuye a la incidencia y persistencia de los problemas de salud mental.

Se basa en un modelo de recuperación, en los principios de un modelo asertivo comunitario y centrado en la persona:

1. Servicio específico para las personas más vulnerables y frágiles.
2. Cuidado por un equipo multi-inter-disciplinar.
3. El equipo proporciona los cuidados de forma integrada e intensiva.
4. Elevados ratios usuario-profesional: 10-12/1.
5. El lugar de atención es la comunidad.
6. Los tratamientos y servicios de apoyo son individualizados.
7. La cartera de servicios y tratamientos es exhaustiva y flexible.
8. Cobertura las 24 horas.
9. Enfoque asertivo.
10. Disponibilidad de máximas.

Resultados: varios autores señalan que los programas específicos que proporcionan apoyo social basado en el 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 del centro penitenciario a la comunidad.

Conclusiones: hay una suma de factores psicosociales y económicos que dificultan su integración en la sociedad: el paro, la vulnerabilidad, el sinhogarismo, el aislamiento y falta de apoyo social, así como las barreras para acceder a los servicios de salud mental comunitarios. Es imprescindible hacer un acompañamiento para asegurar la continuidad asistencial y contribuir a evitar la reincidencia y llegar al nivel máximo de recuperación e integración en la comunidad. En Cataluña se pone en marcha este proyecto con el objetivo de completar la asistencia sanitaria a personas con TMS en el centro penitenciario a la comunidad.

Palabras clave: Salud Mental; TMS; continuidad asistencial; gestor de casos.

Motivación al tratamiento de internos en Programa de Mantenimiento con Metadona

García-Jiménez JJ¹, García-Guardiola MA², Hernández-Torres MP³,
Andugar V², López-Martínez J²

¹Centro Penitenciario Murcia I

²Universidad Católica de Murcia

³Universidad de Murcia

Objetivos: identificar la fase de motivación al tratamiento en la que se encuentran los internos con metadona, al ingresar en prisión, según el cuestionario URICA, describiendo su perfil diferencial según terapia recibida.

Método: estudio descriptivo transversal realizado en el Centro Penitenciario de Murcia I durante el año 2017. La muestra está formada por 78 internos, en tratamiento con Metadona, evaluados en la primera semana al ingreso. Son todos varones y mayores de 21 años, debido a las características regimentales de este centro.

Instrumentos:

- Cuestionario sociodemográfico y de características de consumo realizado para la ocasión.
- Cuestionario URICA, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, Prochaska y DiClemente (1984). Presenta cuatro estadios: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Está formado por 32 ítems en formato Likert. La fiabilidad según las subescalas varía el Alpha de Cronbach de 60 a 77.
- Análisis estadístico con el programa SPSS 18, realizando tablas de contingencia y chi cuadrado.

Resultados: el estado del cambio obtenido es el siguiente: Precontemplación = 6,4%; Contemplación = 37,2%; Acción = 47,4% y Mantenimiento = 9%.

Se han identificado tres grupos según la terapia previa recibida, el grupo con mayor presencia es el de Terapia previa (Tp) con un 47,5%, encontrándose estos en Contemplación (40,5%) y Acción (43,2%). El grupo de sujetos que han pasado periodos de abstinencia sin tener tratamiento (no tratamiento) son el 34,6%, encontrándose el 48,1% en fase Acción. Y el grupo que nunca ha estado en abstinencia (No Abs) constituye el 17,9%, encontrándose igualmente, la mayoría en Acción (57,1%). No existen diferencias significativas entre los grupos.

El 59% de la muestra inició el consumo antes de los 15 años, habiendo recibido tratamiento previo el 47,7%. La sustancia principal de consumo es la heroína (50%), habiendo intentado un 35% de estos dejar de consumir por su cuenta, sin tratamiento. Los consumidores de cocaína su motivo principal de recaída son los amigos (40,5%), y los consumidores de heroína son los problemas familiares (51,9%).

Conclusiones: el ingreso en prisión es un hecho propenso para hacer reflexiones sobre errores cometidos y nuevas estrategias de vida, por ello que la mayoría de internos se encuentren en fase de Contemplación y Acción, hecho que debemos aprovechar los profesionales de la salud para instaurar y/o consolidar una estrategia terapéutica adecuada.

Palabras clave: metadona; motivación al cambio; tratamiento; prisión.

Características del consumo al ingreso en prisión en internos con metadona

García-Jiménez JJ¹, García-Guardiola MA², Hernández-Torres MP³,
Andugar V², López-Martínez J²

¹Centro Penitenciario Murcia I

²Universidad Católica de Murcia

³Universidad de Murcia

Objetivos:

- Describir las características toxicofílicas y sociodemográficas de los internos con metadona al ingresar en prisión.
- Identificar los factores diferenciales en el consumo, según la edad de los internos.

Métodos: estudio descriptivo transversal realizado en el Centro Penitenciario Murcia-I durante el año 2017, con una muestra de 78 internos en tratamiento con metadona, todos ellos varones y mayores de 21 años, por las características regimentales de este Centro.

Los cuestionarios utilizados se elaboraron para la ocasión con distintas variables sociodemográficas y perfil de consumo.

Análisis estadístico: programa SPSS 18, utilizando tablas de contingencias y comparación de grupos con Chi Cuadrado.

Resultados: los resultados se analizan agrupando la muestra según cuatro tramos de edad: 21-25, 26-35, 36-50 y más de 50 años.

- *Perfil sociodemográfico:* predomina el perfil soltero en todos los tramos de edad, encontrándose únicamente el 37,18% viviendo en pareja o casado; en cuanto a la residencia encontramos como predominante zonas normalizadas, siendo únicamente el 16,7% de la muestra residentes en zonas marginales; se observa que el 37,18% vivían solos.
- *Perfil toxicofílico:* destacan los siguientes resultados: la sustancia más consumida es la heroína, con un 50% de la muestra, de la cual, el 74,3% se encuentran en el tramo de edad 36-50 años, seguido de los consumidores de cocaína que conforman el 35,9% de la muestra; se encuentra que el 17,9% de los internos nunca han intentado abandonar el consumo; entre los motivos predominantes de recaída encontramos amigos con un 32,8% seguido de problemas familiares con un 28,13%; con respecto a los motivos principales de abstinencia predominan familiares con un 39,06% y salud con un 34,38%.

Conclusiones: cabe destacar que más de la mitad de los internos (62,82%) con metadona no han consolidado relaciones de pareja, lo que resulta significativo ya que según la bibliografía vivir en pareja es un factor de protección, siéndolo también vivir en zonas normalizadas, variable en la que se obtuvo el porcentaje más elevado de la muestra (83,3%). Vivir con familia, ya sea de origen o adquirida, es otro factor protector al consumo, por lo que es importante destacar que más de la mitad de la muestra cumplía estas características (62,82%).

Respecto al perfil toxicofílico se observa que a pesar de tratarse de internos en tratamiento de metadona, tratamiento que según la bibliografía está indicado para el consumo de heroína, la cocaína es la segunda sustancia principal más consumida (35,9% de la muestra).

Palabras clave: metadona; prisión; tratamiento; drogadicción.

Perfil toxicofílico de reclusos con metadona

García-Jiménez JJ¹, García-Guardiola MA², Hernández-Torres MP³,
Andugar V², López-Martínez J²

¹Centro Penitenciario Murcia I

²Universidad Católica de Murcia

³Universidad de Murcia

Objetivos: el objetivo de este estudio es analizar las características del consumo previo al ingreso en prisión de los internos en tratamiento con metadona construyendo su perfil toxicofílico.

Método: estudio descriptivo transversal cuya muestra se compone de 78 internos pertenecientes al Centro Penitenciario Murcia-I, todos ellos varones y mayores de 21 años de edad.

La recogida de datos se llevó a cabo a lo largo del año 2017, mediante el cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT) elaborado por Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., y Monteiro, M.G., en 1992, edición adaptada para el consumo de diversas sustancias. Se recogieron los datos durante la primera semana al ingreso. Este cuestionario está conformado por 10 preguntas, de las cuales tres pretenden conocer la frecuencia con la que los internos consumían sustancias toxicofílicas; tres exploran los síntomas de dependencia; y cuatro, si dicho consumo resulta perjudicial tanto para su salud física y mental como para otras personas cercanas a su entorno.

Se realiza el análisis estadístico con el programa SPSS 18, utilizando tablas de contingencias y comparación de grupos con Chi Cuadrado.

Resultados: los resultados se analizan agrupando la muestra según cuatro tramos de edad: 21-25, 26-35, 36-50 y más de 50 años.

Caben destacar los siguientes resultados con respecto al perfil toxicofílico de los internos: el 88,46% consumían sustancias toxicofílicas 4 o más veces a la semana, tomando el 67,95% 10 o más dosis de cocaína; a diario o casi a diario el 62,82% consumían dosis doble de una sola vez; un poco más de la mitad de la muestra, es decir, el 55,13% era consciente de su dependencia toxicofílica; el 46,15% de los internos faltaba a sus responsabilidades por consumir; la necesidad de consumir desde primera hora de la mañana la sentían el 67,95% de la muestra a diario o casi a diario; el 58,97%, posteriormente a la consumición, eran invadidos por la sensación de culpa y remordimiento.

Conclusiones: el perfil toxicofílico de los internos que se encuentran bajo tratamiento con metadona se caracteriza por un elevado consumo de sustancias toxicofílicas, el cual resulta un impedimento para el normal funcionamiento de su vida diaria. Resulta significativo que, a pesar de las consecuencias perjudiciales que conlleva este estilo de vida, muchos de los internos (44,87%) no tenían conciencia de la alta frecuencia de su consumo.

Palabras clave: metadona; reclusos; drogadicción; AUDIT.

Diferentes enfoques perceptivos de la enfermedad mental a nivel profesional

Doalto Muñoz Y^{1,2,3}, Tobarra Prado A^{1,2,3}, López-Sánchez A¹,
Álvarez-Crespo R^{1,2,3}, Borráz J^{1,2,3}, Fernández-Prieto MP^{1,2,3}

¹Centro Penitenciario Dueso

²Hospital Psiquiátrico Lienres

³Hospital Universitario Valdecilla

Introducción: la percepción inadecuada de profesionales, sean sanitarios o no, ante las personas con enfermedad mental influye negativamente en su asistencia durante todo el proceso de salud. Su estudio y mejora forman parte de los planes de Salud Comunitarios y Nacional en salud mental.

Objetivos: conocer y comparar evaluando la percepción del colectivo profesional no sanitario funcionario de IIPP, y sanitarios no adscritos a servicios de salud mental que atienden este colectivo por otras patologías en el SCS.

