

Revista Española

de

Sanidad Penitenciaria

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

SUPLEMENTO ESPECIAL

XI Congreso Nacional y XIX Jornadas
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Indexada en MedLine

www.sesp.es

SESP
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Suplemento – Vol. 18 (2016)



REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 18 (2016) Suplemento Especial

■ EDITORES

José Manuel Arroyo Cobo
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (Madrid)

Andrés Marco Mouriño
*Médico de Instituciones Penitenciarias
Servicio Médico C.P. de Hombres de Barcelona*

■ CONSEJO EDITORIAL

Enrique J. Acín García
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (Madrid)

Maribel Espinosa García
*Generalitat de Catalunya. Subdirecció General de programes de
Rehabilitació i Sanitat (Barcelona)*

Karoline Fernández de la Hoz Zeitler
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (Madrid)

Carlos Gallego Castellví
Servicio Médico Centro Penitenciario de Quatre Camins (Barcelona)

Julio García Guerrero
Servicio Médico Centro Penitenciario de Castellón (Castellón)

Rafael A. Guerrero Moreno
*Generalitat de Catalunya.
Subdirecció General de programes de Rehabilitació i Sanitat (Barcelona)*

Cristina Íñigo Barrio
Servicio Médico Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (Alicante)

Vicente Martín Sánchez
Universidad de León (León)

Andrés Martínez Cordero
Servicio Médico Centro Penitenciario de Villabona (Oviedo)

Joan J. Paredes i Carbonell
Secció Promoció de la Salut, Centre de Salut Pública de València

Montserrat Sánchez Roig
Servicio Médico Centro Penitenciario de Quatre Camins (Barcelona)

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

■ SECRETARÍA TÉCNICA

Pilar Gómez Pintado
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

■ TESORERO

Pascual Alcalde Parcés
Centro Salud Delicias-Norte (Zaragoza)

Revista Autorizada como Soporte Válido N° 50.07.98

■ OFICINA EDITORIAL

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, km 3,400
50013 Zaragoza
Teléfono: 976 41 62 88
E-mail: cometa@cometagrafica.com

■ 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

■ IMPRIME

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, km 3,400
50013 Zaragoza

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 Dronza 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. 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*
- 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 Deu-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 Rojo 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)



REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 18, Suplemento Especial – 2016

XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

SUMARIO

PONENCIAS

J Monés <i>¿La objeción de conciencia es legítima en la atención sanitaria penitenciaria?</i>	10
F Oliva-Blázquez <i>Una aproximación desde la Ética y el Derecho a la objeción de conciencia</i>	14
C Ricart-Olmos <i>Fisiopatología del envejecimiento prematuro en los pacientes con infección por el VIH</i>	20
S Moreno <i>Comorbilidades ante la cronicidad en los pacientes con infección por VIH. Ajustes derivados en control y tratamiento</i>	23
C Mínguez-Gallego, EJ Vera-Remartínez <i>Características particulares en el medio penitenciario del envejecimiento de los internos infectados por el VIH</i>	25
JA González <i>Papel de la Enfermería en la Sanidad Penitenciaria</i> ..	31
C Hoyos-Peña <i>Retos profesionales y laborales de la sanidad penitenciaria</i>	36
V Bellver-Capella <i>Discriminación inversa y asistencia sanitaria en las prisiones</i>	42
A Luna-Maldonado <i>¿Tiene sentido la discriminación positiva en la asistencia médica a las persona privada de libertad?</i> ..	48
F Arnau-Peiró <i>El consultorio psiquiátrico penitenciario</i>	51
V Tort, M Rovira, L Macià, S López <i>Coordinación con servicios externos en la excarcelación</i>	54

S Arqués-Egea <i>El trabajo en las Unidades de Salud Mental Comunitarias</i>	60
JJ Paredes-Carbonell <i>Programas comunitarios de atención a la cronicidad</i>	64
SV Casado-Hoces <i>Enfermería y atención a la cronicidad</i>	70
V Pascual-Fuster <i>Pacientes de alto riesgo cardiovascular. ¿Se pueden suprimir los hipolipemiantes?</i>	75
A Lozano-Blázquez <i>Servicios de Farmacia y depósitos de medicamentos en las prisiones: adecuación legal</i>	80

COMUNICACIONES

Enfermedades infecciosas

JM Antolín-Mugarza, M Alonso-Alcañiz <i>Coroidopatía Serpinginosa Vs Coroidopatía Serpinginosa presuntamente tuberculosa (TBC Serpinginosa-like coroiditis)</i>	83
JR Pallas-Álvarez, C Cobo, N Fontecilla, A Estébanez-Gallo, S Llerena, J Crespo <i>Un programa de detección y tratamiento con el objetivo de eliminar la hepatitis C en una prisión: The JAILFREE-C study</i>	84
F Ruiz-Rodríguez, A Marco, P Saiz-de la Hoya, C Solé, R Planella, JJ Antón, Grupo Gráfico de GeiSESP <i>Fibrosis e Infección por VIH en los presos con hepatitis C crónica ingresados en prisiones de Cataluña. Estudio Gráfico de Geisesp</i>	85

