Importancia de la coordinación intra-extrapenitenciaria en el control de la TBC

A Marco

Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario de Hombres. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

España presenta una incidencia de infección y enfermedad tuberculosa muy superior a la de los países de nuestro entorno[1]. Se estima que en España el 25-30% de la población está infectada por el *M. tuberculosis* y la tasa de incidencia anual de TBC varía entre 35-50/100.000 habitantes[2], aunque hay zonas —como Galicia— que declara cifras muy superiores[3]. La curación de la TBC es casi siempre posible, pero exige un tratamiento muy prolongado, estimándose que la mitad de los pacientes no utilizan la medicación como les es prescrita y que el 20-80% son incumplidores[4]. El objetivo es alcanzar porcentajes de cumplimiento del tratamiento superiores al 95%, ya que si es incorrecto o de duración menor de la necesaria es causa de fracaso y recaídas e implica que se mantengan fuentes de contagio y que puedan transmitirse bacilos resistentes.

Los ADVP, los inmigrantes de países pobres y alta pandemia de TBC, y otros grupos con déficits socioeconómicos ingresan con frecuencia en prisión. En España, el 20-25% de la población reclusa es extranjera, el 30-40% declara haber consumido drogas por vía endovenosa y, aproximadamente, el 20-35% está infectada por el VIH, alcanzando el 60-65% en los ADVP. Las prisiones españolas acogen, por tanto, una población con alta prevalencia de TBC que no acude con asiduidad a los dispositivos sanitarios extrapenitenciarios. El **objetivo** de nuestro trabajo es asegurar el cumplimiento del tratamiento antiTBC, extra e intrapenitenciariamente, y conocer factores predictores del cumplimiento y grado de retención en los colectivos más afectados (ADVPs, indigentes, etc.) mediante un programa supervisado e incentivado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia de forma prospectiva y en el centro penitenciario de hombres de Barcelona (CPHB) a los ingresados durante 1996. Se realizó despistaje de TBC que incluyó IDR de Mantoux y, en los positivos (=> 5 mm), así como en los VIH+ ante la sospecha de anergía cutánea, se practicó estudio radiológico. Además, se efectuó estudio microbiológico (Ziehl-Nilssen y Lowenstein) en los casos con imágenes radiológicas sospechosas y/o con alteraciones. A los casos de TBC, se les realizó una encuesta clínico-epidemiológica. La medicación se administró supervisadamente, con solución de metadona en los ADVP en tratamiento o individualizadamente en consulta. Los excarcelados de Barcelona ciudad fueron derivados a PMM, CAP o recursos sociosanitarios según procediera, utilizándose incentivos para mejorar el cumplimiento fuera de prisión. Se estableció una conclusión final (curado/abandono/éxitus/otras), estudiándose cumplimiento y no cumplimiento mediante análisis univariado y multivariado (regresión logística).

RESULTADOS

Ingresaron 3.822 internos. Se efectuó el estudio en 3.504 (91,6%), no pudiendo finalizarse en 318 (8,4%) básicamente por rápida excarcelación. Durante el despistaje, se detectaron 67 casos (1,9%; prevalencia de 1,912 por 100.000) de TBC, 52 (77,6%) ADVP y 56 (84,8%) infectados por el VIH. Otros 172 (4,9%) presentaban antecedentes de TBC, aunque no TBC activa. En los detectados, 40 (59,7%) habían sido diagnosticados extrapenitenciariamente, 24 (35,8%) lo fueron durante el despistaje y 3 (4,5%) durante su estancia en la prisión.

Se realizó seguimiento de cumplimiento del tratamiento en los 62 pacientes residentes en Barcelona. De ellos, 49 (69%) eran ADVP, 46 (74%) VIH+ y 15 (24%) VIH–, y en 1 no pudo efectuarse estudio serológico. Los VIH+ eran más jóvenes, más ADVPs y presentaron con mayor frecuencia TBC extrapulmo-

nar, pero no se observaron diferencias según origen, etnia o antecedente de TBC (tabla 1).

Seis pacientes (10%) abandonaron el tratamiento, 6 (10%) fallecieron y en 3 (5%) se prolongó la terapia. La tasa de cumplimiento fue del 89% (97% en prisión y 79% fuera de prisión; p= 0,06). En los 31 ADVPs incluidos en PMM el cumplimiento fue del 95% (100% en prisión y 90% fuera de prisión). En los no ADVPs la adherencia fue del 81% (91% en prisión y 70% fuera de prisión). Extrapenitenciariamente, los alcohólicos e indigentes finalizaron el tratamiento en residencias sociosanitarias y lo abandonaron siempre que no hubo este tipo de apoyo (tabla 2).

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE TBC SEGÚN INFECCIÓN POR EL VIH

Variable	HIV (+) n= 46		HIV (–) n= 15		OR (95% CI)	valor p
	n	%	n	%		
Media edad	33 (6,1)		41 (11,2)			0,001
Origen						
Españoles	40	80	10	20	3,33 (0,65-16,03)	0,11
Otro	6	55	5	45		
Grupo étnico						
Blancos	39	80	10	20	279 (0,56-12,72)	0,14
Otros	7	58	5	42		
ADVP						
Sí	42	100	0	0	Indefinido	<0,0001
No	4	21	15	79		
AP de TBC						
Sí	15	79	4	21	1,33 (0,32-6,37)	0,75
No	31	74	11	26		
TBC						
Pulmonar	30	67	15	33	0,00 (0,00-0,62)	0,006
No pulmonar	16	100	0	0		

En 1 caso no fue posible estudiar serología al VIH. OR: odds ratio; CI: intervalo de confianza; ADVP: adicto a drogas por vía parenteral; AP de TBC: antecedente patológico de TBC.