Metodología: estudio transversal observacional multicéntrico, nivel de evidencia III, grado de recomendación C, sobre muestra aleatoria de n = 85 de dos colectivos profesionales n1 = 41 personal no sanitario penitenciario y n2 = 44 personal sanitario, aceptando contestar una encuesta de forma voluntaria y anónima compuesta por 14 ítems, extraídos y adaptados a nuestro estudio *Escala de Auto-eficacia dificultats conductuals DINCAT*, entrevistas a pacientes del trabajo: voces del estigma, percepción del estigma en pacientes y familiares con patología mental y el cuestionario incluido en FORUM de entidades aragonesas. Se emplea un índice de Likert con 5 respuestas posibles como escala de medida. Los datos extraídos son analizados estadísticamente con SPSS V 21 para obtener los estadísticos descriptivos (media, moda, mediana, desviación típica) y con Epidat 4,2 para la obtención de la significación de las medias por inferencia sobre parámetros de dos poblaciones independientes.

Resultados: encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) en relación con la manera de cómo se aborda la conducta de la persona con enfermedad mental; referirse a ellos como locos; tenerlos como amistad; y que no se dan cuenta de nada viviendo su mundo. Hay otras diferencias, no significativas estadísticamente pero con impacto y a tener en cuenta como la seguridad en el manejo de las conductas y la barrera personal/emocional

Conclusiones: los resultados obtenidos en personal sanitario que no trabaja en salud mental muestran la necesidad de formación en habilidades competenciales específicas en el manejo de la enfermedad mental. En el colectivo profesional no sanitario, funcionario de IIPP sin formación específica, los resultados muestran la existencia de habilidades competenciales adquiridas de forma indirecta que puede influir en la percepción. Debido al trato continuado con personas con patología mental internadas en los Centros Penitenciarios,

Palabras clave: percepción; seguridad; barrera; habilidades.

Prevalencia en trastornos psiquiátricos y patrón de consumo de tóxicos en pacientes con infección por VIH que ingresan en una Unidad Penitenciaria

Castillo-Navarro AM^{1,2}, Molina-Cifuentes M², Martín-Romero M²,
Navarro-Rodríguez², Albendin-Iglesias H²,
Galera-Peñaranda C²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

²Servicio de Medicina Interna

Objetivos: realizar un estudio descriptivo sobre las características de la población VIH que ingresa en la Unidad Penitenciaria, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUCVA) de Murcia.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo a través del informe clínico de alta de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Presos desde enero de 2014 a diciembre 2017. Las variables analizadas en este estudio fueron: edad, sexo, nacionalidad, tabaquismo activo, consumo de sustancias tóxicas ilegales, antecedentes de patología psiquiátrica, motivo de ingreso y estancia media hospitalaria.

Resultados: se consideraron las características de un total de 25 pacientes en el periodo de tiempo señalado, que incluyendo los reingresos, suponía una media de 10 ingresos/año. Con respecto al sexo, el 92% de los pacientes eran varones, calculando una edad media de la población de 43.9 años, todos ellos, excepto una paciente, de nacionalidad española. En relación al patrón de hábitos tóxicos, 20 de los pacientes (80%) eran fumadores activos. Con respecto al abuso de sustancias ilegales, 2 pacientes consumían tóxicos vía inhalada (cocaína y heroína), 20 pacientes tenían antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral en el pasado y sólo 2 de ellos reconocían consumo activo vía endovenosa. Por último, en 2 pacientes no se recogieron datos al respecto. Los antecedentes psiquiátricos más prevalentes fueron, el trastorno de la personalidad, el síndrome ansioso y la esquizofrenia paranoide, que correspondían a un total de 12 pacientes (48%). El motivo de ingreso más repetido fueron la disnea y la fiebre correspondiendo la suma de ellos al 35% de las hospitalizaciones de la unidad, seguido del síndrome general (17,5%) y los síntomas digestivos en 4 pacientes (10%). La estancia media de la hospitalización fue de 11,25 días, con un mínimo de 1 día y máximo de 45 días.

Conclusiones: del estudio extraemos que la población VIH que ingresa en la Unidad Penitenciaria en su mayoría son varones de edad media y con una elevada prevalencia en el consumo de tabaco y otras sustancias tóxicas ilegales, en consonancia con un elevado porcentaje de patología psiquiátrica asociada a este subgrupo de pacientes, siendo por otra parte, la sintomatología respiratoria el principal motivo de ingreso.

Palabras clave: infección por VIH; unidad penitenciaria; hábitos tóxicos; antecedentes psiquiátricos.

Comparación entre los pacientes infectados por VIH con respecto a no infectados, que ingresan en una Unidad Penitenciaria

Castillo-Navarro AM^{1,2}, Molina-Cifuentes M², Martín-Romero M²,
Navarro-Rodríguez², Albendin-Iglesias H²,
Galera-Peñaranda C²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

²Servicio de Medicina Interna

Objetivos: realizar un estudio comparativo sobre las características de la población VIH con respecto a no VIH que ingresa el servicio de Medicina Interna en la Unidad Penitenciaria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUCVA) de Murcia.

Métodos: se realizó un estudio comparativo de los pacientes ingresados en el módulo de presos entre enero 2015 y diciembre 2016 analizando los datos recogidos a través de la historia clínica electrónica. Las variables revisadas fueron: edad, sexo, tabaquismo activo, consumo de sustancias tóxicas ilegales, antecedentes de patología psiquiátrica, motivo de ingreso y estancia media hospitalaria.

Resultados: se analizaron un total de 47 pacientes, 14 de ellos infectados por VIH y el resto pertenecientes al Servicio de Medicina Interna general. Con respecto a la distribución por sexo, en el subgrupo de los pacientes con infección por VIH todos eran varones, con una edad media de 42,13 años; y en los no VIH, existía un porcentaje de mujeres del 12,1%, con una edad media de 47,63 años.

El motivo de ingreso fue similar en ambos grupos, siendo la disnea el síntoma clínico más repetido, en un 35% de los pacientes VIH y en un 18.1% de los no VIH. La estancia media hospitalaria entre los grupos fue 28,4 días en el primero y 8.12 días en el segundo.

Las características de consumo de tóxicos se distribuyeron de la siguiente manera: para los pacientes infectados por VIH, 92,8% eran fumadores activos, el 85,7% tenían antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, el 14,28% lo eran activamente y uno de los reconocía consumo de cocaína vía inhalada. De los pacientes no VIH, el 75,7% eran fumadores activos, el 11% eran adictos a drogas vía endovenosa y el 12,1% presentaba adicción a drogas por vía inhalada.

Los antecedentes psiquiátricos fueron igualmente prevalentes en ambos grupos, correspondiendo el 22% a trastornos de la personalidad en el grupo de pacientes VIH frente al 23% de los no infectados por VIH.

Conclusiones: del presente estudio podemos observar similares características en cuanto a factores sociodemográficos (edad y sexo), motivo de ingreso y trastornos psiquiátricos en ambos grupos comparados. La principal diferencia se encuentra en la estancia media hospitalaria, más elevada en el grupo de pacientes infectados por VIH, probablemente en relación con la complejidad y comorbilidad que esta enfermedad entraña, aunque se necesitarían más estudios dirigidos para extraer más conclusiones.

Palabras clave: infección por VIH; Unidad Penitenciaria; Medicina Interna; estancia media hospitalaria.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos y patrón de consumo de tóxicos actual en una Unidad Penitenciaria

Castillo-Navarro AM, Molina-Cifuentes M, Galían-Ramírez JD, Garre-García A, Albendín-Iglesias H, Galera-Peñaranda C

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: analizar la relación entre los pacientes ingresados en el Módulo Penitenciario (MP), de un hospital de tercer nivel a cargo del Servicio de Medicina Interna (MI) y el consumo de tóxicos y antecedentes psiquiátricos asociado.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el módulo de presos a cargo del Servicio de MI, entre enero de 2015 y diciembre de 2016, en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia. Se analizaron las siguientes variables: motivo de consulta, diagnóstico al alta, tabaquismo activo, consumo activo de drogas, antecedentes psiquiátricos y días de estancia hospitalaria.

Resultados: se incluyeron un total de 33 pacientes, 4 mujeres (12,1%) y 29 varones (87,9%) con una edad media de 47,63 años. La estancia media fue de 8,12 días (mínimo de 1 día y máximo 30 días). 24 pacientes (72,7%), permanecieron en el MP menos de 5 días. El motivo de ingreso más repetido fue la disnea en 6 pacientes (18,1%), seguido de los síntomas digestivos y síndrome febril con la misma frecuencia (9%).

En cuanto a los hábitos tóxicos, el 75,7% de los enfermos eran fumadores y el patrón de consumo de drogas fue frecuente: 11 (33,3%), reconocían ó había presentado consumo de drogas vía parenteral (ADVP) y 4 enfermos (12,1%), presentaban antecedentes de adicción a drogas vía inhalada (fundamentalmente heroína y cocaína).

Los antecedentes psiquiátricos más prevalentes fueron: trastornos de la personalidad en el 22%, trastorno esquizofrénico en 16,3%, psicosis afectiva en el 6,5%, síndrome depresivo hasta en un 4% de los ingresados y un 15% de trastornos por adicción a tóxicos en el resto. Todos ellos llevaban una media de 3 fármacos antipsicóticos prescritos por especialistas en Psiquiatría. En el resto de pacientes, no se describió patología psiquiátrica alguna.

Conclusiones: se refleja la elevada prevalencia de tabaquismo y consumo activo entre los pacientes ingresados a cargo de MI en una unidad de presos. También destaca un porcentaje elevado de enfermos con antecedentes psiquiátricos en tratamiento con psicofármacos, lo que subraya la importancia de tratar a estos pacientes desde un punto de vista integral y multidisciplinar que ayude a disminuir el patrón de consumo de tóxicos actual.

Palabras clave: Unidad de Presos; Medicina Interna; hábitos tóxicos; antecedentes psiquiátricos.

Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario

Fructuoso-Castellar A¹, Golay D², Baggio S², Heller P², Gétaz L², Wolff H²

¹Establecimiento penitenciario de Brenaz. Departamento de Medicina Penitenciaria. Hospitales Universitarios de Ginebra, Suiza.

²Servicio de Medicina penitenciaria. Hospitales Universitarios de Ginebra, Suiza

Objetivos: realizamos una revisión del manejo de los trastornos de personalidad en el ámbito penitenciario. La necesidad del abordaje psiquiátrico de estos trastornos en prisión es imperiosa, dada su elevada prevalencia y el importante consumo de recursos que representan. En la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático y llevado a cabo con carácter de urgencia, de modo que se centra en los síntomas recurrentes o más graves y en las alteraciones de la conducta que implican mayores repercusiones. La combinación de la psicoterapia y la farmacoterapia han demostrado su eficacia, contribuyendo a la estabilización de estos pacientes, así como a la prevención de las recidivas.