F Ruiz Rodríguez, A Marco, P Saiz-de la Hoya, A Herrero, JJ Anton, I Faraco, Grupo Gráfico de GeiSESP <i>Grado de fibrosis y factores predictivos de Enfermedad Hepática avanzada en los reclusos de Cataluña con hepatitis C crónica. Subanálisis del estudio Gráfico de GeiSESP.....</i>	86	P Fernández-Montesinos-Aniorte, JT Quiñonero, P Romero, FJ Ferrer, H Albendín-Iglesias, C Galera-Peñaranda <i>Tratamiento del VHC en una cohorte de pacientes presos coinfectados VIH/VHC. Seguimiento conjunto por una unidad hospitalaria y los médicos de instituciones penitenciarias.....</i>	95
C Touzón-López, C Solé, A da Silva, R Planella, A Sastre, N Teixidó, C Sarriera, C Gallego, G Almada, L Rodríguez, I Valls, A Ruiz, J García-Vidal, M Espinosa, RA Guerrero, A Marco <i>Eficacia, seguridad y discontinuación del tratamiento de la Hepatitis C Crónica con antivirales de acción directa en las prisiones de Cataluña.....</i>	87	C Mínguez-Gallego, V Jorge-Vidal, M Serrano-Balaguer, EJ Vera-Remartínez, A Herrero-Matías, J García-Guerrero <i>Eficacia de las terapias libres de interferón frente al VHC en el medio penitenciario.....</i>	96
A Marco-Mouriño, M Espinosa, M Jordà, E Amado, A Troncoso, E Turu, Grupo para el tratamiento de la Hepatitis C Crónica en prisiones de Cataluña <i>Interrupción del tratamiento de la hepatitis C crónica con antivirales de acción directa por causas de origen penitenciario en las prisiones de Cataluña.....</i>	88	F Ruiz-Rodríguez, JA Cabrerizo, A Rodríguez-Martínez, JJ Antón, FJ Herrera, JA Arance <i>Riesgo cardiovascular en infectados por el VIH en una prisión.....</i>	97
JM Antolín, M Alonso-Alcañiz <i>Demora diagnóstica y en la curación de un caso de TB en prisión.....</i>	89	C Mínguez-Gallego, EJ Vera-Remartínez, M Serrano-Balaguer, A Herrero-Matías <i>Polifarmacia en la población drogadicta con serología positiva para el VHC de un centro penitenciario. Diferencias entre coinfectados y no coinfectados por el VIH.</i>	98
M Alonso-Alcañiz, JA Málaga-Gil, B Lizcano-Molina, L Piñel-Perez, M Ramos-García, M López-Fernández <i>Análisis de hepatitis C en un centro penitenciario.....</i>	90	F Fernández-González, AM Matilla-Peña, P Gijón-Vidaurreta, D Rincón-Rodríguez, E Reigadas-Ramírez, G Clemente-Ricote <i>Tratamiento con Sofosbuvir/Ledipasvir en población penitenciaria española con Hepatitis crónica C.....</i>	99
M Mateo-Soler, C Cobo, AM López, J Pallas, J Crespo, S Llerena, A Cuadrado <i>Teleconsultas en prisión utilizando la infraestructura de la Red SARA, un proyecto hecho realidad.....</i>	91	MC Ruano-García, IV Fernández-Bobadilla-Fernández-Bobadilla <i>Regulación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por enfermeros e Instituciones Penitenciarias.....</i>	100
G Jiménez-Galán, C Alía, C Fernández, M Velasco, E Pérez, L Montero <i>Efectividad y seguridad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) y su impacto en la rigidez hepática en pacientes con hepatitis crónica VHC. Experiencia en un Centro Penitenciario.....</i>	92	Gestión, Calidad Asistencia y Miscelánea	
C Mínguez-Gallego, EJ Vera-Remartínez, M Serrano Balaguer, A Herrero Matías <i>Prevalencia de comorbilidades en pacientes infectados por el VHC con antecedentes de drogadicción. Diferencias en el medio penitenciario entre coinfectados y no coinfectados por el VIH.....</i>	93	MC Ruano-García, IV Fernández-Bobadilla-Fernández-Bobadilla <i>Manejabilidad de la actual Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias y propuesta de mejora.....</i>	101
P Fernández-Montesinos-Aniorte, J Tomás-Quinonero, FJ Ferrer-del Pino, L Menéndez, H Albendín-Iglesias, C Galera-Peñaranda <i>Obstáculos para iniciar tratamiento del VHC en una cohorte de pacientes presos coinfectados por VIH Y VHC.....</i>	94	M Crespo-Leiro, M Fraga, M Crespo <i>Encuestas nutricionales a un grupo de internos de un módulo de respeto.....</i>	102
		J Muriel, A Pascual, JM Carreño, A Marco <i>Tasa de violencia de género en las pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias de Barcelona.....</i>	103
		SV Casado-Hoces, MS Arranz, D González-Tejedor, F Sternberg, E García-Valencia <i>Calidad de los registros de enfermería.....</i>	104
		R García-Berriguete, MJ Granados-Díaz-Pintado, JD Cosín Marquina, M Vegue González, MT Alonso Salazar, V Castilla Castellano <i>Atención Especializada por Telemedicina a la población reclusa del Centro Penitenciario Madrid IV (CPMIV) en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA).....</i>	105

