La tuberculosis en las Instituciones Penitenciarias españolas. Su evolución en los años 90

V Martín Sánchez

Centro Penitenciario de León

Las prisiones (II.PP.) y la tuberculosis (TB) han estado históricamente relacionadas por convivir en ellas un elevado número de individuos pertenecientes a los grupos de riesgo para esta enfermedad y por tratarse de instituciones cerradas donde no son infrecuentes las deficiencias higiénico-sanitarias y el hacinamiento que facilitan la transmisión de la infección [1].

En la década de los 80, a la mala situación epidemiológica de España, lejos del control de la TB [2], se vino a añadir un nuevo y poderoso factor agravante, la pandemia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). España presentaba una elevada incidencia anual de sida [3] y la población reclusa española unos alarmantes niveles de infección VIH [4]. La TB en las prisiones españolas era especialmente frecuente, se describieron prevalencias de hasta 6000 casos por cien mil internos [5,6] y se declararon entre 1500 y 1878 casos de TB por cien mil internos y año, más de 40 veces las estimadas para la población general española [7,8,9].

La principal causa de esta grave situación eran los elevados niveles de coinfección VIH-TB [6] que alcanzaban su máximo exponente en los usuarios de drogas intravenosas (UDI) [5], donde se observó la prevalencia de coinfección VIH-TB más elevada descrita en la literatura médica, el 43 % [10]. La falta de programas de prevención y control favoreció la existencia de una alta incidencia de infección tuberculosa, que en un medio con altas prevalencias de infección VIH, dio lugar a una importante transmisión nosocomial de la TB e incluso la selección y transmisión de cepas multirresistentes [11].

Esta misma situación, matizada por la menor incidencia de TB, se observó en la población reclusa de los EE.UU. de América, incluida la aparición de microepidemias con transmisión de cepas multirresistentes, en muchos casos fatales, que llevó a algunos autores a referirse a la TB en prisiones como la "plaga olvidada" [10].

La importancia de un mal control de la tuberculosis en las II.PP transciende de ellas y va a repercutir sobre toda la sociedad, no sólo en la población reclusa y los trabajadores de las prisiones. La transmisión nosocomial de la tuberculosis en las II.PP. ha sido reconocida como una de las causas del incremento en el número de casos observados de TB desde mediados de los años 80 en EE.UU. [12] y es más que probable que en nuestro país esto también haya sucedido [13,14].

Como resultado, se reforzaron de manera notoria, los programas de prevención y control de la TB en los sistemas correccionales de los EE.UU. y los buenos resultados no se hicieron esperar [15,16]. En nuestro país, a partir del año 1990 se pusieron en marcha programas para la prevención y control de la TB en las II.PP.[17], existiendo desde sus inicios muchos problemas para su ejecución y mantenimiento [7,8]. Ocho años después, algunos datos parecen indicar que la efectividad de los programas puestos en marcha no es la que debiera.

Es muy posible que se hayan mantenido, a lo largo de estos años, los altos niveles de coinfección VIH-TB debido al incremento de la infección tuberculosa y al mantenimiento de las elevadas prevalencias de infección VIH [18]. Solo a partir de 1995 se extendieron los programas de mantenimiento con metadona en las II.PP. españolas y hasta ese año no se había observado un descenso significativo en la prevalencia de infección VIH en los UDI [19].

También puede hablar en favor de la escasa efectividad del control de la TB en el medio penitenciario el incremento en el número de casos declarados en los últimos años y en la tasa por mil internos (278 casos nuevos en 1993 y 7,1 casos por mil internos; y 523 casos y 13,7 casos por mil internos en 1996)[20]. Aunque con total seguridad el incremento es también fruto de una mejora en los mecanismos de declaración, las incidencias declaradas son similares a las de 1991 y 1992 [8]. Tras varios años de programa, el rápido diagnóstico de los casos infecciosos y la terapia directamente observada (TDO), al menos en los casos bacilares, deberían haber dado lugar a una disminución de la incidencia de infección tuberculosa y haberse observado una disminución en el número de casos y la incidencia de la enfermedad [16].

Un programa de prevención y control efectivo habría presentado resultados en un corto espacio de tiempo al tratarse de comunidades cerradas con alta prevalencia de infección VIH. En el caso de los infectados por VIH, un importante porcentaje de casos son achacables al rápido desarrollo de la tuberculosis tras la infección tuberculosa primaria o reinfección[21,22]. En estudios en población general esto supone alrededor del 30 % del total de casos[23,24], al tratarse de instituciones cerradas es más que probable que el número de casos debidos a transmisión reciente de *M. tuberculosis* sea superior al 50 % y cercano al 70 %[25,26]. De contar con un programa de prevención y control eficaz la disminución en la incidencia se observaría sobre todo en el porcentaje de casos entre los infectados por VIH. En las II.PP. españolas alrededor del 75 % de los casos declarados desde 1991 hasta la fecha se producen en infectados por VIH[8,20].