Método: se ha revisado la literatura científica actual en español e inglés, realizando una búsqueda bibliográfica, en *Medline* a través de PubMed, Embase y Scopus de las principales manifestaciones asociadas a los trastornos de la personalidad, según los criterios DSM-5 y CIE-10. También se ha llevado a cabo una investigación de los principales avances farmacológicos en el tratamiento de estos trastornos y de las recomendaciones más recientes para su manejo clínico en el ámbito penitenciario. Realizamos un breve repaso a las presuntas bases bioquímicas de estos trastornos y sus dimensiones clínicas (esfera cognitiva, afectiva e impulsiva) para, a partir de ahí, hacer propuestas farmacológicas concretas, ordenadas en forma de algoritmo.

Resultados: según los principales autores, el número de detenidos con trastornos de personalidad que se encuentra sin diagnosticar y sin tratar en las prisiones, va en aumento. Realizar un correcto diagnóstico y un abordaje psiquiátrico específico es crucial en estos casos. Considerar un tratamiento farmacológico de elección es difícil, dado que se trata de un grupo de enfermedades que presentan una sintomatología polimorfa. Además, las investigaciones en el medio penitenciario para este tipo de trastornos son escasas. Aunque la utilización de la terapia biológica se va convirtiendo en una práctica habitual, no existe ningún medicamento aprobado oficialmente para este tipo de afecciones.

Conclusiones: el tratamiento de los trastornos de personalidad se basa en el control de los síntomas y en las alteraciones de la conducta del paciente, efectuado principalmente con psicofármacos, mientras que la interrelación del paciente con el medio mejora con la psicoterapia. Este abordaje combinado es considerado por los autores como el más beneficioso a medio y largo plazo. El tratamiento ideal sería aquel individualizado para cada paciente, considerando además, las características particulares del medio penitenciario.

Palabras clave: trastornos de personalidad; psiquiatría; tratamiento; prisión.

Programa Soporte a la primaria en centros penitenciarios de Catalunya

Caballero Calvo-Rayo S, Cuadrado-Vives C, Olivé AE

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducción: recientemente se ha instaurado el Programa de Soporte a la Primaria (PSP) en los Centros Penitenciarios (CP) de Brians 1 y 2, Quatre Camins, Jóvenes y Wad Ras.

El equipo PSP está formado por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera y, en algunos centros, también una terapeuta ocupacional. La función del equipo consiste en realizar una intervención a nivel ambulatorio de las personas internas con patología mental y/o adicciones, que se ubican en los módulos residenciales de los distintos centros penitenciarios, basándose en un modelo de atención integral, centrado en la persona y orientado para conseguir la máxima autogestión, empoderamiento y bienestar posible.

Dentro de este programa, el operativo de enfermería comprende los profesionales referentes del Plan Terapéutico Individualizado Compartido (PTIC) encargado de evaluar las necesidades de atención, priorizando los objetivos terapéuticos y de recuperación a alcanzar y el enlace con el Plan de Soporte Individualizado (PSI).

Objetivo: establecer una cartera de servicios de atención ambulatoria para unificar y garantizar la equidad de la atención prestada de salud mental en los diferentes centros penitenciarios; así mismo ofrecer la misma asistencia que la persona recibiría en la comunidad, siguiendo el mismo modelo comunitario.

Métodos: el método utilizado comprende las intervenciones terapéuticas y los instrumentos que se basarán, siempre que sea posible, en las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y documento de consenso de grupos de expertos. En el congreso podremos presentar los datos del primer cuatrimestre.

Se propone una cartera de servicios equitativa aunque, a la hora de aplicarla, se han de contemplar las diferentes realidades de cada centro. Se han de garantizar que las intervenciones se realicen dentro de un clima general terapéutico que favorezca las interrelaciones, el aprendizaje y la experiencia del día a día.

Conclusiones: el programa PSP es un programa en proceso de implantación, que se crea para tratar factores de riesgo y de vulnerabilidad. También hay que abordar la estigmatización del paciente de Salud Mental, que se encuentra en situación de privación de libertad. Se lleva a cabo una atención directa con la que se realiza una detección precoz de signos y síntomas de descompensación, así como se pretende prever conductas que comporten un riesgo autolítico, tales como el suicidio. Un programa que permite una vinculación en la excarcelación a un recurso de salud mental como puede ser el centro de salud mental referente (CSMA) y/o centro de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS), a través de una coordinación previa con el PSI.

Todo ello, conlleva un programa innovador y necesario para poder dar una atención ambulatoria, in situ, de este perfil de pacientes.

Palabras clave: Programa de Soporte a la Primaria (PSP); Centros Penitenciarios (CP).

Programa de cribado de cáncer colorrectal en pacientes presos

Uriarte-Larrea L, Isusi Ll

Centro Penitenciario Basauri

Objetivos:

Objetivo general: aumentar el acceso de las personas que están en la prisión al programa de cribado poblacional y evaluar sus resultados 2016-2017.

Objetivo específicos:

- Aumentar la cobertura poblacional del programa.
- Conseguir una participación >90%.
- Incrementar la participación de hombres en el programa.
- Monitorizar y evaluar las desigualdades sociales para diseñar intervenciones que las minimicen.
- Garantizar el seguimiento de todos los casos positivos.

Metodología:

- *Metodología según objetivo:* estudio prospectivo de personas que están ingresadas o ingresan en prisión a las que se les ofrece participar en el cribado en los últimos 12 meses.
- *Variable:* prueba de Sangre Oculta en Heces (SOH) realizada, resultado (positivo/negativo), en caso positivo colonoscopia realizada y lesiones detectadas.
- Proceso de captación de las personas e inclusión en el programa.

Resultados:

- Población diana: 76 personas, de los cuales a su ingreso en prisión sólo el 9,21% (7 personas) se había realizado la prueba previamente.
- En una primera entrevista se consigue una participación del 97,10% (67 personas). Finalmente participaron el 100% (69 personas) tras mejorar el consejo en consulta de enfermería.
- No hubo ninguna muestra mal recogida.
- El 79,71% (55 de las 69 objeto de estudio) tiene resultado negativo en la prueba.
- 20,29% (14 personas) registraron un test positivo. A todos ellos se les ofreció la realización de la colonoscopia.
- El 14,29% (2 personas) se negaron a realizar colonoscopia.
- El 30% de los pacientes citados para colonoscopia, se fueron en libertad antes de la realización de dicha prueba, únicamente uno realizándose la colonoscopia en libertad.
- Los resultados de las colonoscopias fueron los siguientes:
 - Una persona (11,1%) diagnosticada de cáncer colorrectal.
 - 2 personas (22,2%) presentaban adenoma de bajo riesgo.
 - Una persona (11,1%) fue diagnosticada de pólipo no neoplásico.
 - 5 personas (55,5%) tuvieron la colonoscopia normal.

Conclusiones:

- Tenemos 3 veces más de resultados positivos que la población general (20,29% frente al 6,4%).
- El 71% de la población reclusa con SOH+ aceptó realizarse la colonoscopia frente al 91,3% de la población. La tasa de aceptación de colonoscopia aceptable se sitúa en un 90%, estando en nuestro caso en porcentaje inferior.
- Una vez que el paciente sale en libertad no existe adhesión para completar el programa.
- Esta experiencia nos ha servido para disminuir la desigualdad de esta población en el acceso al programa de cribado y podría extenderse a otras prisiones.

Palabras clave: programa cribado.

Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario

Lázaro-Monge R, Planelles-Ramos MV, Granero-Chinesta S, Sánchez-Alcón D, Vera-Remartinez EJ

Centro Penitenciario Castellón I

Introducción: la cuantificación de factores de riesgo cardiovascular en una población de adultos jóvenes, permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar estrategias de prevención en un grupo más susceptible de cambiar conductas y establecer hábitos de vida más saludables.

Objetivos: describir los principales factores de riesgo cardiovascular y estimar el riesgo mediante distintos modelos en adultos jóvenes de un centro penitenciario.

Método: estudio observacional, descriptivo, analítico y trasversal. Se incluyó a toda la población de ambos sexos ingresada en el centro, cuyas edades estuviesen comprendidas entre los 18 y 35 años a fecha 15/09/2017. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas que se expresaron en forma de medias con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% o de medianas con sus rangos intercuartílicos dependiendo de su distribución. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas. Se realiza análisis comparativo por sexo mediante técnicas estadísticas clásicas y modelos de regresión logística binaria. Se utilizó el programa IBM-SPSS Statistics v.20. Se determinó también el riesgo cardiovascular mediante ecuaciones de Framingham, REGICOR, SCORE, DORICA y Q-RISK versión 2017. Todos los pacientes participantes dieron consentimiento autorizado para participar. El proyecto fue aprobado por un Comité Ético en Investigación Clínica.

Resultados: total población elegible 211 adultos jóvenes, 6 pérdidas. Muestra participante 205 (97,2%): varones 170 (82,9%) mujeres 35 (17,1%). Media de edad 29,9 (IC 95%: 29,3-30,5). Estancia mediana 13,3 meses [IQR: 3,6-37,4]. FRCV mayores: Tabaquismo 82,0%; Dislipidemia 21,5%; Hipertensión 15,1%; Diabetes 2,0%. FRCV predisponentes: genéticos 46,3%; sedentarismo 38,0%; antecedentes familiares 17,6%; Trigliceridemia 16,6%; obesidad 13,2%. Otros: psicológicos 79,5%, alimentarios 72,2%; consumo cocaína 58,0%; Hipertrofia Ventricular Izquierda 7,3%; Síndrome metabólico 6,3%; Riesgo cardiovascular según modelos bajo-ligero. Tan sólo 1% es moderado. El porcentaje de riesgo cardiovascular es mayor que en sujetos sanos de la misma edad y sexo (RR: 2,0 IQR: 1,3-2,6]. Media de edad cardiaca 33,9 (IC 95%: 33,0-34,8) 4 años superior a la edad cronológica ($p < 0,0001$).

Discusión: se debe realizar prevención primaria y promoción de hábitos saludables desde el ingreso a todos los internos independientemente de la edad y con especial atención al tabaquismo y consumo de tóxicos, evitar el sedentarismo mediante realización de programas de ejercicio físico adecuado, con prioridad entre las mujeres; educar en hábitos alimentarios saludables que eviten dislipidemias y obesidad.

Palabras clave: factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares; adulto joven; promoción de la salud.

Implementación del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en el CP Araba/Álava

López de Arcaute A

Centro Penitenciario de Araba/Álava

Introducción: el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) fue aprobado en 2008 a propuesta del Consejo Asesor del Cáncer de Euskadi.

En 2009 se realizó la fase piloto del programa. A principios de 2014 se logró la extensión completa del programa en primera invitación.

En Marzo de 2017 se decidió implementar el PCCR en el Centro Penitenciario Araba/Álava.

Objetivos:

- Implementar el PCCR en el Centro Penitenciario Araba/Álava a través de la invitación a sus residentes.
- Disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal mediante la detección y tratamiento de lesiones pre-malignas y malignas.