AI Saldaña-Hernández, JA González-Gómez <i>Visión retrospectiva en investigación de enfermería penitenciaria</i>	106	B Toledo García, MA Lario, M Vegue, G Jiménez-Galán, R García-Berriguete, MJ Granados <i>La metadona 15 años después. Perfil actual de los pacientes en tratamiento con metadona en un centro penitenciario.</i>	118
MJ Granados-Díaz-Pintado, M Vegue, C Alía, E. Álvaro, García-Berriguete, JD Cosín <i>Ventajas de la telemedicina para el tratamiento de la hepatitis C en un centro penitenciario</i>	107	V Tort Herrando, R Dueñas, E Vicens, C Zabala, M Martínez, DM Romero <i>Discapacidad intelectual y prisión</i>	119
Fernando Ruiz Rodríguez, F Ruiz-Rodríguez, AM Carrillo, P Galindo <i>Revisión bibliográfica sistemática del estado de salud oral y necesidades de tratamiento de la población reclusa</i>	108		
Psiquiatría		Atención Primaria	
V Ferrer-Castro, G Flórez, M Crespo, V Ferrer, L García-Marcos, M Pérez-Rivas <i>Prevalencia de trastornos de la personalidad en el centro penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)</i>	109	JR Borraz-Fernández <i>En el laberinto de las drogas. Drogas y cárcel & Manuel. Relato biográfico</i>	120
V Ferrer-Castro, G Flórez, M Crespo, V Ferrer, L García-Marcos, M Pérez-Rivas <i>Relación entre la edad de inicio del consumo de drogas y el diagnóstico de psicopatía</i>	110	M Alonso Alcañiz, JM Antolín Mugarza, JA Málaga Gil, B Lizcano Molina, J Gutiérrez Parriego, E Alonso Martín <i>Doctor, tengo ansiedad</i>	121
JJ García-Jimenez, JA González-Gómez, E Pérez-García, I Jareño Vilar, AI Lopez Navas <i>Estudio descriptivo sobre el trastorno de adaptación en prisión</i>	111	M Alonso-Alcañiz, JR Rebolledo-García, L Piñel-Pérez, M Ramos-García, MJ Rodríguez-Osorio, C Carrero-Téllez <i>Tofos gotosos en paciente joven</i>	122
MA Celdrán-Hernández, M Monedero, G Hervás, V Jorge, C Ruano, MA Mur, C Salinas, C Huerta <i>Monoterapia con antipsicóticos inyectables de acción prolongada: ¿realidad o mito?</i>	112	ÁM López-Sánchez, J Borraz-Fernández, MP Fernández-Prieto <i>Historia de enfermería en prisiones</i>	123
J Valdés-Valdazo, C Bazús, MA Heredero, S Nuñez, FL Rodríguez, A Serrano, MA Cañas, MJ González-Dios <i>Consulta Psiquiátrica en centro penitenciario</i>	113	M Alonso-Alcañiz, JM Antolín-Mugarza, JR Rebolledo-García, M López-Fernández, AM Gallego-Rodrigo <i>Dolor abdominal en paciente joven</i>	124
C Manso-Bazús, J Valdés-Valdazo, MA Heredero-Sanz, S Núñez-Sevillano, FL Rodríguez-Fernández, A Serrano-García, A Rojo-Zaldívar, A Mallo-Roca <i>Perfil del usuario de salud mental penitenciario: desmontando un mito</i>	114	JP Golf Zaragoza, P Sardà <i>Población penitenciaria: nuevos determinantes de salud, nuevas necesidades asistenciales</i>	125
MÁ Heredero-Sanz, J Valdés-Valdazo, C Manso-Bazus, S Núñez-Sevillano, FL Rodríguez, A Serrano-García, L Tulleuda-Roca, I Pérez-Martínez <i>Consumo de tóxicos en las cárceles españolas</i>	115	ÁM López-Sánchez, O Corral, E Requena, JR Borraz, C Cobo <i>Cronicidad y educación para la salud</i>	126
V Humet, A Muro, J Martín J, RA Guerrero, E Turu <i>Participación de Catalunya en el proyecto europeo MEDICS (Mentally Disturbed Inmates Care and Support)</i>	116	MP Baz-Sánchez, L Valladolid, MD Quiroga, MA Antxia, MI Sánchez-Martitegui, S Ramos <i>Proceso de reetiquetado de medicamentos en dosis unitaria en un centro penitenciario. "Sígueme"</i>	127
G Hervas-Leyva, M Celdrán, C Ruano, I Algora, C Huertas, G Sanz, C Salinas, B Sánchez <i>Manejo de la polifarmacia antipsicótica en el medio penitenciario</i>	117	MP Baz-Sánchez, L Valladolid, S Ramos, MI Sánchez-Martitegui, MA Antxia, ML Quiroga <i>Cuantificación de medicamentos reetiquetados en dosis unitaria en un centro penitenciario. "Medicación que habla"</i>	128
		MV Planelles-Ramos, M Jiménez-Pérez, R Lázaro-Monge, S Granero-Chinesta, D Sánchez-Alcón, EJ Vera-Remartínez, J Maicas-González <i>Realización de espirometrías en el seguimiento de pacientes con patologías crónicas en un centro penitenciario</i>	129
		DR Iturrieta-Henríquez, C Tetelboine, P Lobos, C Quiñones, M Matus <i>Diagnóstico de la atención de salud en los Centros de Cumplimiento Penitenciario en las provincias de San Felipe y Los Andes. V Región, Chile</i>	130

M Nogales, FJ Marijuan, P Etxeandia, R Velasco, MJ González-Casi, P Baz <i>Conciliación de la medicación en un centro penitenciario</i>	131	J Valiente-Soler, N Sopera, P Alonso, M Pagarolas, M Sánchez-Roig, A Coll <i>Diabetes y drogas en prisión: análisis de necesidades</i>	134
M Pagarolas-Soler, P Alonso-Gaitón, N Sopera-Miquel, J Valiente-Soler, M Sánchez-Roig, Grupo de Trabajo de Diabetes Diagnosticada <i>Diabetes diagnosticada y control óptimo de la enfermedad en presos de Cataluña</i>	132	B Enrich, R Planella, C Gallego, LI Camí <i>Estudio de la prevalencia del asma en un centro penitenciario</i>	135
S De Diego-Gómez, C Otero, M Vegue, C Huerta, JD Cosín, MA Sastre <i>Tratamiento directamente observado de larga duración y adaptación al régimen penitenciario</i>	133	B Enrich, R Planella, C Gallego, LI Camí <i>Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un centro penitenciario</i>	136

