

EDITORIAL

El estudio de contactos de las personas diagnosticadas de infecciones de transmisión sexual en el medio penitenciario

Las ITS son enfermedades transmisibles muy frecuentes en nuestro entorno y causan graves problemas en todo el mundo, con una incidencia que va en aumento. La Organización Mundial de la Salud estima que, cada año, 340 millones de personas se infectan cada año por ITS de origen bacteriano y protozoario¹.

En nuestro país, las ITS son enfermedades de declaración obligatoria notificadas a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña. En el año 2015, la infección por clamidias, la gonococia y la sífilis presentaron unas tasas de 38,6, 25,0 y 18,5 casos diagnosticados, respectivamente, por cada 100.000 habitantes en Cataluña, y 7,6, 11,4 y 8,4 casos por cada 100.000 habitantes en España^{2,3}. La frecuencia de estas tres patologías tratables con antibióticos, habitualmente con una sola dosis, se ha multiplicado por más de 7 durante los últimos 10 años.

En la población penitenciaria, la prevalencia de estas infecciones es más alta que en la población general. En un metaanálisis europeo⁴ se encontró una prevalencia del 11% de casos de infección por clamidias al estudiar jóvenes de hasta 25 años ingresados en tres prisiones catalanas durante el año 2012, una prevalencia de infección por clamidias del 6% y de gonococia del 1% entre los internos de la Prisión de Jóvenes de Barcelona, y en cuanto a la sífilis se hallaron prevalencias del 2,3% y el 3,6%, en cada uno de los colectivos.

En Cataluña también se describen otros hallazgos que definen a la población joven reclusa⁵ y que justifican la realización de una intervención energética para prevenir la propagación de las ITS en su entorno: el 42% de esta población ha presentado alguna ITS con anterioridad (especialmente condilomas, sífilis y gonococia), el 77% no utilizaron el preservativo en su última relación sexual y el 81% habían consumido durante el último año drogas que pueden interferir en la realización de sexo más seguro: cannabis (32%), hachís (28,2%), alcohol (18,9%) y cocaína (11,2%).

Con relativa frecuencia las ITS son asintomáticas: el 75% de las infecciones por clamidias, el 50%

de las gonococias y muchos casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de sífilis. Este hecho no impide su transmisión y sus graves consecuencias a largo plazo, como la esterilidad o la enfermedad inflamatoria pélvica, así como infecciones congénitas en los hijos de las mujeres embarazadas que padecen una ITS, por citar algunos ejemplos.

En el medio penitenciario pueden hacerse numerosas intervenciones en relación con estas patologías, como son el abordaje del sexo más seguro en las actividades formativas de la prisión, el reparto de preservativos en las sesiones vis a vis y en los permisos penitenciarios, el cribado de ITS a la llegada del recluso y de forma periódica, la administración de la vacuna de la hepatitis B, y el diagnóstico y el tratamiento precoces de las formas sintomáticas de las ITS.

Las actuaciones de refuerzo de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz de estas infecciones tienen que complementarse con la detección de la infección en las parejas sexuales del paciente, con la finalidad de prevenir su transmisión al resto de la comunidad y la reinfección futura del mismo. Por este motivo, es necesario dar un paso más en la respuesta frente a las ITS, realizando el estudio de contactos de todas aquellas personas diagnosticadas.

PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ITS EN CATALUÑA⁶

A mediados del año 2017, y de acuerdo con el Decreto 203/2015, de 15 de septiembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña y se regulan los sistemas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria y de brotes epidémicos⁷, la Agencia de Salud Pública de Cataluña elaboró el *Protocolo para el estudio de los contactos de las personas diagnosticadas de ITS en Cataluña*, que se expone a continuación de forma resumida.

Fases en la realización del estudio de contactos

1. El médico que ha diagnosticado la ITS recoge información de las personas con quien el paciente ha mantenido contactos sexuales durante el período de transmisibilidad de la infección (que puede variar entre 2 meses y varios años, según el proceso diagnosticado)⁶. Es muy importante que el profesional explique claramente al paciente los motivos por los que es importante notificar a las parejas que han estado en riesgo de padecer una ITS.

2. El profesional sanitario pacta con el paciente el modelo de notificación que se utilizará para realizar el estudio de contactos en cada una de sus parejas identificadas. La opción ideal es que sea el propio paciente quien notifique el riesgo de infección a sus parejas y les recomiende que se dirijan a un centro sanitario para descartar una posible infección (notificación por parte del paciente o *patient referral*). Si la persona interna prefiere no contactar con algunas de sus parejas (o con ninguna), o bien no tiene esa posibilidad (por ausencia de contacto con el exterior, por ejemplo), la notificación será realizada por los profesionales sanitarios (notificación por parte del profesional sanitario o *provider referral*), siempre y cuando el paciente lo apruebe de forma expresa. Si después de un tiempo pactado entre el profesional y el paciente aún quedan parejas con quien el paciente no ha podido contactar, el profesional sanitario le ofrecerá su apoyo o bien la posibilidad de que sea él mismo quien haga la notificación a estas parejas (notificación condicional o *conditional referral*), amparado por el marco legal vigente, que lo habilita para este cometido⁸⁻¹³.