Métodos: en marzo de 2017 se inició el PCCR a través de la invitación personal a todos los internos entre 50 y 69 años.

Prueba de cribado: test inmunoquímico de detección de Sangre Oculta en Heces.

La invitación se repetirá cada 2 años en los que hayan sido negativos.

Entre los positivos se ofertó Colonoscopia con sedación para confirmación diagnóstica.

Resultados: entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre de 2017 se realizaron 120 invitaciones con el resultado de 117 participaciones y 3 negativas, siendo la Tasa de Participación del 97.50%. (En el ámbito extrapenitenciario del País Vasco la Tasa de participación en 2016 fue del 72.42%)

De las 117 determinaciones realizadas, 9 dieron positivo al Test de sangre oculta en heces. Suponen el 7.69% frente al 5.21% en el exterior.

Se ofertó la realización de colonoscopia con sedación a los 9 positivos con los siguientes resultados:

- 2 pacientes sin hallazgos relevantes.
- 2 pacientes con pólipos no neoplásicos.
- 3 pacientes con adenomas de bajo riesgo.
- 1 paciente se negó a hacerse la colonoscopia.
- 1 paciente está pendiente de realización de colonoscopia.

Conclusiones:

- La implementación del PCCR se ha desarrollado sin problemas y con las mismas garantías que en el ámbito extrapenitenciario.
- En el año 2017 hemos conseguido, en nuestro Centro, una participación del 97.50%, frente al 72.42% en nuestra Comunidad y muy por encima de la recomendación de la Guía Europea de Calidad: (65%). Cifras muy interesantes teniendo en cuenta que nuestros pacientes suelen tener mala adherencia a programas sanitarios en el exterior.
- La elevada participación en el PCCR corrobora que la Sanidad Penitenciaria es un espacio ideal para la realización de programas de prevención y cribado, por lo que se recomienda la implementación de programas similares y la inversión en Sanidad Penitenciaria.

Palabras clave: cribado; cáncer; colorrectal; penitenciario.

Pertinencia del índice tobillo-brazo como método diagnóstico de enfermedad arterial periférica

Martínez-Delgado MM¹, Barbero-Martínez R², Salillas-Azcona D²

¹Centro Penitenciario de Soria

²Hospital San Juan de Dios. Zaragoza

Introducción: conocer la utilidad del ITB como método diagnóstico de EAP. Conocer la técnica de ITB.

Material/Método: se realizó una revisión bibliográfica sistemática entre junio de 2017 y enero de 2018 en bases de datos como PubMed, Medline, Google científico, Portal Salud CyL Biblioteca sanitaria. Se realiza la búsqueda con las palabras: *diagnóstico, enfermedad arterial periférica, índice tobillo brazo, riesgo cardiovascular*.

Resultados: se revisaron 40 documentos dos guías de práctica clínica y una tesis doctoral. Por su pertinencia se tuvieron en cuenta 20 documentos, dos guías y una tesis doctoral. En todos los estudios se valora positivamente la realización del ITB para el diagnóstico de la EAP. Se relaciona el ITB bajo con afectación arterial y reclasifica el riesgo cardiovascular al alza. Se recomienda la realización del ITB en población con FRCV como diabetes, hipertensión, hipocolesterolemia o tabaquismo, así como en población mayor de 70 años sin factores de riesgo cardiovascular, en pacientes con heridas crónicas del miembro inferior. Existe una fuerte asociación de ITB bajo con hipertensión arterial. El RCV atribuible al ITB bajo es independiente de la edad o del sexo o la presencia de otros FRCV. El ITB bajo se asocia a mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. Los pacientes infectados por el VIH presentan mayor prevalencia de EAP y son candidatos a realizar ITB para su valoración.

Conclusiones: la Enfermedad Arterial Periférica está subdiagnosticada, mal tratada y mal entendida por la comunidad médica. El diagnóstico de esta enfermedad de alta prevalencia y frecuentemente asintomática es de vital importancia para los pacientes que la padecen. Su diagnóstico mediante la anamnesis y la exploración física no supera el 50%. El diagnóstico de la EAP es indicativo de aterosclerosis en otros territorios vasculares. El Índice Tobillo-Brazo es un método diagnóstico válido, barato y al alcance de cualquier equipo de Atención Primaria, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 99-100% para una obstrucción del 50%, comparada con la arteriografía. Dada la importancia de su diagnóstico la determinación del ITB debería de formar parte de las técnicas de valoración sistemáticas de enfermería. El desconocimiento de su utilidad y de la técnica así como la falta de dotación de equipos Doppler, hace que no se realice en la mayoría de los servicios de Atención Primaria.

Palabras clave: diagnóstico; índice tobillo brazo.

Utilidad de la analítica de sangre al ingreso en un centro penitenciario

Nieva-Jiménez P¹, Bermejo I¹, Álvaro E², Lario MA¹, García-Natal A¹, Vegue M¹

¹Centro Penitenciario de Madrid IV

²Servicio Médico CIS Victoria Kent

Objetivos:

- Conocer el porcentaje de internos que al ingreso de libertad se les realiza análisis de sangre.
- Conocer el tiempo que transcurre entre el ingreso y la extracción sanguínea.
- Conocer el porcentaje de analíticas al ingreso que presentan valores fuera del rango normal.

Métodos: estudio descriptivo transversal y retrospectivo. Muestra: 234 personas que ingresaron de libertad de forma consecutiva en la prisión de Navalcarnero del 1 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017. Instrumentos de evaluación: Revisión de las historias clínicas y registros sanitarios. Análisis estadístico: univariante tanto descriptivo como de frecuencias mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados:

- Realizaron analítica de sangre al ingreso de libertad 207 personas (88,5%), no prestaron consentimiento 4 (1,7%), y 23 fueron puestas en libertad antes de realizar la extracción (9,8%).
- Todos eran varones con edad media de 39 años (rango de 21 a 73 años).
- Desde la fecha del ingreso hasta la extracción transcurrieron una media de 49 días (rango de 0 a 357 días).
- Se incluyeron en el estudio 13 parámetros hematológicos, encontrando fuera del rango normal las siguientes determinaciones: el 8,7% de leucocitos (normal de $4-11 \times 10^3/\mu\text{l}$), el 13,0% de hematíes (normal de $4,6-5,7 \times 10^6/\mu\text{l}$), el 2,4% de plaquetas (normal de $140-400 \times 10^3/\mu\text{l}$), el 15,9% de glucosa (normal de 70-110 mg/dl), el 7,2% de colesterol total (normal ≤ 239 mg/dl), el 19,8% de GPT (normal de 2-41 U/l), el 15,5% de GOT (normal de 2-37 U/l), serología de sífilis positiva el 1,9%, Ac VIH positivo el 4,3%, Ac VHC positivo el 11,6%, HbsAg positivo el 1,4%, HBcAc positivo el 10,6%, y HBsAc positivo el 41,4%.
- Sin considerar el HbsAc, el 58,5% de los análisis presentaban parámetros hematológicos alterados con una media de 1,93 determinaciones fuera de los valores normales (rango de 1 a 5),

Conclusiones:

- La analítica al ingreso forma parte de la estrategia de erradicación de hepatitis C y puede contribuir a evitar el retraso diagnóstico de infección VIH. Además, los resultados encontrados justifican la utilidad de la prueba al presentar valores alterados el 58,5% de los análisis.
- Las prevalencias de Ac VIH y Ac VHC en personas que ingresan de libertad son inferiores a las encontradas en el total de la población del mismo centro penitenciario en el año 2016.

Palabras clave: pruebas hematológicas; serología; cribado sistemático; prisiones.

Evaluación de la dispensación de medicamentos mediante taquillas individuales. Experiencia en el Centro Penitenciario La Brenaz (Ginebra)

Pralong D, Mary G, Mouton E

Hospitales Universitarios de Ginebra

Introducción: La Brenaz, establecimiento penitenciario de cumplimiento en Ginebra, Suiza, alberga a 168 detenidos.

Se trata de una población vulnerable que precisa de asistencia sanitaria, dado que hasta un 39% de las personas detenidas, tienen prescrito algún tratamiento farmacológico.

La prisión forma parte de las instituciones totalitarias, que entrañan una pérdida significativa de autonomía. Con el objetivo de reducir el impacto de la detención, de involucrar a los pacientes en la mejora de su salud (empoderamiento) y para garantizar la confidencialidad, el equipo enfermero, con acuerdo de la Dirección del establecimiento, pone en marcha un sistema de dispensación de los medicamentos a través de taquillas individuales. La distribución de los medicamentos, principalmente semanal o bisemanal, puede, en algunos casos ser diaria.

Objetivos:

- Identificar las ventajas e inconvenientes de este modo de distribución, teniendo en cuenta los resultados obtenidos tras realizar una encuesta.
- Evaluar el grado de satisfacción de las partes implicadas (pacientes, agentes de detención y enfermeros).

Método:

Investigación de acción participativa:

- 40 Pacientes, interrogados a través de un cuestionario preestablecido.
 - 1 *focus group* formado por 10 enfermeros, interrogados con el mismo cuestionario.
 - 1 *focus group* formado por 10 agentes de detención, interrogados con el mismo cuestionario.
- Los intercambios serán gravados para facilitar la interpretación del sondeo.

Pacientes:

- Se evaluarán las competencias adquiridas por los detenidos (independencia, aprendizaje...).
- Se promueve una mejora en el conocimiento y la gestión de los tratamientos que disminuya el riesgo de interrupción del tratamiento, tras la salida del centro.
- Disminución del robo de medicamentos entre los detenidos.
- Respeto a la confidencialidad.

Funcionarios de prisiones:

- Economizar los recursos: disminución del personal y del tiempo destinado al reparto de medicamentos. Con ello, el personal penitenciario dispone de más tiempo para desarrollar las actividades intrínsecas a su profesión.
- Disminución de la cantidad de medicamentos en las celdas.

Enfermeros:

- No se observa una aumentación de la demanda ni un abuso de medicamentos por parte de los detenidos.
- La preparación de los medicamentos se ve simplificada; así como la distribución. La disminución del tiempo de reparto, permite ganar tiempo para realizar consultas.
- Mayor visibilidad y mejor observación de la adherencia al tratamiento.

Conclusión: dado nuestro contexto, lo esencial es trabajar con el detenido, insistiendo en la preservación de su autonomía, de modo que la persona se responsabilice de su tratamiento y de su estado de salud, con vistas a la salida del establecimiento penitenciario.

La distribución de medicamentos a través de taquillas individuales podría revelarse como un excelente modelo para favorecer la autonomía y la implicación de los pacientes en su estado de salud, pudiendo suponer una economía de tiempo y de recursos, tanto para los enfermeros como para el personal penitenciario. Es una medida que nos permite también evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Palabras clave: prisión; fármacos; autonomía; reinserción.