Programa del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [PROGRAMA CIENTÍFICO]

JUEVES, 10 DE NOVIEMBRE

- 09:00 - 19:00 **Entrega de Documentación.**
10:00 - 13:00 **Reuniones Grupos de Trabajo de la SESP y reunión RESP.**
13:00 - 14:00 **Simposio comercial.**

Talleres

- 16:00 - 17:00 **Taller sobre “Urgencias Oftalmológicas”.**
17:00 - 18:00 **Taller sobre “Insulinización y nuevas dianas terapéuticas”.**
Patrocinado por Lilly.

16:00 - 18:00 **Taller sobre “Técnicas de Relajación del Personal Sanitario”.**

16:30 - 18:00 **SESIÓN DE CONTROVERSIA ENTRE EXPERTOS (I)**
Objeción de conciencia en la atención sanitaria penitenciaria: ¿legítima?

Moderador:

Julio García Guerrero

Centro Penitenciario Castellón I. Castellón.

Ponentes:

Joan Monés i Xiol

Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Postura: La objeción de conciencia Sí es legítima.

Francisco Oliva Blázquez

Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Postura: La objeción de conciencia NO es legítima.

18:00 - 19:00 **Simposio comercial patrocinado por JANSSEN.**

Por qué la potencia antirretroviral lo es todo.

19:30 - 20:00 **ACTO INSTITUCIONAL.**

20:00 - 21:00 **Conferencia Inaugural a cargo del Dr. D. Ignacio Hernández Medrano del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.**

Medicina Exponencial.

VIERNES, 11 DE NOVIEMBRE

- 09:30 - 13:00 **Taller sobre “Vendajes Funcionales”.**
09:30 - 11:00 **MESA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
Infeción por VIH y envejecimiento de la población penitenciaria.

Moderador:

Agustín M^a Herrero Matías

Centro Penitenciario Castellón II. Albocasser (Castellón).

Ponentes:

Carmen Ricart Olmos

Hospital General Universitario. Valencia.

Fisiología del envejecimiento. Factores influyentes de la infección VIH.

Santiago Moreno Guillén

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Comorbilidad ante la cronicidad de los enfermos VIH. Ajustes derivados en control y tratamiento.

Carlos Mínguez Gallego

Hospital General Universitario. Castellón.

Características particulares en la prisión ante el envejecimiento en internos con infección VIH.

11:30 - 13:00 MESA DE GESTIÓN

Algunas preocupaciones del profesional sanitario penitenciario.

Moderador:

José Tomás Quiñonero Díaz

Centro Penitenciario Murcia I. Murcia.

Ponentes:

Miguel A. Calleja Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Servicios de Farmacia y depósitos de medicamentos en las prisiones.

Adecuación legal.

Juan Antonio González Gómez

Centro Penitenciario Murcia I. Murcia.

Papel de la Enfermería en la Sanidad Penitenciaria.

Carmen Hoyos Peña

Centro Penitenciario Cáceres. Cáceres.

Retos laborales y profesionales en Sanidad Penitenciaria.

13:00 - 14:00 Simposio comercial patrocinado por MERCK SHARP & DOHME.

Talleres

16:00 - 17:00 Taller sobre “Búsqueda Bibliográfica”.

Patrocinado por ViiV Healthcare.

17:00 - 18:00 Taller sobre “Control del dolor en Atención Primaria”.

16:00 - 18:00 Taller sobre “Paciente Agitado: tratamiento médico y aspectos legales”.

Patrocinado por Janssen.

16:30 - 18:00 SESIÓN DE CONTROVERSIA ENTRE EXPERTOS (II)

¿Tiene sentido la discriminación positiva en la asistencia médica a las personas privadas de libertad?

Moderador:

Enrique Álvaro Brun

Centro de Inserción Social Victoria Kent. Madrid.

Ponentes:

Vicente Bellver Capela *Universidad de Valencia. Valencia.* Postura: Sí tiene sentido.

Aurelio Luna Maldonado *Universidad de Murcia. Murcia.* Postura: NO tiene sentido.

18:00 - 19:00 Simposio comercial patrocinado por GILEAD.

Cuestiones clave sobre la Hepatitis C en prisiones.

19:30 - 20:30 Asamblea SESP

SÁBADO, 12 DE NOVIEMBRE

09:30 - 13:00 Taller sobre “Infiltraciones”.

09:30 - 11:00 MESA DE PSIQUIATRÍA

Del consultorio psiquiátrico penitenciario a las Unidades de Salud Mental comunitarias.

Moderador:

Santiago Rincón Moreno

Centro Penitenciario Castellón I. Castellón.

Ponentes:

Francisco Arnau Peiró

Consortio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón.

El consultorio psiquiátrico penitenciario.

Vicenç Tort Herrando

Centro Penitenciario Quatre Camins. Barcelona.

Coordinación con servicios externos de cara a la excarcelación.

Sergio Arqués Egea

Hospital La Fe. Valencia.

El trabajo en las Unidades de Salud Mental comunitarias.