Tabla 2. TASA DE ADHERENCIA SEGÚN FACTOR DE RIESGO Y LUGAR DE CUMPLIMIENTO

Factores de riesgo	En prisión Completado Sí	No	TA %	Fuera de prisión Completado Sí	No	TA %	Global TA %
ADVP	17	0	100	12	2	86	94
En PMM	11	0	100	9	1	90	95
No PMM	6	0	100	3	1	75	90
Indigente Residencia*	8	0	100				
Sí				5	0	100	100
No				0	3	0	0
Otros	3	1	75	2	0	100	83
Total	28	1	97	19	5	79	89

* Centro sociosanitario. TA: tasa de adherencia; ADVP: adicto a drogas por vía parenteral; PMM: programa de mantenimiento con metadona.

Los factores que se asociaron significativamente con una mejor adherencia (tabla 3) fueron, en el análisis univariado, la encarcelación mientras duró el tratamiento (p= 0,05) y la continua supervisión mediante DOT (p= 0,002). No se asociaron, en cambio, el origen de los enfermos (españoles frente a otros), la infección por el VIH (positivo frente a negativo) y la localización del PMM (dentro o fuera de prisión). El análisis multivariado (tabla 3) confirmó la importancia de la continuidad de DOT, intra y extrapenitenciariamente (OR= 16,80; CI: 2,42-116,2) y la administración del tratamiento durante la estancia en la prisión (OR= 7,36; CI: 0,79-68,16).

DISCUSIÓN

Es frecuente la baja adherencia al tratamiento de la TBC, especialmente en grupos como los ADVP. En 1994, sólo el 53% de los ADVP de la ciudad de Barcelona –ciudad donde se ubica el CPHB, centro en que se realizó este trabajo– completaron el tratamiento antiTBC[5]. Algunos proyectos con utilización de incentivos, de utilidad sobre todo en colectivos desfavorecidos, han mostrado aceptables tasas de cumplimiento[6].

Nuestro estudio presenta una tasa de cumplimiento global del 89%. Es de destacar el 95% de cumplimiento en los ADVPs en PMM. La inclusión en PMM, sencilla y económica, fue –por consiguiente– un buen incentivo para el colectivo drogodependiente. Es de resaltar, también, que en los alcohólicos e indigentes sólo se alcanzó una tasa de cumplimiento idónea extrapenitenciariamente cuando se utilizaron recursos sociosanitarios de apoyo.

Los buenos resultados de cumplimiento obtenidos se deben, a nuestro entender, a la colaboración entre las instituciones implicadas en la atención de estos pacientes: servicios sanitarios penitenciarios, centros de atención a drogodependientes y programa de vigilancia y control de la TBC de Barcelona. Resulta imprescindible para alcanzar objetivos, como la mejora de la adherencia al tratamiento antiTBC, que los Programas de Control cuenten con el apoyo y coordinación de administraciones, instituciones y recursos.

Tabla 3. FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PRESOS

	Completo		Abandono		valor p	OR ajustada	valor p
Variable	**n**	**%**	**n**	**%**			
Origen							
Español	37	86	6	14	0,26	— — — —	
Otros	10	100	0	0			
VIH							
Sí	35	92	3	8	0,40	— — — —	
No	12	86	2	14			
Prisión*							
Sí	28	97	1	3	0,05	7,36 (0,79-68,16)	0,07
No	19	79	5	21			
Metadona							
En prisión	11	95	0	0	0,47	— — — —	
No prisión	9	85	3	9			
DOT							
Sí	12	100	0	0	0,002	16,80 (2,42-116,2)	0,004
No	0	91	3	9			

*Prisión: Finalización del tratamiento durante su estancia en la cárcel; DOT: terapia directamente observada; OR: odds ratio; CI: intervalo de confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. March P, García A. Tuberculosis y Sida 15 años después (1981-1996): nuevas perspectivas. Med Clin (Barc) 1998; 111: 628-634.
2. Rey R, Ausina V, Casal M, Caylà JA, de March P, Moreno S et al. Situación actual de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. Med Clin (Barc) 1995; 105: 703-707.
3. Díez M for the MPTR Study Group. Incidence of tuberculosis in Spain : preliminary results from the Multicenter Project for TB Research (MPTR). Int J Tuberc Lung Dis 1998; 2 (Suppl 2): 200-201.
4. Brudney K, Dobkin J. Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and decline of tuberculosis control programs. Am Rev Respir Dis 1991; 144: 745-9.
5. Caylà JA, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Brugal T, Jansà JM, Miranda PSC. La tuberculosis en Barcelona. Informe 1994. Barcelona: Publicaciones del Instituto Municipal de la Salud, 1995.
6. Pozsic CJ. Compliance with tuberculosis therapy. Med Clin North Am 1993; 77: 1289-1301.