Prevalencia de las principales enfermedades crónicas relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular en el Centro Penitenciario Lledoners en 2017

García-González L, Karnaukhov S, Riu O

Centro Penitenciario Lledoners

Objetivo: conocer la prevalencia de las principales enfermedades crónicas relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: estudio descriptivo transversal con una muestra de 610 pacientes mayores de 30 años de la distribución de los factores de riesgo cardiovascular mayores (dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes *mellitus*) y subyacentes (sobrepeso/obesidad, hipertrigliceridemia) en función de la edad.

La herramienta que se ha utilizado para la obtención de resultados es el programa informático e-CAP que permite extraer listados de los problemas de salud activos. El instrumento para la obtención de resultados es realizado con el software estadístico EpiDat donde se realiza un análisis descriptivo de las variables de estudio.

Resultados: el tabaquismo constituye el factor de riesgo cardiovascular más relevante por su elevada prevalencia (60,81), seguido de la obesidad (13,11%), de la hipertensión arterial (10,81%) i de la diabetes *mellitus* (4,75). Estos cuatro factores de riesgo son también los que presentan un riesgo atribuible mayor en la incidencia de cardiopatía isquémica en la población general española, por este hecho han de ser objeto directo de intervención.

Conclusión: la necesidad de intervención terapéutica mediante el diseño de actividades adecuadas con el objetivo de modificar los estilos de vida poco saludables.

Palabras clave: riesgo cardiovascular; prevalencia crónica.

Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica grupal en el medio penitenciario

Velasco-García R^{1,2}, Nogales M^{1,2}, López de Arcaute A^{1,2},
Atrio I^{1,2}, Beltrán de Nanclares L^{1,2}, Valladolid L^{1,2}

¹Centro de Salud Zaballa CP. Prisión Nanclares de la Oca

²Centro Penitenciario Araba/Álava

Introducción: fumar es un problema de Salud Pública, siendo una de las principales causas de muerte evitable. Mientras la prevalencia del consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en población 15-64 años es 30,8% en España (Encuesta EDADES'15), en prisión, es 74% (ESDIP'06).

Objetivo: evaluar el programa de deshabituación tabáquica grupal en el CP Araba/Álava.

Métodos: en 2014-2017 se iniciaron 5 grupos de deshabituación tabáquica con 38 participantes. El programa de Osakidetza consta de una consulta individual, 5 de terapia grupal y 3 sesiones a los 3, 6 y 12 meses tras la terapia para comprobar la abstinencia.

Resultados: en 2014-2017 participaron 38 pacientes. Se considera participante al que acuda, al menos, a 4 sesiones de 5.

- 2014 (8 pacientes): al finalizar 5 permanecían abstinentes (60%), a los 3 meses 3 (40%), a los 6 meses 2 y otro se había ido en libertad, al año seguían abstinentes 2 (25%).
- 2015 (dos grupos, 14 participantes): al terminar 6 seguían abstinentes (42,8%), a los 3 y 6 meses 5 y al año 3 (21,4%) y 2 se habían ido del centro.
- 2016 (7 participantes): al finalizar 3 permanecían abstinentes (42,8%), a los 3 y 6 meses 2 y al año uno (14,3%).
- 2017 (9 pacientes): al finalizar 4 no fumaban (44,4%), a los 3 meses 3 (33,3%) y otro se había ido en libertad.

De los 38 participantes, al finalizar 18 eran abstinentes (47,3%), a los 3 meses 13 (35,1%), uno de ellos ya no estaba en el centro. Entre los 29 participantes de 2014-2016, a los 6 meses 9 permanecían abstinentes (32,1%) y uno se había ido en libertad y al año, abstinentes 6 (23%) y 3 no estaban en el centro.

De los 39 participantes, 3 tomaron vareniclina. Al finalizar el programa los tres permanecían abstinentes y al año, 2 seguían abstinentes y, el tercero, del grupo de 2017, no fumaba al tercer mes.

Conclusiones:

- La disminución del tabaquismo en prisión no solamente es posible, al año el 23% de los participantes seguían abstinentes, sino una prioridad debido a la alta prevalencia.
- Una de las principales limitaciones de este estudio es el número pequeño de participantes por lo que se hace imprescindible un estudio multicéntrico.
- Se ha comprobado como la terapia grupal junto con la ayuda farmacológica aumentan la probabilidad de la cesación tabáquica, siendo un problema el acceso a los fármacos no financiados.

Palabras clave: tabaco; prisión; deshabituación tabáquica; terapia grupal.

Sustancias Psicótropas en prisiones. ¿Necesitamos tantas?

Ferrer del Pino FJ, Saldaña-Hernández AI

Centro Penitenciario Murcia II

Objetivos:

- Describir el número de internos en tratamiento con sustancias psicótropas en un centro penitenciario.
- Describir de los anteriores cuantos llevan un número igual o superior a tres sustancias psicótropas diferentes.
- Describir número de tratamientos psicótropos administrados en tratamiento directamente observado.

Metodología: estudio descriptivo longitudinal de los tratamientos psicótropos prescritos durante los meses de Febrero a Septiembre de 2017 (inclusive ambos) en el CP Murcia 2 a través del registro de farmacia para la preparación de los mismos.

Resultados: Tabla.

Tabla 1. Resultados.

Mes	Internos	Nº Tratamientos	Nº Tratamientos (%)	3 o más PSQ	3 o más tratamientos (%)	Tratados	Tratados (%)
Febrero	1028	558	54,2801556	236	42,29390681	90	16,1290323
Marzo	1062	572	53,8606403	234	40,90909091	97	16,958042
Abril	1054	588	55,7874763	238	40,47619048	98	16,6666667
Mayo	1035	575	55,5555556	235	40,86956522	93	16,173913
Junio	1039	591	56,8816169	245	41,45516074	95	16,0744501
Julio	1053	625	59,354226	245	39,2	95	15,2
Agosto	1048	610	58,2	245	40,16	91	14,91
Septiembre	1037	569	54,86	238	41,82	97	17,04
Media total	1044,5	586	56,1	239,5	40,9	94,5	16,11

Conclusiones:

- Más de la mitad de los internos (residentes en el centro penitenciario (56,1%) llevan prescrito algún tratamiento psicótropo.
- De los tratamientos prescritos más del 40% llevan prescritas, al menos, tres sustancias psicótropas diferentes.
- El mes de Julio de 2017 fue el mes con más tratamientos psicotrópicos prescritos. Sería interesante correlacionar en estudios posteriores este dato con la acusada falta de médicos existente en el centro durante ese periodo.
- De los tratamientos prescritos casi un centenar de internos (94,5 personas) lo llevan en tratamiento directamente observado con la consiguiente carga de trabajo tanto en la preparación como en la administración de los mismos por tomas.
- Sería interesante comparar en estudios posteriores con otros centros los datos aquí aportados para comprobar si están dentro de la media o, por el contrario, alejados de ella por exceso o por defecto.
- La carga de trabajo que supone preparar los tratamientos descritos en tiempo y forma adecuados para una plantilla de diez profesionales (aquí incluimos farmacéutico, enfermeros y personal auxiliar) es realmente excesiva.

Palabras clave: número de tratamientos; prisión; sustancia psicótropa; tratamiento directamente observado.

Cuidados de enfermería penitenciaria en un interno con ventana torácica

Martín-Cocinas MC, Peñuelas-Olivo G

Centro Penitenciario Murcia I

Objetivo: hacer una valoración integral de un interno que presenta una tocarostomía o ventana torácica que necesita cuidados de la herida. A través de los patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA; NIC; NOC. Así como ayudar a que el tiempo de cicatrización y cierre de la herida sea más corto, reduciendo el riesgo de infección y mejorando la calidad de vida del paciente.

Material/Métodos: se describe el caso clínico del paciente con ventana torácica. Se establecieron los diagnósticos reales y potenciales, se fijaron unos objetivos o NOC y se realizaron las actividades necesarias o NIC para alcanzarlos.

Resultados: en una escala de tipo Likert se obtuvo una curación de la herida, del 1 al 3, un nivel de ansiedad, del 3 al 4, un afrontamiento de problemas, del 3 al 4, un nivel de autocuidado, del 2 al 4, el fomento de la Salud, del 2 al 4, y el régimen terapéutico, del 2 al 4, tras un año de seguimiento.

Conclusiones: el abordaje integral que se debe realizar al paciente, no centrado sólo en el motivo de la consulta, sino valorando los distintos patrones funcionales para saber cuáles están alterados y tener en cuenta la evolución del proceso y una mejor atención y mejora de la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: metodología enfermera; ventana torácica; cuidados de enfermería; prisión.

Satisfacción del paciente con la atención recibida en consulta de enfermería

Saldaña-Hernández AI, González-Gómez JA

Centro Penitenciario Murcia II

Objetivo: medir la satisfacción de los pacientes por la atención prestada durante la consulta de enfermería, ya sea programada o a demanda, en dos módulos de un centro penitenciario.

Metodología: estudio descriptivo transversal en 15 internas residentes en población de 114 mujeres. Se seleccionaron los participantes de manera aleatoria, los cuales rellenaron fuera de la consulta un cuestionario autocumplimentable validado que consta de 18 ítems que se responden mediante una escala de Likert de 5 puntos (desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5)). Las preguntas en positivo y en negativo se intercalaron para evitar la tendencia a evaluar la misma categoría. Los ítems definen 4 dimensiones: satisfacción general, compuesta por 3 ítems agrupados por los autores del test, y 3 factores más: cuidados ofrecidos por el profesional, tiempo dedicado a la consulta y profundidad de la relación con el profesional. Todas las encuestadas no precisaron de apoyo para la realización del cuestionario al saber leer y escribir. El retorno del cuestionario se realizó de manera anónima. Resultados Se distribuyeron 15 cuestionarios de los cuales 3 no fueron retornados

Por sujetos: (sujeto 1 (S1) = 69 puntos. Media (x) = 3,8). (S2 = 64 p. X = 3,5). (S3 = 67 p. X = 3,7). (S4 = 64 p. X = 3,5). (S5 = 63 p. X = 3,5). (S6 = 74 p. X = 4,1). (S7 = 63 p. X = 3,5). (S8 = 38 p. X = 2,1). (S9 = 71 p. X = 3,9). (S10 = 64 p. X = 3,5). (S11 = 41 p. X = 2,2). (S12 = 67 p. X = 3,7).

Por ítems:

(Item1 (I1) = 45 puntos). (I2 = 44). (I3 = 43). (I4 = 42). (I5 = 53). (I6 = 49). (I7 = 58). (I8 = 49). (I9 = 48). (I10 = 51). (I11 = 23). (I12 = 38). (I13 = 60). (I14 = 28). (I15 = 39). (I16 = 42). (I17 = 24). (I18 = 22).