11:30 - 13:00 **MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Atención a la cronicidad y prisión.

Moderador:

Enrique Jesús Vera Remartínez

Centro Penitenciario *Castellón I. Castellón.*

Ponentes:

Joan Paredes i Carbonell

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Valencia.

Programas comunitarios de atención a la cronicidad.

Sofía Victoria Casado Hoces

Centro Penitenciario Madrid VI. Aranjuez (Madrid).

Enfermería y atención a la cronicidad.

Vicente Pascual Fuster

Centro de Salud "Palleter". Castellón.

Pacientes de alto riesgo. ¿Se pueden suprimir los hipolipemiantes?

13:00 - 14:00 **Simposio comercial patrocinado por GILEAD.**

16:30 - 19:00 **Lectura de Comunicaciones.**

16:00 - 17:00 **Taller sobre "Lesiones básicas en Dermatología".**

17:00 - 18:00 **Taller sobre "Charla con el experto: nuevos avances en el tratamiento VHC".**

16:00 - 19:00 **Taller sobre "Cirugía Menor en Atención Primaria".**

18:00 - 19:00 **Taller sobre "Despistaje de lesiones malignas en cavidad oral".**

21:00 **ACTO DE CLAUSURA.**

¿La objeción de conciencia es legítima en la atención sanitaria penitenciaria?

J Monés

Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC

RESUMEN

La *objeción de conciencia* en medicina es la negativa del médico a realizar, por motivaciones éticas y/o religiosas, ciertas actuaciones profesionales ordenadas por la autoridad. El objetor no pretende cambiar la Ley como en la *desobediencia civil*. La objeción de conciencia es un derecho del médico, pero no de instituciones sanitarias que argumentan ideario propio, frente los derechos constitucionales del ciudadano.

El **Código de Deontología Médica 2011** (CDM), de la Organización Médica Colegial (OMC) consagra el Capítulo VI a la objeción de conciencia con 9 normas, más 2 del Capítulo XII en relación con la objeción de conciencia y el aborto.

¿Cómo se debe contemplar la objeción de conciencia en presos? Los internos competentes y capaces son titulares de los derechos regulados por la Ley 41/2002, incluyendo el de no permitir actuaciones médicas que les afecten.

¿Los médicos de prisiones pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia, ante exigencias de la Ley o del reglamento penitenciario? El médico de prisiones, se debe fundamentalmente a su paciente, aunque tiene obligaciones con la Administración que le contrata. El médico debe conseguir hacer prevalecer el derecho del interno a su autonomía. Hay sentencias judiciales que lo limitan y el médico se ve obligado a acatarlas contra su voluntad, el CDM y su conciencia.

La Administración Penitenciaria a veces pide a sus médicos informes en relación con la salud de los internos y les sitúa ante dilemas morales y hace que el secreto médico sea en la práctica casi una entelequia.

DEFINICIONES

La *conciencia* en general es la capacidad de darnos cuenta de algo. La *conciencia moral* es la capacidad de darnos cuenta de los principios por los que se distingue lo que es correcto de lo incorrecto; es una especie de voz o tribunal interior, que juzga nuestras conductas y las aprueba o desaprueba.

La *objeción de conciencia* en general, es la negativa por parte de una persona, basada en serias razones de convicción moral y/o religiosa, a realizar ciertos actos o a participar en determinadas actividades que ordena la Ley o la autoridad competente. La *objeción de conciencia médica* es la negativa del médico a realizar, por motivaciones éticas y/o religiosas, determinadas actuaciones ordenadas o toleradas por la autoridad. La objeción de conciencia es una acción de dignidad ética, cuando las razones del médico son serias, sinceras, constantes y reiteradas y relacionadas con convicciones fundamentales y profundas de su conciencia. En consecuencia, deben ser excluidos, como posibilidad de objeción, tanto los desacuerdos técnicos como los derivados de razones de conveniencia.

Un estado moderno debe proclamarse neutro desde el punto de vista religioso y moral y adaptar su ordenamiento a los principios de una ética universalmente aceptada, que algunos denominan ética natural. Pero no se puede evitar que en una sociedad, temas como la eutanasia, el aborto, la droga, la utilización de embriones congelados para investigación, la reproducción asistida, susciten opiniones enfrentadas.

Es decir, la aplicación de la objeción de conciencia en una sociedad puede parecer como un enfrentamiento a la necesaria neutralidad estatal, pero no es así, ya que el objetor simplemente solicita que se le reconozca su libertad de conciencia, sin pretender cambiar la Ley, como ocurre en la *desobediencia civil*.

La objeción de conciencia derivada de la libertad ideológica, es un derecho individual ampliamente reconocido. Este derecho individual que es preciso defender a toda costa, no puede ser ejercitado por una institución, hospital, centro de salud, etc. sobre todo con financiación pública, argumentando un ideario propio, como un derecho, frente los derechos de los ciudadanos constitucionalmente tutelados.

FUNDAMENTOS ÉTICOS Y DE DEONTOLOGÍA

El Código de Deontología Médica de 2011 (CDM), es el primero de la Organización Médica Colegial (OMC) que consagra un capítulo a la objeción de conciencia. Ello no significa que la OMC no diera la importancia que merece a la objeción de conciencia como pilar en la práctica médica. Los Códigos de 1992 y 1999 dedicaban a esta materia varios artículos en distintos capítulos.

La Comisión Central de Deontología (CCD) y el Consejo General de Colegios de Médicos conscientes de que la regulación de esta materia era quizás insuficiente en estos Códigos, lo suplieron con dos declaraciones (Mayo de 1997 y Septiembre de 2009).

