

Control de la Tuberculosis: coordinación entre la Sanidad Penitenciaria y la Comunidad

J A Caylà

Servicio de Epidemiología. Instituto Municipal de Salud Pública. Barcelona.
Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.

El control de la tuberculosis (TBC) se basa en el diagnóstico precoz y la curación de los casos. También la identificación de infectados en el entorno de los casos índices y en los grupos de alto riesgo y su tratamiento, si está indicado, es importante¹. Las prisiones presentan una elevada incidencia de TBC, muy superior incluso a la que se da en los barrios marginales de las grandes ciudades. A escala mundial las mayores incidencias se han detectado en las prisiones de países africanos y de la antigua URSS, con tasas entre 2.400 y 7.200/100.000², pero en España también se han detectado incidencias de 2.283/100.000 presos en Madrid³ y de 2.775/100.000 en Barcelona⁴. En la lamentable situación epidemiológica de las prisiones españolas influye que el 20% de los 50.000-55.000 internos están infectados por el VIH, porcentaje que alcanza el 47-67% en el numeroso colectivo de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)⁵. La elevada prevalencia de coinfección por VIH y *Mycobacterium tuberculosis* existente en prisiones —el 20,1% en una prisión provincial⁶— junto con las favorables condiciones de transmisión aérea que se dan en una institución cerrada de estas características, explican que la TBC sea la enfermedad que permite diagnosticar el SIDA en el 63% de los casos.

Las conexiones epidemiológicas intra-extrapenitenciarias siempre se han intuido como notables dada la gran movilidad de los presos, y recientemente se han demostrado mediante técnicas de epidemiología molecular. Afortunadamente, en los últimos años la situación epidemiológica en nuestras instituciones penitenciarias ha mejorado sensiblemente. La identificación de la TBC como un grave problema de salud pública con repercusiones extrapenitenciarias, favoreció la puesta en marcha o activación de programas de prevención y control de la TBC que incluían tratamientos directamente observados, programas de mantenimiento con metadona y posteriormente, la

sistematización de los nuevos tratamientos antirretrovirales en los pacientes infectados por VIH. Esto ha permitido una ostensible mejora de la situación inunitaria de muchos pacientes. También ha influido positivamente el proceso de modernización estructural y funcional de las prisiones, con mejores edificios (unidades de enfermería incluidas) y mejor dotación de los servicios médicos. Todo ello ha contribuido a que el hacinamiento haya disminuido considerablemente y se atiendan mejor los problemas de salud de los reclusos.

Con la estrategia del tratamiento directamente observado en el entorno penitenciario, se han evitado muchas recaídas y no es sorprendente que las tasas de resistencia adquirida de *M. tuberculosis* en la población penitenciaria puedan ser incluso inferiores a las calculadas en la población general. Estas observaciones son muy relevantes desde el punto de vista de salud pública, por lo que deberían implementarse este tipo de tratamientos en los colectivos con mayores probabilidades de abandonarlos (UDVP, indigentes, presos, etc.).

Las prisiones seguirán presentando incidencias de TBC muy superiores a las de la población general por lo que las Instituciones Penitenciarias constituyen una oportunidad para mejorar el control de la TBC en la comunidad. A nivel social se considera que los periodos de reclusión constituyen una buena oportunidad para que las autoridades sanitarias puedan acceder a una serie de colectivos con riesgo elevado de padecer TBC, habitualmente alejados de los recursos socio-sanitarios, con escasa sensibilidad para acceder a las medidas de prevención y educación sanitaria y con frecuente incumplimiento de los tratamientos prescritos.

Es preciso que los programas penitenciarios descarten rápidamente la infección o la enfermedad tuberculosa en los nuevos ingresos y que se apliquen

tratamientos directamente observados, incluso en los infectados si está indicado. En algunos casos de TBC deberá procederse a su aislamiento y en todos al estudio de contactos, intra y/o extrapenitenciarios, por lo que se requiere una gran coordinación entre los Programas de Prevención y Control de Instituciones Penitenciarias y los extrapenitenciarios. Este tipo de coordinaciones también son imprescindibles en el tratamiento directamente observado ya que, con relativa frecuencia, el tratamiento de la TBC dura más que el tiempo de prisión^{7,8}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre Tratamientos Directamente Observados en Tuberculosis (sujeto a revisión).
2. Coninx R, Maher D, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *BMJ* 2000; 320: 440-442.
3. Chaves F, Drona 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 Respir Crit Care Med* 1997; 155: 719-725.
4. March F, Coll P, Guerrero R, Busquets E, Caylà JA, Prats G. Predictors of tuberculosis transmission in prisons: an analysis using conventional and molecular methods. *AIDS* 2000; 14: 525-535.
5. Marco A, Humet V, Guerrero R, Saiz de la Hoya P, Gallego C. La realidad sobre el VIH en las cárceles españolas. *JANO* 2000; 2: 5-9.
6. Martín V, Caylà JA, Bolea A, Castilla J. Mycobacterium tuberculosis and human immunodeficiency virus co-infection in intravenous drug users on admission to prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 41-46.
7. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, Ribot N. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. *Eur Respir J* 1998; 12: 967-971.
8. Villarino E, Bock N. The correctional facility challenge to public health efforts to control tuberculosis in the United States. *Enf Emerg* 2000; 2: 20-27.