Conclusiones:

- El 83,3% de las encuestadas que retornaron el cuestionario se encuentra satisfechas con la atención recibida en la consulta de enfermería.
- El 16,7% de las encuestadas que retornaron el cuestionario no encuentran satisfactoria la atención de enfermería recibida, fundamentalmente por percibir que el tiempo dedicado para la consulta es escaso.
- El ítem “La enfermera se ha interesado por mí no sólo a causa de mi enfermedad, sino también como persona” ha sido el único ítem en conseguir la máxima puntuación por parte de todas las participantes del test y, por ende, el que mayor puntuación ha obtenido en el cuestionario.
- El ítem “Me resultaría difícil hablar con la enfermera sobre temas personales” es el ítem que menor puntuación ha obtenido en el cuestionario.
- Los puntos 3 y 4 pueden darnos una idea del grado de confianza existente en la relación terapéutica del paciente/profesional que les atiende.

Palabras clave: atención prestada; consulta de enfermería; satisfacción; mujeres.

La asistencia en una UCH, una actividad con seguridad

Ruiz Azcona L; Rodríguez Borbolla FJ, Rey Díez AS

Unidad de Custodia Hospitalaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivo: formular recomendaciones que permitan unas prácticas seguras en la atención a los pacientes de una UCH.

Método: se creó un mapa de procesos asistenciales de la UCH que incluye: cuidados de enfermería, procedimientos médicos, procesos de apoyo (cocina, limpieza, mantenimiento, suministros, lencería, traslado de pacientes).

Para cada proceso o procedimiento se identificaron los factores de riesgo más importantes relacionados con la seguridad del personal.

A partir de esta evaluación, se diseñaron una serie de recomendaciones para controlar o reducir los riesgos detectados.

Al mismo tiempo, para su adecuación a la normativa, se consultó la legislación vigente en materia penitenciaria, sanitaria, y sobre riesgos laborales en el ámbito hospitalario.

Estas recomendaciones se someten a la consideración de un grupo de trabajo, creado al efecto en el hospital, para su revisión y validación.

Resultados: se estudiaron los 49 procesos más habituales en la UCH. Identificándose, de media, 6 factores de riesgo para cada proceso, varios de ellos son comunes en la mayoría de los casos.

Por otro lado se consultaron un total de 14 normas de carácter estatal y europeo: 4 normas penitenciarias, 3 de legislación general, 5 normas de legislación sanitaria y 2 normas sobre prevención de riesgos laborales.

Con la información obtenida, se elaboró una tabla con un total de 12 recomendaciones genéricas, aplicables a la mayoría de los procesos de la UCH.

Conclusiones: las características de los pacientes ingresados en una UCH, hace que se contemple la necesidad de contar con unas recomendaciones, que formen parte de una guía de prevención y buenas prácticas en materia de seguridad, para evitar o reducir en lo posible, los diferentes riesgos durante la actividad asistencial.

Palabras clave: seguridad; asistencia hospitalaria; riesgos laborales; buenas prácticas.

Socialización profesional del enfermero/a penitenciario/a: su realizad en un contexto único

Sánchez-Roig M¹, Latorre C¹, Coll A²

¹Eapp la Roca del Vallès 1. Cp Quatre Camins

²Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramón LLull

Objetivo: describir y comprender la socialización profesional del enfermero/a que trabaja en prisión.

Método: estudio realizado en dos fases entre enero-mayo 2016.

Primera fase: método encuesta mediante cuestionario autoadministrado explorando: datos sociodemográficos, perfil y competencias del enfermero/a penitenciario/a, y contexto penitenciario. Se realizó muestreo no probabilístico intencional y por accesibilidad al escenario de enfermeros/as de centros penitenciarios (CP) de Cataluña (N=89). El análisis de datos se realizó mediante programa SPSSv.21.

Segunda fase: método comprensivo desde perspectiva etnometodológica mediante entrevistas en profundidad y observación participante (OP). Se realizó muestreo por intencionalidad y accesibilidad hasta saturación de la información. La entrevista fue grabada y transcrita literalmente. La OP se realizó en un CP catalán mediante diario de campo. El análisis de las entrevistas y OP se realizó mediante programa NVivo PROv.11. Se utilizó la triangulación para contrastar relatos/observaciones de los participantes.

Resultados: participaron un 62,9% de informantes, edad media de 46 años ($\pm 8,6$). Un 21,4% hombres y un 78,6% mujeres. El 76,8% había trabajado en más de 2 CP, tenía una trayectoria profesional de 20,6 años de media y más de 11 años trabajados en CP. Un 70% tenía experiencia laboral en más de 2 ámbitos de salud. *Rol profesional:* resolutivo (71,4%), comprometido (66,1%), con limitaciones (62,5%), motivado (51,8%) y funcional (28,6%). *Identidad profesional:* tener presente la situación de peligro (55,3%), desconfianza hacia el paciente (30,3%), distanciamiento (21,4%). El 80,2% había realizado cambios en su asistencia para trabajar en prisión, debido a la complejidad y normas del contexto penitenciario (89,3% vs. 85,7%). *Mirada del enfermero hacia el recluso:* demandante (80,3%), manipulador (76,8%), conflictivo (46,4%), vulnerable (37,5%) y desfavorecido (35,7%). *Relación con la figura del funcionario:* colaborativa, de seguridad, normativa y dependiente. *Relación con el paciente:* empática, capacidad de diálogo, escucha activa y autocontrol valoradas $\geq 95\%$; asertividad, negociación y proactividad con $\geq 90\%$, comunicación no verbal y flexibilidad $\geq 73\%$. *Formación específica:* reglamentación, normativa penitenciaria, urgencias, drogodependencias, salud mental, enfermedades infecciosas valoradas $\geq 89\%$; multiculturalidad (83,9%). Además, identificaron códigos, agentes sociales, normas, lenguaje, roles y valores necesarios para comprender la realidad de la atención enfermera en prisión.

Conclusiones: el cuidado enfermero se construye desde la multidimensionalidad de sus competencias profesionales y especificidad del contexto. En el contexto penitenciario, el enfermero se relaciona e interactúa con actores sociales desconocidos desde la formación académica y su experiencia laboral en otros ámbitos de la salud, como el recluso y el funcionario. Es necesario diseñar el perfil profesional y las competencias del enfermero penitenciario desde una visión paradigmática de la complejidad.

Palabras clave: enfermería; socialización profesional; competencias; prisión.

Características de la población reclusa: influencia en la planificación de recursos de una unidad de custodia hospitalaria

Rodríguez-Borbolla FJ, Ruiz-Azcona L, Rey-Díez AS

Unidad de custodia Hospitalaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: describir la tipología de los reclusos ingresados en la UCH del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Comparar la tipología de la población penitenciaria con la población general.

Método: estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCH del HUMV entre los años 2010 y 2017.

Las variables estudiadas fueron: diagnósticos principales al alta (clasificados por GRD), sexo, edad, días de estancia, relación entre el número de reclusos ingresados y la población penitenciaria total. Estos datos se obtuvieron del registro de actividad asistencial del HUMV. Se recogieron datos procedentes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para la población reclusa a nivel nacional (PRN) y autonómico, y datos del Instituto Nacional de Estadística para la población general (PGN) y del Instituto Cántabro de Estadística para la población de Cantabria (PGCA). A partir de esta recopilación se realizó un análisis descriptivo de los mismos.

Resultados: en el periodo estudiado, las medias fueron: PRN de 6.5461 reclusos, en Cantabria 625 reclusos. La PGCA de 587.872 habitantes y la PGN de 46.617.715 habitantes.

Se incluyeron 594 ingresos, con una estancia media de 11,82 días, de los cuales el 96,13%, en media, son hombres (PRN de 92,33%, PGCA de 48,75%, PGN de 50,85%).

El 38% de los reclusos tienen una edad superior a los 40 años, Las cifras para la PGCA son del 28,07%, para la PGN del 20,45%.

Respecto a los GRD, los más habituales fueron: trastornos mentales 19,4%, alteraciones del aparato digestivo 13,5%, trastornos osteomusculares 12,5% y enfermedades del sistema circulatorio 8,33%. A nivel nacional, respectivamente son: 3,63%, 26,68%, 5,54%, y circulatorio del 7,16%. Las patologías relacionadas con alteraciones ginecológicas y obstétricas supusieron el 0,59% del total de ingresos de la UCH.

Conclusiones: tras el análisis de los resultados, se identificaron varios parámetros que deben ser tenidos en cuenta en el momento de planificar los recursos necesarios.

En primer lugar, las características del recluso que ingresa son: varón, de mediana edad, con alteraciones mentales, digestivas o de tipo osteomuscular.

En segundo lugar, el porcentaje de ingresos se mantiene constante, independientemente del número de reclusos totales, con lo que puede utilizarse como factor predictivo del número de ingresos.

Finalmente, el escaso número de patologías ginecológicas y obstétricas encontradas en el periodo estudiado, puede evidenciar que no es necesario dedicar grandes recursos en la unidad para su atención.

Palabras clave: recursos; planificación, población reclusa, UCH.

Conciliación de la medicación en el Hospital Penitenciario: atención indisciplinar centrada en el paciente

González-Anglarill J, González-Navarro M, González-Valdivieso J,
Hernández-Griso M

Hospital de Terrassa. Consorcio Sanitario de Terrassa

Introducción: la conciliación de medicación al ingreso es un proceso formal de obtención de un listado de la MH que el paciente tiene indicada en su centro penitenciario para garantizar que ésta se mantiene durante su ingreso y se adecua a su situación clínica.

Objetivo: describir la aplicación del programa de conciliación de medicación habitual (MH) de los ingresos programados desarrollado en el Hospital Penitenciario de Terrassa (HPT).

Método:

- *Ámbito:* el HPT está anexo a un hospital general de 377 camas con un Servicio de Farmacia común. Dispone de 33 camas para ofrecer asistencia hospitalaria a 7 centros penitenciarios de Cataluña. Esto supone una población de entre 8.600-10.500 personas.
- *Sistemas de información:* historia clínica informatizada (HIS) utilizado en los centros penitenciarios eCAPP; desarrollo de módulo de conciliación en HIS hospitalario, Gestor Clínico (GC).
- *Otras herramientas:* protocolo de intercambio terapéutico, protocolo de manejo perioperatorio de MH y otros protocolos específicos. Éstos están consensuados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital y no son específicos de HPT.
- *Criterios inclusión:* pacientes con ingreso quirúrgico programados o para realización de pruebas diagnósticas en el HPT.