En la declaración de Mayo de 1997, la *“Asamblea General Del Consejo de Colegios de Médicos”* aprobó *“Declaración sobre objeción de conciencia”* en que en el apartado de *“Los principios éticos, sociológicos y jurídicos”*, afirma que *“El objetor siente hacia los actos que rechaza en conciencia una repugnancia moral profunda, hasta el punto que someterse a los que se le ordena o pide equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia, a manchar su dignidad de agente moral”*.

El CDM de 2011 dedica a la objeción de conciencia el Capítulo VI:

Artículo 32.1 del CDM. *“Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia”*.

Artículo 32.2 del CDM. *“El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”*.

Artículo 34.3 del CDM. *“Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada”*.

Además el CDM de 2011 en el Capítulo XII sobre reproducción humana tiene dos artículos en relación con el aborto y la objeción de conciencia:

Artículo 55.1 del CDM. *“El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no exime al médico del deber de informarle sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y*

sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente se puedan derivar de su decisión”.

Artículo 55.2 del CDM. *“El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear”*.

Como resumen de estas dos normas del CDM se puede indicar que:

- 1) Es obligación del médico objetor, el respeto a la decisión de la gestante pero tiene absoluto derecho a que no le impongan nada en contra de su conciencia.
- 2) Ahora bien, la objeción de conciencia solo se puede admitir en las acciones directas para el aborto, no debería trasladarse a actuaciones previas indirectas.

Para explicar con un ejemplo la dificultad de discernir entre objeción de conciencia y desobediencia civil, es el hecho de que muchos médicos se acogen a la objeción de conciencia para negarse a cumplir el Real Decreto Ley 16/2012, que establece medidas de reforma del sistema sanitario público, que limita el acceso a la asistencia sanitaria pública. Sin embargo, esta comprensible actitud debe considerarse más bien como desobediencia civil más que de verdadera objeción de conciencia, ya que:

1. No se acata una ley, que se cree injusta y contraria al CDM..
2. Real Decreto Ley 16/2012 deja una puerta de entrada al sistema sanitario a través de los servicios de urgencia y esta atención supone una contradicción con el objetivo de ahorro, ya que provoca un mayor gasto y distorsiona el funcionamiento de las urgencias pudiendo llegar a ser, por colapso, bolsas de ineficiencia.
3. Desde una perspectiva humanitaria, creemos que el Gobierno de España debe ofrecer soluciones que eviten a los sanitarios españoles el dilema entre la norma legal y la Deontología, sin que ello signifique desconocer los evidentes efectos económicos negativos para la sanidad española que habrán de encontrar solución.

PECULIARIDADES DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Parece lógico al hablar de objeción de conciencia, tanto del profesional sanitario como del recluso, ha-

cer una especial referencia a la peculiar situación de la asistencia sanitaria en instituciones penitenciarias en sí misma y sobre todo en el marco de un congreso de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

1. ¿Cómo se debe contemplar la objeción de conciencia en presos con alguna específica limitación en el ejercicio de su autonomía personal y moral, en que se asienta la posibilidad de objetar?.

En jurisprudencia la sentencia del TC de 27/VI/1990, en relación con huelga de hambre de presos del GRAPO, dictaminó una discutible doctrina, en base a que hay “*una relación de especial sujeción*” entre el preso y la administración que es garante de la vida, integridad y salud de los reclusos (El artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) y que su autonomía, tiene como límite el “*orden público*” y que no puede someter a la administración penitenciaria a un chantaje, por lo que el TC acepta la imposición de un tratamiento médico contra la voluntad del recluso, lo que es inadmisibles en un ciudadano libre. El reglamento penitenciario, en su artículo 210.1, indica que el tratamiento médico-sanitario se llevará a cabo con el consentimiento informado del interno, salvo caso de peligro inminente para la vida, en que se impondrá el tratamiento necesario aún en contra la voluntad del paciente preso.

Sin embargo, hay declaraciones que aceptan la autonomía del recluso en relación con la salud, como la Declaración de Tokio de 1975 sobre normas para médicos respecto a malos tratos o tratos degradantes a personas encarceladas en su punto 5 dice: “*En el caso de un prisionero que rechaza alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente. La decisión sobre la capacidad racional del prisionero debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al preso las consecuencias de su rechazo a alimentarse*”.

En esta misma línea está la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, en su artículo 8.1, establece sin excepciones la obligatoriedad del consentimiento libre y voluntario para cualquier actuación médica. Por tanto, los presos son titulares de todos los derechos regulados en dicha Ley, incluyendo el derecho a no permitir actuaciones médicas que les afecten, siempre que el interno sea competente y capaz, hecho que debe acreditarse con sumo cuidado y con frecuencia difícil de realizar en el ámbito penitenciario. Esta notoria contradicción, conlleva que el médico puede toparse con un importante problema de conciencia, ante el requerimiento de la autoridad penitenciaria para que

se actúe coactivamente imponiendo al recluso el tratamiento médico indicado que le mantenga con vida.

2. ¿En una institución penitenciaria los médicos pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia, ante exigencias de la Ley o del reglamento penitenciario? ¿Puede el médico negarse a cumplir una orden de la Justicia (por ejemplo alimentación forzosa en huelga de hambre) alegando su derecho a la objeción de conciencia?