La quimioprofilaxis antituberculosa, que supone un mayor esfuerzo para inferiores resultados, tampoco parece haber ahorrado los casos resultantes de la reactivación endógena[27]. No es una práctica común su indicación y cuando se indica pocos son los pacientes que la finalizan[28].

Otro aspecto de enorme interés es la falta de evaluación de los programas puestos en marcha. Se puede afirmar que no hay programa si no hay evaluación, su ausencia impide conocer las causas del mantenimiento de las altas prevalencias e incidencias de la enfermedad tuberculosa, lo que difícilmente va a permitir poder mejorar la efectividad y la eficiencia de los mismos.

Tal vez la principal razón de esta baja efectividad sea la falta de especial atención a grupos de gran interés epidemiológico que tienen un mayor riesgo de padecer tuberculosis y generalmente son de difícil acceso a los recursos sanitarios (UDI, indigentes, alcohólicos, etc.). En estos colectivos la demora en el diagnóstico puede ser importante, y no son infrecuentes los abandonos de las quimioterapias antituberculosas y/o el mal cumplimiento de las mismas con el consiguiente incremento del riesgo de recidivas, de transmisión de la enfermedad e incluso de aparición de cepas multirresistentes[29]. Si estos aspectos son ya de difícil ejecución, lo es aun más la quimioprofilaxis a pesar de poder evitar la aparición de la enfermedad en el grupo con mayor riesgo para desarrollarla (los infectados por VIH).

Otro problema del mayor interés en estos grupos es la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación entre las II.PP. y los recursos extrapenitenciarios existentes en la prevención y el control de la tuberculosis. Esto dificulta la continuación de los tratamientos, quimioterapias y quimioprofilaxis, iniciados fuera de prisión en prisión y a su vez, continuar en libertad los tratamientos no finalizados en prisión[30]. A su vez se duplican pruebas diagnósticas y se retrasa el diagnóstico en los casos de enfermedad (importante en el caso de tuberculosos en tratamiento o "ex-tuberculosos").

Estas apreciaciones son consistentes con lo observado en nuestro Centro, donde la tendencia de coinfección VIH-TB se incrementó de forma significativa, un 20 % anual, en aquellos presos con antecedentes de dos o más años de permanencia en prisión[18]. Esto se observó más claramente en el colectivo de UDI, donde un incremento de la infección tuberculosa y el mantenimiento de la infección VIH dieron como resultado un incremento del 10% de la coinfección VIH-TB, si bien la diferencia observada no alcanzó la significación estadística. Los principales factores predictores de coinfección, en este colectivo, fueron la edad y el tiempo en prisión lo que puede indicar el deficiente control de ambas infecciones en las II.PP.[31]. No hay que olvidar los altos niveles de coinfección existentes en aquellos internos que ingresan por vez primera en prisión lo que traduce también el difícil control de estas infecciones en este colectivo en la sociedad.

Diversos estudios abundan en estas hipótesis. En las prisiones del área de Barcelona más del 50 % de los casos de tuberculosis diagnosticados la transmisión era reciente y el retraso en el diagnóstico evidente[26]. Los pacientes incluidos en "clusters" de transmisión de los casos observados en la población penitenciaria de Madrid y un área sanitaria de Madrid tenían características de riesgo similares[32]. También se ha observado como en la incidencia de coinfección de sida y tuberculosis en el año 1994 la variable prisión se comportaba como un factor de riesgo de primer orden independientemente de otros factores de interés como la edad y el UDI[33].

En aquellos lugares donde existe un adecuado programa de control con eficaces mecanismos de coordinación con los recursos externos, como parece ser el caso de la ciudad de Barcelona, se están observando logros en el control de la tuberculosis en población penitenciaria. En Barcelona en 1987 el 40 % de los presos con tuberculosis finalizaban el tratamiento, en 1995 más del 90 %; tal vez esto haya influido en el descenso observado en el número de casos (250 casos en 1994; 150 casos en 1997)[34,35,36]. O bien en aquellos centros con población penada con largas condenas y personal muy concienciado en el control de la "peste blanca"[37].

De alguna manera todo lo anterior viene a poner de manifiesto como se retrasa el diagnóstico en aquellos pacientes menos colaboradores, justo aquellos de más riesgo, dando como resultado la transmisión de la infección en la prisión. Lo mismo puede estar sucediendo en el seguimiento de la TDO en el caso de enfermos y de las quimioprofilaxis en los infectados, so-

bre todo en el caso de excarcelación. Estos hechos lastran una de las actividades más costo-eficientes que las autoridades sanitarias pueden poner en marcha: la búsqueda activa y pasiva de tuberculosis pulmonar en prisión. La TDO y la finalización de los tratamientos iniciados, en el caso de excarcelación o traslado a otros Centros, se hacen imprescindibles para que esta actividad sea eficiente [38]. Es también esperanzador observar las experiencias que en los últimos años se han puesto en marcha para mejorar el cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa [39,40].