Resultados:

- *Desarrollo del programa de conciliación en pacientes programados para ingreso en el HPT:*
 - Obtención del listado telemático a través de eCAPP de la MH por parte del coordinador asistencial del HPT y envío al farmacéutico referente.
 - Revisión de la MH y realización de propuesta en el GC, generando curso clínico y una prescripción médica inactiva en el pre-ingreso.
 - Validación, al ingreso por el anestesiólogo o su médico referente y activación de la prescripción médica en el GC.
 - Verificación por enfermería de la medicación prescrita con la del eCAPP.
- *Aplicación del programa de conciliación de MH centrada en el paciente:*
 - Periodo de estudio: 2010-2017.
 - Total de altas en el HPT: 5.162 (actividad programada y no programada).
 - N ingresos programados: 3.608 (70%)
 - N ingresos programados que cumplen con los criterios de aplicación del programa de conciliación: 3.116 (86%), y coincide con el número de conciliaciones realizadas (n=3.116).

Conclusiones: la alta tasa de aplicación, del 86%, del programa basado en un abordaje interdisciplinar centrado en el cuidado del paciente permite garantizar la calidad, trazabilidad y la seguridad farmacoterapéutica, así como la continuidad asistencial entre los diferentes dispositivos asistenciales. En este sentido, las herramientas telemáticas actuales son imprescindibles para obtener de manera inmediata y segura la MH actualizada.

Palabras clave: conciliación; medicación habitual; hospital penitenciario.

El consentimiento informado: algo no resuelto en el ámbito penitenciario

García-Gurerrero J

Castellón de la Plana

Introducción: hay discrepancias en nuestro ordenamiento sobre el alcance del Consentimiento Informado (CI), en el ámbito penitenciario.

Material/Método: revisión de la normativa legal y doctrina constitucional sobre CI. Revisión de las resoluciones judiciales recaídas por consultas de los centros penitenciarios cuando un preso se niega a un tratamiento médico.

Resultados: normativa sobre CI (Ley 41/2002 y Convenio de Oviedo): excepto en casos de urgencia y daños a terceros, cualquier persona competente y capaz puede decidir sobre su vida y salud, y esa decisión debe ser respetada.

Normativa Penitenciaria (Ley 1/1979, orgánica, general penitenciaria, Reglamento Penitenciario): La Administración debe velar por la vida y salud de los presos y tiene el derecho/deber de adoptar todas las medidas a su alcance para conseguir ese objetivo.

Doctrina constitucional:

Sentencias del Tribunal Constitucional (STC) 120/1990; 137/1990 y 11/1991: se ampara la legitimidad constitucional de la alimentación forzada a un huelguista de hambre, justificada por la necesidad de preservar el bien superior de la vida humana y por la obligación de la Administración de velar por la vida y salud de los internos.

STC 37/2011(FJ 5): “el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo”.

Resoluciones judiciales (juzgados de Instrucción y de Vigilancia Penitenciaria): todas ellas autorizan el tratamiento médico forzoso de un preso cuando, a criterio médico, su vida o su salud corran peligro.

Conclusiones: los presos ven limitado el ejercicio del derecho al CI en casos extremos en que su vida o salud están amenazadas. Esta práctica es un mandato judicial que atenta contra el derecho fundamental constitucional a la integridad física y contra la legislación común sobre CI.

Palabras clave: consentimiento informado; presos; prisión; España.

Implantación del proyecto de seguridad de los pacientes en EAP Penitenciaria Mas d'Enric de Tarragona

Cuadro-Pena E, Vaz E, Zamora A, Gómez A

EAP Mas d'Enric

Objetivo: mejorar la seguridad de los usuarios atendidos por el personal sanitario en el Centro Penitenciarios Mas d'Enric a partir de la implantación de:

- *Procesos proactivos* en seguridad de los usuarios mediante la herramienta ProSP. Estos consisten en desarrollar un sistema de gestión de riesgo asistencial basado en la detección de problemas antes de que sucedan.
- *Procesos reactivos* en seguridad de los usuarios: sistemas de notificación TPSC-Cloud, basados en el análisis de incidentes de seguridad de los usuarios notificados por los profesionales y en la implantación de prácticas seguras.

Método: se plantea la implantación progresiva al Modelo de Calidad y Seguridad de la Dirección de Atención Primaria de Tarragona (DAP_CT), teniendo en cuenta que la prestación sanitaria en nuestro medio corresponde al Institut Català de la Salut, proveedor de servicios del CatSalut.

Se resuelve iniciarla mediante implementación de los procesos Proactivos y Reactivos, que consideramos elementos imprescindibles para mejorar la seguridad del paciente en Atención Primaria y para dar forma a la “cultura de seguridad entre los profesionales”.

Se decide efectuar análisis de la situación actual y para ello, el equipo directivo y profesionales sanitarios de Mas d'Enric mediante metodología analítica DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), llevan a cabo una jornada de reflexión a fin de conocer el punto de partida y plantear estrategias para iniciar la fase de cambio.

Después del análisis DAFO se concluye incorporar al sistema;

Procesos proactivos mediante *checklist* diarios (herramienta informatizada ProSP):

- Uso seguro del medicamento: control de fármacos y vacunas termolábiles, “cadena de frío”.
- Atención aguda: “*box* urgencias”, “uso carro paros” y “maletín salidas a módulos”.
- Seguridad proceso laboratorio: “laboratorio de análisis”.

Procesos reactivos: Sistema de notificación de incidencias en seguridad del paciente mediante el sistema TPSC_Cloud del Departamento de Salud.

Resultados: indicadores.

- *Estructura:* implementación del sistema de Calidad en el tiempo previsto al 100%.
- *Proceso:* incidencias en seguridad detectadas antes de llegar al paciente y solucionadas en un 90%.
- *Consecución Acuerdo de Gestión Calidad y Seguridad DAP_CT:* Se logran los objetivos marcados para el año 2017 en todos los indicadores de resultado excepto en “maletín salidas a módulos”.

Conclusiones: la implantación de herramientas proactivas y reactivas basadas en modelos de evitación de riesgo o modelo “ultraseguro”, nos ayuda a conseguir nuestro objetivo, facilita la identificación de incidentes de seguridad antes de que lleguen a los pacientes y nos permite aplicar prácticas seguras evitando que vuelvan a producirse.

Palabras clave: seguridad; calidad; *checklist*; gestión.

La experiencia de la teleconsulta de urología en el Centro penitenciario Madrid IV

Vegue-González M¹, Granados MJ¹, De la Peña E²,
Toledo B¹, González-Redondo MJ¹, Cosín JD¹

¹Centro Penitenciario de Madrid IV

²Servicio de Urología Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Objetivos:

- Conocer el número total de consultas de telemedicina por videoconferencia en tiempo real realizadas en un centro penitenciario y el porcentaje de esas teleconsultas que corresponden a la especialidad de Urología.
- Estudiar las patologías urológicas que con mayor frecuencia recibieron atención médica por teleconsulta.
- Conocer el número total de pacientes que consultaron con urología distinguiendo entre consultas presenciales y teleconsultas.
- Conocer el porcentaje de consultas de telemedicina que requirieron derivación hospital y los tipos de actos médicos que generaron posteriormente en el centro hospitalario.

Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal a partir de los registros de actividad asistencial por telemedicina entre el Centro Penitenciario Madrid IV y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) entre el 12.7.13 y el 31.12.17. Codificación clínica con la CIE-9-MC. Análisis estadístico univariante descriptivo y de frecuencias mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados:

- En el periodo de estudio se realizaron en total 2807 consultas de telemedicina. De ellas 269 (9,6%) se realizaron con el Servicio de Urología de forma programada con asignación de agenda una vez por semana.
- Los motivos de consultas fueron muy variados, entre los más frecuentes pueden mencionarse la HBP/STUI (23,7%), cólico renal y cálculo de riñón/uréter (11,6%), masa en testículo/escroto (11,1%), dolor de testículo (6,8%), fimosis (5,8%), ITU (5,3%), hematuria microscópica (4,3%), PSA elevado (3,9%), trastorno eréctil masculino (3,9%), neoplasia maligna de próstata/vejiga (3,4%), cuerpos extraños en pene (3,4%), otras (16,8%).
- Consultaron con urología un total de 218 pacientes, de ellos 186 (85,3%) por teleconsulta en el HUFA y de forma presencial 32 pacientes (14,7%) en otros 5 hospitales de la Comunidad de Madrid.
- Las 269 consultas de urología por telemedicina generaron 99 salidas al HUFA; 57 (57,6%) para realizar pruebas complementarias, 18 (18,2%) para intervenciones quirúrgicas, 13 (13,1%) para consultas presenciales, y 11 (11,1%) para biopsias.

Conclusiones:

- Desde su implantación en 2013 la gran mayoría de los pacientes urológicos han recibido atención especializada por telemedicina.
- Este procedimiento se ha mostrado eficaz en la consulta de urología considerando que solamente en 13 ocasiones no fue posible hacer una valoración inicial por telemedicina, resultado necesario derivar al paciente a consulta presencial en el hospital.
- La teleconsulta con los centros penitenciarios disminuye la incomodidad en los traslados de los pacientes por su condición de custodiados, evita listas de espera y supone un ahorro de recursos en fuerza pública.

Palabras clave: urología; telemedicina; consulta remota; prisiones.

Análisis de los productos alimentarios más vendidos en economatos de prisiones durante 2016

Armenteros-López B¹, Blanco-Quiroga A², Casado-Hoces SV²,
Garcés-Pina E², González-Gómez JA², Martínez-Delgado M²,
Vera-Remartínez EJ²

¹Centro Penitenciario Quatre Camins

²Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GESESP

Introducción: la población penitenciaria presenta un alto índice de sobrepeso y obesidad que generalmente es atribuido a una alimentación inadecuada.

Objetivo: conocer los principales productos alimentarios más vendidos en centros penitenciarios y realizar una valoración nutricional de los mismos.

Material/método: estudio descriptivo, trasversal retrospectivo y multicéntrico realizado en 7 centros penitenciarios de la geografía española. Se recogen los 10 productos alimentarios más vendidos durante 2016 en cada centro, a partir de los listados facilitados por los economatos centrales. Se ordenan por orden de ventas y se pondera el orden por centros, asignando una puntuación mayor a los más vendidos. Se agrupan por categorías y se recopila información nutricional de todos los productos sobre el etiquetado (Índice glucémico (IG), Kcal/100 g.; Carbohidratos; Glúcidos; Grasas totales; Saturadas, Insaturadas y Sal). Variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Variables cuantitativas como medianas y rango intercuartílico [Percentil 25 y 75]. Se utilizó el programa SPSS v.20 para el análisis.