En la relación médico-paciente, la legislación española (Ley General de Sanidad 1986, Reglamento Penitenciario 1996 y Ley de Autonomía de los Pacientes 2002 y el Convenio de Oviedo 2000) establecen taxativamente y sin excepciones la obligatoriedad del consentimiento informado de los pacientes, es decir, el encarcelamiento no es motivo de cambio para cualquier actuación médica sobre los reclusos. Desde una perspectiva ética, deontológica y también legal, deben respetarse las decisiones en cuanto a su salud de toda persona competente, en pleno uso de sus facultades que sólo a él le afecten y competan. En estos supuestos, no debe haber cortapisas a la voluntad libremente expresada por el paciente preso.

Es decir, toda persona tiene derecho a tomar decisiones irracionales siempre que sean razonadas, por más que el resto del mundo no comparta el razonamiento. El CDM salvaguarda la dignidad y la autonomía de decisión del recluso, lo que sin duda justificaría la invocación del derecho de objeción por parte del personal sanitario penitenciario a negarse ante la imposición a la fuerza de un tratamiento, no deseado por el interno, aunque establece que el médico no abandone a su paciente y le mantenga permanentemente informado de las consecuencias de la falta de alimentación.

En la situación extrema de negarse un interno a tomar alimentos, es obvio que pasado cierto tiempo de inanición llegará un momento crítico para la vida del huelguista. Será el médico quien decidirá cuándo el paciente corre “... *grave y cierto peligro de muerte o de entrar en una situación irreversible*” y proceder, por orden judicial, a la alimentación contra la voluntad libremente expresada del paciente. Es aquí donde surgirá el mayor problema para el médico, la doble fidelidad a que está obligado: a) a su paciente, por un lado, y b) a la institución para la que trabaja.

La voluntad del paciente se enfrenta a las órdenes del empleador, configurando un dilema en el que el médico se ve inerme y obligado a decidir, entre quebrantar la voluntad de su paciente, aunque sea con el plausible propósito de salvar su vida, o seguir su voluntad, en cuyo caso el médico puede entrar en si-

tuaciones complicadas, con riesgo de que los poderes públicos exijan responsabilidades y actúen contra él.

La relación que el médico de la sanidad penitenciaria debe mantener con un preso en huelga de hambre debe regirse por criterios de profesionalidad y se debe de inclinar del lado del paciente, aunque por prudencia el facultativo de prisiones debería buscar otro profesional que ratificara su juicio sobre la competencia del paciente; si es considerado por ambos competente, la opción del interno deberá de ser respetada y no se decidirá cuándo se debe iniciar una alimentación forzada, porque la respuesta es “*nunca*” por respeto a la autonomía y libre elección del paciente. Y este proceder ético, no debería ser objeto de sanción o coerción por parte de la Administración penitenciaria ni judicial.

3. ¿Conservan íntegros sus derechos los internos a decidir en virtud del ejercicio de la libertad ideológica y de conciencia y los profesionales sanitarios a ejercerla en sus tareas asistenciales en prisiones?

El médico de la sanidad penitenciaria, por un lado se debe a su paciente, aunque por otro lado como empleado, tiene también obligaciones con la Administración que le contrata. En el caso de la Administración Penitenciaria, ésta tiene a su cargo la tutela de los derechos de los presos, que no pueden verse limitados por las sentencias judiciales, entre ellos los de la vida y la salud y muchos otros que en ocasiones colisionan.

Sin embargo, si hay una orden judicial de realizar una determinada acción terapéutica algún médico se verá obligado a ejecutarla contra su voluntad y acatar dicha resolución judicial, contra su propio Código de Deontología y contra su conciencia.

La experiencia demuestra que además de la mediática actuación en los casos de huelga de hambre, no son pocas las veces en que la Administración Penitenciaria pide a sus empleados médicos actuaciones que poco tienen que ver con lo estrictamente médico y que les sitúa ante auténticos dilemas morales. A título de ejemplo la más que notable número de situaciones en las que el médico de prisiones debe in-

formar a las autoridades penitenciarias circunstancias relaciones con la salud de los reclusos y que hace que el secreto médico sea en la práctica una entelequia. No son excepcionales las ocasiones en que los facultativos de sanidad penitenciaria han sufrido expedientes disciplinarios por defender sus creencias, su conciencia y su Código de Deontología.

CONCLUSIONES

A. La objeción de conciencia es un derecho del personal sanitario en general y del médico en particular, que como tal puede y debe ejercerlo y exigirlo.

B. No puede contemplarse una objeción de conciencia de una institución sanitaria que vulnere los legítimos derechos de los ciudadanos.

C. Las administraciones sanitarias deben conocer en que centros o servicios hay *objeción de conciencia* por parte de los profesionales sanitarios y ante cuál/es temas en concreto, para que, cumpliendo con su obligación y responsabilidad, corrijan la situación con las medidas oportunas y el personal adecuado.

D. En el ámbito penitenciario, tanto los reclusos como los sanitarios pueden e incluso deben invocar y ejercer su derecho de libertad ideológica, sobre el que reside el derecho fundamental a la objeción de conciencia de médicos y presos.

E. Ahora bien en los internos este derecho se encuentra limitado por el llamado “*orden público*”, que deberá ser avalado por el juez. En cuanto al personal sanitario su derecho inalienable a la objeción de conciencia está sometido, a la misma restricción del “*orden público*”, aunque deberá ser el juez quien pondere y decida, decisión que el colectivo médico no tendrá más remedio que acatar.