3. Gestión de los contactos que acuden al sistema sanitario: a las personas que acceden a un centro sanitario (preferentemente a un centro de atención primaria) se les ha de garantizar una visita preferente, a ser posible dentro del mismo día, en la que se les harán la historia clínica y una exploración completa, se recogerán las muestras biológicas necesarias para la detección de ITS y se les facilitará el tratamiento adecuado, si hay una sospecha diagnóstica de infección activa.

En todos los casos en que se realice el diagnóstico de una ITS, el médico está obligado a realizar la declaración epidemiológica al Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de su comunidad autónoma, y a iniciar el estudio de contactos correspondiente, tanto del caso índice como de todos los contactos que estén también infectados⁶.

Monitorización y evaluación de la implementación del estudio de contactos

Aunque no hay una evidencia contrastada de la efectividad a largo plazo del estudio de contactos, en algunas publicaciones¹⁴ se afirma que la notificación hecha por el paciente, si se complementa adecuadamente con información facilitada por el médico (notificación por el paciente reforzada o *Reforced Patient Referral*) reduce la frecuencia de reinfecciones en los pacientes diagnosticados de uretritis por clamidia, por gonococo, por tricomonas y por los microorganismos causantes de uretritis no gonocócicas. Otros estudios apuntan que, en el caso de la sífilis y de la infección por el VIH, la técnica más efectiva es la notificación por parte del profesional sanitario¹⁴.

Dada la importancia que tiene el conocer el grado de implementación del estudio de contactos territorial, es imprescindible monitorizar y evaluar la actividad mediante los siguientes parámetros: número de contactos identificados por cada paciente, porcentaje de contactos a quienes se notifica la posible infección, porcentaje de contactos notificados que acuden a los servicios sanitarios para descartar la posible infección y que son evaluados, porcentaje de personas con una ITS identificada que son tratados, y número de casos índice que es necesario entrevistar para detectar un nuevo caso en cada una de las ITS para las que se realiza el estudio de contactos.

CONCLUSIONES

Las ITS son las enfermedades infecciosas que presentan unas mayores tasas de declaración en los países desarrollados, y su prevalencia va en claro aumento. Mayoritariamente se trata de procesos asintomáticos, pero que pueden producir complicaciones importantes a largo plazo.

Además de realizar actividades preventivas (educación para la salud y facilitación de preservativos) y asistenciales (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas tratadas para comprobar su curación), también es necesario evitar la propagación de estas infecciones en la comunidad y las reinfecciones futuras del interno diagnosticado. Por todo ello, es imprescindible que, ante cualquier persona diagnosticada de una ITS, se realice un estudio de contactos a la mayor brevedad posible, con la finalidad de detectar y tratar a las parejas afectadas y evitar así la aparición de nuevos casos en la comunidad y la reinfección del caso índice.

Los profesionales de atención primaria penitenciaria tienen un papel esencial en el despliegue de esta

estrategia, por su localización dentro de la prisión que les facilita la accesibilidad de los internos a los servicios que prestan, y por la receptividad que tienen muchos reclusos a los mensajes de tipo sanitario.

CORRESPONDENCIA

Mireia Jané Checa
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
Barcelona
E-mail: Mireia.jane@gencat.cat

M Jané Checa, R Mansilla Louí
Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a
Emergencias de Salud Pública. Secretaría de Salud
Pública. Departamento de Salud.
Generalitat de Catalunya. Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy%5B1%5Den.pdf
2. CEEISCAT. Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2015. Disponible en: http://www.ceeiscat.cat/documents/anual_ITS.pdf
3. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Consumo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2015.pdf
4. ECDC. Systematic review on communicable diseases in prison settings. Estocolmo; noviembre 2017. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Systematic-review-on-communicable-diseases-in-prison-settings-final-report.pdf>
5. CEEISCAT. Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica de Sida/VIH/ITS de Cataluña 2015. Barcelona; 2015. Disponible en: www.ceeiscat.cat/documents/sives2015_CAT.pdf
6. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/I/infeccions_transmissio_sexual/recursos_prof/documents/protocol_ec_its.pdf
7. Decreto 203/2015, de 15 de septiembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña y se regulan los sistemas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria y brotes epidémicos. DOGC [15]-[09]-[2015], pág. 1-19. Disponible en: http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=702922&language=es_ES
8. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Artículo 11. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>
9. Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10498-consolidado.pdf>
10. Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública. Disponible en: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=532871&action=fitxa
11. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf
12. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Artículo 4. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>
13. Codi de Deontologia Mèdica del Consell General de Col·legis Oficials de Mèdics. Article 51.5. Disponible en: https://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm: ECDC; 2013.