Resultados: se obtuvo una relación de 35 productos distintos de entre los 70 seleccionados. Los 10 más vendidos por orden decreciente de mayor a menor fueron: Agua mineral; Coca-cola normal; Cerveza sin alcohol; Azúcar; Atún en aceite; Café; Dulce-Sol; Pepsi-cola; Queso y zumos de frutas. En cuanto a grupos alimentarios establecidos de forma arbitraria, el grupo con más productos distintos sería el de zumos y refrescos con o sin gas 8 (22,9%); bollería industrial 6 (17,1%); embutidos 4 (11,4%); salsas 3 (8,6%); frutos secos, aperitivos, edulcorantes, lácteos y conservas vegetales cada uno con 2 (5,7%) y agua, bebidas con cafeína, aliños y conservas de pescado cada 1 con 1 (2,9%). medianas: de calorías/100g. 33,5 [6,5 a 159,5]; IG 52,5 [0 a 67,5]; carbohidratos 5,3 g [0,01 a 11,1]; azúcares 3,4 g [0,0 a 11,0]; grasas totales 0,0 [0,0 a 0,01] saturadas e insaturadas 0,0 [0,0 - 0,0]; sal 0,0 [0,0 -0,08].

Discusión: los 10 productos más vendidos son de escaso valor nutricional presentando un alto contenido en azúcares y calorías, con un IG clasificado de medio-alto. El etiquetado de los productos es difícil de interpretar la mayoría de veces por desconocimiento de los usuarios. Es preciso establecer intervenciones de prevención primaria de forma individual mediante consejo dietético en las consultas de enfermería y de forma grupal mediante actividades de educación para la salud, orientadas a formar en aspectos nutricionales, donde enfermería tiene un papel primordial.

Palabras clave: alimentación; comercialización de productos; etiquetado de alimentos; prisiones; España.

Simulación de modelo organizativo de atención sanitaria tras el traspaso de transferencias de sanidad

Mañas-Ortíz C¹, Paredes-Carbonell JJ²

¹Centro Médico Dietnut

²Centro de Salud Pública de Alzira

Objetivo: describir una simulación de modelo organizativo de atención sanitaria penitenciaria tras el posible traspaso de funciones de Estado a la Comunitat Valenciana.

Métodos: mediante revisión bibliográfica del estado actual de la sanidad penitenciaria en la Comunitat Valenciana y tomando como referencia el proceso de transferencia realizado en 2011 por el País Vasco, se propuso un modelo de estrategia organizativa de la atención sanitaria penitenciaria una vez realizada la transferencia de funciones a la Comunitat Valenciana. Se escogió el C.P. Valencia para realizar la simulación por su tamaño. Se propuso, la conversión del equipo médico en un equipo de atención primaria y la creación de un centro de salud penitenciario, con su hospital y unidad de custodia y un centro de salud pública de referencia. Como unidades de apoyo, se le asigna una unidad de salud mental, una unidad de conductas adictivas, una unidad de salud sexual y reproductiva y una unidad de prevención del cáncer de mama, en función del departamento de salud al que pertenecen y cercanía al centro penitenciario. Esta propuesta fue adaptada tras la entrevista a 4 informadores clave trabajadores de diferentes centros penitenciarios y la opinión de 7 expertos de la administración territorial.

Resultados: el Hospital de referencia asignado sería el Hospital General Universitario de Valencia, el cual cuenta con una unidad de custodia dotada de 9 habitaciones y 13 camas. Las unidades de apoyo seleccionadas serían las dependientes del departamento de salud Valencia – Hospital General que más cerca se encuentran del centro penitenciario. El personal sanitario penitenciario destacó: necesidades (equidad entre el medio intra y extra penitenciario), temas necesitados de coordinación (recursos humanos), propuestas de mejora de la salud de la población (creación de CSP) y aspectos beneficiosos derivados del traspaso (mejor asistencia sanitaria). El personal directivo y administrativo destacó como aspectos organizativos y estructurales de la atención sanitaria: CSP, telemedicina, atención especializada de psiquiatría y odontología, historia clínica electrónica, SIP para todos los internos y unidades de apoyo; como aspectos relacionados con la integración del personal sanitario: incentivos; como posible dificultad del proceso: la falta de voluntad política; y como elemento de éxito del proceso: la gestión de recursos humanos.

Conclusiones: adaptar el marco organizativo tras la transferencia identificando las necesidades específicas de la población penitenciaria parece ser la mejor herramienta a la hora de realizar esta transferencia tan necesaria de manera adecuada y eficaz.

Palabras clave: transferencia; Sanidad Penitenciaria; integración; modelo.

Situación de los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana

Mañas-Ortíz C¹, Paredes-Carbonell JJ²

¹Centro Médico Dietnut

²Centro de Salud Pública de Alzira

Objetivo: describir la situación actual en cuanto a internos, recursos y principales indicadores de actividad de los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana y comparar los resultados.

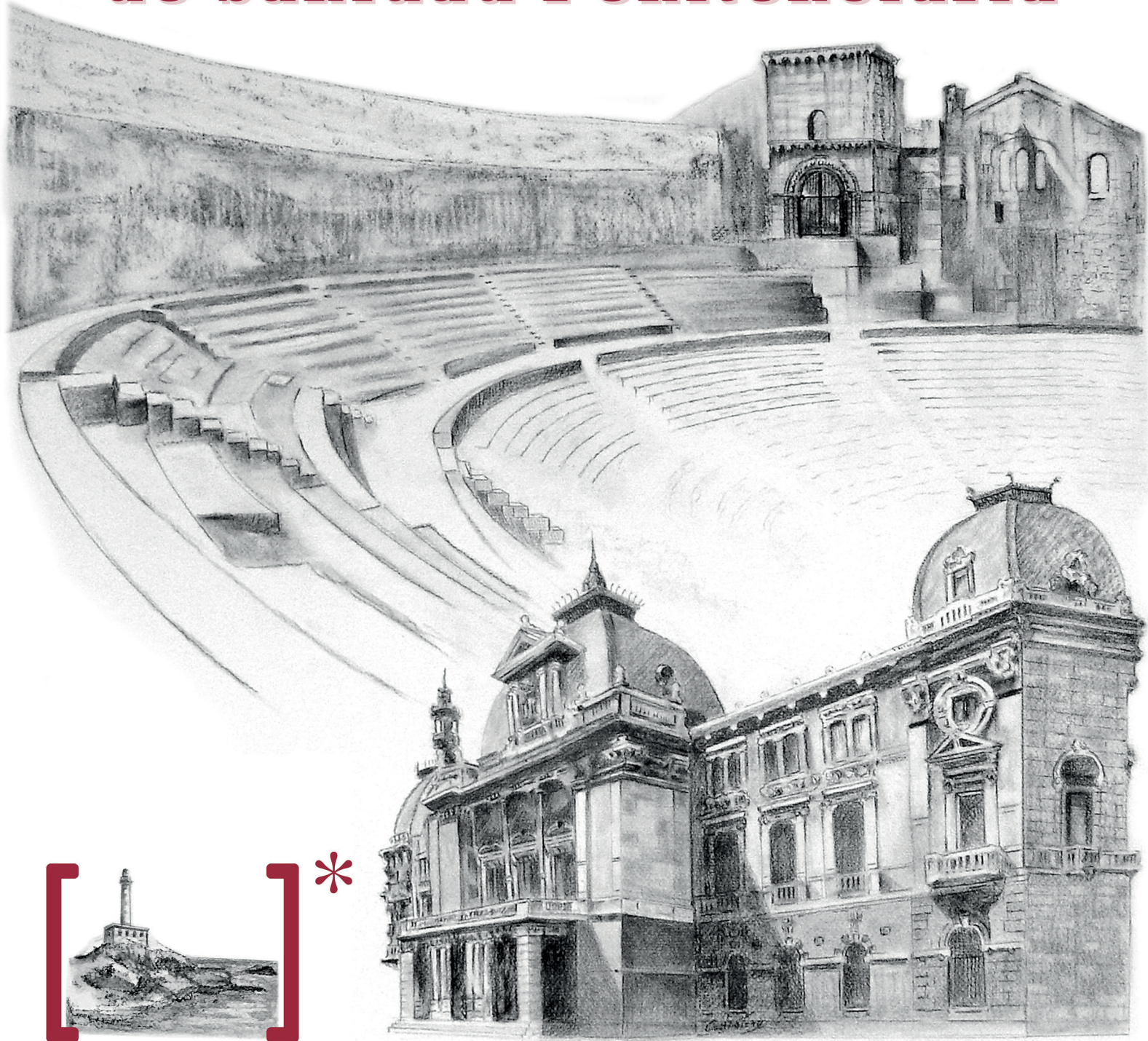
Métodos: mediante revisión bibliográfica de fuentes del Ministerio del Interior, se han recogido: localización de los centros, número de celdas, número de población reclusa, número y tipo de profesionales, número de camas de los centros, ingresos y estancias hospitalarias, actividades sanitarias realizadas por los profesionales de los centros, gasto farmacéutico, datos de vigilancia epidemiológica e indicadores de salud.

Resultados: la Comunitat Valenciana albergó 5,847 internos en 2016 siendo la tercera autonomía en volumen de internos de España. Actualmente cuenta con 5 centros penitenciarios (C.P. Valencia “Antoni Asunción Hernández”, C.P. Castellón I, C.P. Castellón II, C.P. Alicante Cumplimiento y C.P. Alicante II) y un Hospital Psiquiátrico (Alicante). Durante el 2016, el número de internos disminuyó una media del 5,9% respecto al 2015 en todos los centros exceptuando el C.P. Castellón I, en el cual se incrementó en 4,27%. El C.P. Alicante II (355), (173), el C.P. Castellón II (324), (171) y, el C.P. Alicante I (190) superan la media estatal de internos por médico (179), al igual que de internos por enfermeros (115), a excepción del C.P. Alicante I (109). La relación enfermero + auxiliar por médico se encuentra por encima de la media estatal (3) en todos los centros menos en el C.P. Castellón I (2) y el C.P. Alicante I (2). El C.P. Castellón I (150,3), C.P. Castellón II (98,8), C.P. Alicante I (106,4) y el Hospital Psiquiátrico (142,7) superan la media autonómica (97,1) en cuanto a consultas a demanda/ 100 internos-mes. El C.P. de Valencia (145,4) y el C.P. Alicante I (108,4) superan esta media (73,8) en cuanto a consultas programadas/100 internos/mes. Los tratamientos directamente observados ocupan entre el 70,2% (C.P. Alicante I) y el 97,8% (Hospital Psiquiátrico) de la actividad de enfermería. Mientras las urgencias médico quirúrgicas oscilan entre el 80,9% (C.P. Alicante I) y el 97% (C.P. Valencia) exceptuando el Hospital Psiquiátrico donde estas son el 100%. Respecto al tratamiento farmacológico, los psicótropos es el más empleado, siendo la media autonómica de uso por cada 100 internos/mes de 47,5; superándose en el C.P. Castellón II (62,5) y el Hospital Psiquiátrico (92).

Conclusión: a pesar de seguir tendencias similares, cada centro penitenciario tiene un perfil determinado que hay que estudiar a la hora de implantar cambios en los centros.

Palabras clave: indicadores; calidad; gestión; actividad sanitaria.

XII Congreso Nacional XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Sanidad Penitenciaria, aires de cambio

Cartagena 10, 11 y 12 de Mayo 2018