Por todo lo anterior podemos concluir manifestando que no parece haberse modificado la importancia de la tuberculosis en las prisiones españolas, manteniéndose las altas prevalencias de enfermedad y coinfección VIH-TB. Este hecho no debería ser compatible con los recursos dedicados a la sanidad penitenciaria y los programas iniciados a principios de la presente década. Esta falta de efectividad debe de ser valorada a través de la evaluación de los programas de control de la tuberculosis y mejorada su efectividad con la mayor brevedad posible. No podemos olvidar que la tuberculosis es una enfermedad conocida, prevenible, diagnosticable y tratable. El diagnóstico precoz, la TDO, la quimioprofilaxis antituberculosa en los infectados por VIH, y la finalización de las mismas a través de una buena coordinación, van a dar lugar a una alta rentabilidad. Entre todos podemos elegir el grado de infección y enfermedad tuberculosa que estamos dispuestos a admitir [41]. Aunque los datos así lo indican es difícil aceptar que nuestra decisión sea el seguir viviendo muchos años en compañía de la peste blanca y pagando un alto tributo en vidas, enfermedad y sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dubos R. The white plague. New Brunswick: Rutgers University Press, 1990.
2. Vidal Plá R, Ruiz Manzano J. ¿ Aumenta la tuberculosis en España ?. Med Clin (Barc) 1986; 86:845-847.
3. Registro Nacional de SIDA. Sección de Epidemiología e información sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
4. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT, Salleras L. Epidemiology of HIV-1 infection in a Catalonian penitentiary. AIDS. 1990; 4:1023-1026.
5. Martín V, González P, Caylà JA, Mirabent J, Cañellas J, Pina JM, Miret P. Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre. Tubercle and Lung Disease 1994; 74:49-53.
6. Martín V, Álvarez Guisasola F, Caylà JA, Álvarez JL. Predictive factors of M. tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners. Int J Epidemiol 1995;24-3: 630-636.
7. Bolea A. Situación de la tuberculosis en instituciones penitenciarias. Libro de ponencias y comunicaciones. León: I Congreso nacional de sanidad penitenciaria, 1993: 41-45.
8. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Programa de prevención y control de la tuberculosis en II.PP. 16 de septiembre de 1991 a 31 de diciembre de 1992. Madrid: Secretaria de Estado para Asuntos Penitenciarios, Madrid, Abril 1994.
9. Guerrero R. Epidemiologia de la tuberculosi en presos: Barcelona (1991-1992). Influència de la infecció per virus de la immunodeficiència adquirida en la transmissibilitat de la tuberculosi i en la supervivència. Tesina Màster en Salut Pública. Universidad de Barcelona, 1994.
10. Drobniewski F. Tuberculosis in prison-forgotten plague. Lancet 1995;346:948-49.
11. Chaves F, Dronda F, Ortega A, Alonso-Sanz M, López-cubero L, González-López A, et al. Tuberculosis resistente en una población penitenciaria durante el período 1991-1993. Med Clin (Barc) 1995; 105:85-88.
12. U.S. Departament of Health and Human Services. Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician should know. U.S. Goverment printing Office, 1996.
13. Vall Mayans M, Maguire A, Miret M, Alcaide J, Parrón I, Casabona.J. The spread of AIDS and the re-emergence of tuberculosis in Catalonia, Spain. AIDS 1997, 11:449-505.
14. Castilla J, Gutiérrez A, Guerra L, Perez de la Paz J, Noguer I, Ruiz C et al. Pulmonary and extrapulmonary tuberculosis at AIDS diagnosis in Spain: epidemiological differences and implications for control. AIDS 1997;11:1583-1588.
15. Centers for Disease Control. Prevention and Control of Tuberculosis in Corretional Institutions: Recomendations of the Advisory Committe for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 1989; 38:313-321.
16. Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City-Turning the tide. N Engl J Med 1995, 333:229-233.
17. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Programa de Prevención y Control de la tuberculosis en Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio de Justicia, 1990.
18. Martín V, Alonso I, Caylà JA, Castilla J. Tendencia de las prevalencias de infección y coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana y Mycobacterium tuberculosis en población reclusa al ingreso en prisión. 1991-1997. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, Noviembre 1998.
19. Martín V, Caylà JA, Herrero LE, Morís ML, Perez R.

Predictive factors of HIV infection in intravenous drug users upon incarceration. 1.991-1.995. European Journal Epidemiology 1998; 14:327-331.

20. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Casos de Tuberculosis en Instituciones Penitenciarias 1996. Ministerio del Interior, Madrid, Junio 1998.
21. Styblo K. Epidemiology of tuberculosis. The Hague: KNCV, 1991: Selected papers, vol. 24.
22. Harries AD, Maher D. TB/HIV: A Clinical Manual. Geneve: World Health Organitation, 1996.
23. Allan D, Kalkut GE, Moss AR, McAdam RA, Hahn JA, Bosworth W, et al. Transmission of tuberculosis in New York City. An analysis by DNA Fingerprint and conventional epidemiologic methods. N Engl J Med. 1994; 330:1710-1716.
24. Small PM, Hopewell PC, Singh SP, Paz A, Parsonnet J, Ruston DC, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco. A population -based study using convetional and molecular methods. N Engl Med J. 1994; 330:1703-1709.
25. Chaves F, Dronda F, Cave MD, Alonso-Sanz M, González-López A, Eisenach KD, et al. A longitudinal study of transmission of tuberculosis in a large prison population. Am J Resp Crit Care Med. 1997; 155:719-725.
26. March F, Guerrero R, Garriga X, Coll P, Busquets E, Grupo de Estudio de la transmisión de la tuberculosis en la población penitenciaria catalana. Análisis de la transmisión de la tuberculosis en la población penitenciaria. Libro de Ponencias y Comunicaciones. 349. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, 1998.
27. Guelar A, Gatell JM, Verdejo J, Podzamczer D, Lozano L, Aznar E, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among HIV-infected patients. AIDS. 1993;7:1345-9.
28. Romero M, Vaquero M, Gallego R, Aguilera MD, de Celis JM, Barquin E, et al. Valoración del cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del Centro Penitenciario de Jaen. Rev Esp Salud Pública 1997; 71:391-399.
29. Caylà JA. Tuberculosi a la ciutat de Barcelona (1986-1988). Anàlisi del programa de prevenció i control. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1990.
30. Fernández de la Hoz K. La tuberculosis en las prisiones españolas. Situación epidemiológica actual y perspectivas futuras. Libro de Ponencias y Comunicaciones. 211-216. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, 1998.
31. Martín V, Caylà JA, Bolea A, Castilla J. Mycobacterium tuberculosis and human immuno-deficiency virus coinfection in intravenous drug users upon admission to prison. Int J Tuberc Lung Dis. En revisión.
32. Fernández de la Hoz K, M Iñigo J, Chaves F, Fernández JI, Arce A, Gomez P. Transmisión reciente de tuberculosis entre población penitenciaria y población general de Madrid. Libro de Ponencias y Comunicaciones. 350. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, 1998.
33. Godoy P, Castilla J, Rullan JV. Incidencia y factores de riesgo de la asociación del sida y la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1998; 110: 205-208.
34. Caylà JA, Galdós-Tangüis H, Jansà JM, García de Olalla P, Brugal T, Pañella H. Evolución de la tuberculosis en Barcelona (1987-1995). Influencia del virus de la inmunodeficiencia humana y de las medidas de control. Med Clin (Barc) 1998; 111: 608-615.
35. Guerrero RA. El programa de prevención y control de la tuberculosis en los centros penitenciarios de Cataluña. Taller sobre programas de control de la tuberculosis 1998. (44-45).Unidad de Investigación de tuberculosis de Barcelona. 1998.
36. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. Eur Resp J 1998; 12:967-971.
37. Acín EJ, Alvarez P, Benito R, Castrillo N, López C, Sánchez G. Análisis de la evolución de la incidencia de tuberculosis en el CP "El Dueso". Libro de Ponencias y Comunicaciones. 346. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, 1998.
38. Martín V, Domínguez A, Alcaide J. Análisis coste-beneficio de la búsqueda activa de tuberculosis pulmonar en población reclusa a su ingreso en prisión. Gaceta Sanitaria 1997; 11-5: 221-230 .
39. Arroyo JM, Aso M, Fernández de la Hoz K, Otal F, Febrel M. Adherencia a la quimioprofilaxis antituberculosa. Empleo de técnicas de marketing sanitario y educación para la salud en el medio penitenciario. Rev Esp Sanid. Penit. 1998; 1:7-11.
40. Esteban A, Seral A, Castanera A. Estudio del cambio de actitudes en el Centro Penitenciario de Huesca respecto al programa de prevención de la tuberculosis. ". Libro de Ponencias y Comunicaciones. 348. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, 1998.
41. Reichman LB. Defending the public's health against tuberculosis. JAMA 1997; 278:865-867.

CORRESPONDENCIA:

Vicente Martín Sánchez
Jefe del Servicio Médico
Centro Penitenciario de León
Juan de Malinas 2, 4º B. 24005 LEÓN
Teléfono 987 26 38 75