CORRESPONDENCIA

Dr. Joan Monés
Comisión Central de Deontología de la
OMC (Madrid)

Una aproximación desde la Ética y el Derecho a la objeción de conciencia

F Oliva-Blázquez

Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)

RESUMEN

El presente estudio pretende llevar a cabo un breve análisis de la objeción de conciencia desde el punto de vista de las dos disciplinas que interactúan en su configuración: la Ética y el Derecho. Ante todo, resulta esencial delimitar bien el concepto y ámbito de actuación del fenómeno de la objeción de conciencia, con el objeto de excluir aquellos supuestos que nada tienen que ver con ella y que con cierta frecuencia se confunden de forma equívoca. Otra cuestión diferente es la del alcance y eficacia jurídica de la verdadera objeción de conciencia que, amparada en la libertad religiosa y de creencias, choca con el deber general de respetar y cumplir con lo establecido en el ordenamiento jurídico. La solución de este dilema pasa por realizar una ponderación casuística de los derechos enfrentados, teniendo en cuenta que la jurisprudencia española parte del carácter excepcional de la objeción de conciencia.

INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia es un fenómeno jurídico-ético que levanta una enorme polémica en el seno de las sociedades modernas¹, básicamente porque mediante la misma se plantea la posibilidad de que una persona deje de cumplir con un deber jurídico aduciendo para ello la existencia de poderosas razones de conciencia o morales. Y es que no debe olvidarse que los deberes jurídicos, establecidos a través de mandatos legales (en los que reside la ética pública y consensuada), responden a una serie de intereses y bienes legítimamente establecidos que pueden quedar dañados por el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia (en cuanto ética individual). En otros términos, no hay que olvidar que cuando se reconoce la libertad de conciencia del objetor se está a su vez afectando a determinados derechos y bienes que están detrás del deber jurídico de cuyo cumplimiento ha sido exonerado. Este choque se interpreta en la ética como un conflicto de valores, mientras que para el Derecho es una colisión de derechos.

Ahora bien, para poder llevar a cabo un debate serio y bien fundado en torno a la objeción de con-

ciencia, hay que comenzar por reconocer que detrás de esta polémica hay numerosos malentendidos, lagunas y confusiones que conviene aclarar. Por ello, la presente exposición se estructurará en torno a tres ideas: el concepto de objeción de conciencia, la ética de la objeción de conciencia y, finalmente, la eficacia jurídica de la objeción de conciencia.

CONCEPTO DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA

La correcta fijación y delimitación de los conceptos es algo esencial para cualquier debate ético-jurídico serio, ya que en caso contrario se corre el peligro de entablar un diálogo completamente irresoluble en el que nadie sabe realmente sobre qué está discutiendo. Pues bien, debemos empezar por admitir que no existe ningún concepto definitivo en torno a la objeción de conciencia, ya que es una figura polisémica, flexible y carente de un reconocimiento legal global y expreso, más allá de las puntuales referencias que del mismo se han llevado a cabo en algunos documentos dispersos². No obstante, la dificultad que entraña la tarea de definir qué se entiende por objeción de con-

¹ Se habla incluso de la existencia de un “big bang” del fenómeno, Rafael NAVARRO-VALLS, Javier MARTÍNEZ-TORRÓN, *Conflictos entre Conciencia y Ley. Las objeciones de conciencia*, 2ª edición, Iustel, Madrid, 2012, p. 39.

² Así, *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, Elaborado por el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret, Barcelona, noviembre de 2007, p. 24.

ciencia no debe hacernos dimitir del empeño, y por ello, teniendo en cuenta las principales aproximaciones que se han hecho desde la Ética y el Derecho, podemos afirmar que se trata de “la negativa a cumplir el mandato establecido en una norma jurídica clara y terminante que impone un deber jurídico válido que acarrea prestaciones o actos de carácter personal, invocando la existencia, en el fuero de la conciencia, de un imperativo que prohíbe dicho cumplimiento ya que su realización produciría en el individuo una lesión grave de la propia conciencia o de las creencias profesadas”³. Pasemos a analizar cada uno de los elementos que componen dicha definición con el objeto de despejar algunas de las dudas que se ciernen sobre el alcance y ámbito de actuación de la objeción de conciencia.

- a) *Existencia de un criterio de conciencia religiosa o ideológica que obliga a un sujeto a actuar contra un deber jurídico.*

El Tribunal Constitucional ha relacionado a la objeción de conciencia precisamente con el artículo 16 CE (STC 53/1985, de 11 de abril), que proclama la garantía de la “libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”. Por lo tanto, cuando no exista ese atentado contra la libertad religiosa o ideológica de un sujeto no puede haber objeción de conciencia en sentido estricto. A título de ejemplo, la STSJ Castilla-La Mancha, de 3 abril 2006 (PROV, 2006, 147810), confirmada por la STS (Sala 3ª), de 21 julio 2010 (JUR 2010, 248555), frente a la petición de objeción de conciencia que alegaron unos funcionarios del cuerpo de ATS de Instituciones Penitenciarias con el objetivo de ser exonerados de un programa de intercambio de jeringuillas a desarrollar en el Centro Penitenciario de Albacete, estimó que en tal caso no cabía la objeción de conciencia por no justificarse “la violencia personal, moral, ética o religiosa con la aplicación del grupo normativo de referencia que aconsejase o debiera impulsar la exención de dicho deber”. En otras palabras, la simple discrepancia

o disconformidad con una determinada medida administrativa o de gestión no genera *ipso iure* el derecho a la objeción de conciencia.

- b) Presencia de un “deber jurídico de actuación”.

Aunque es algo discutible, en nuestra opinión el deber jurídico impuesto por la norma debe implicar la necesidad de observar una determinada conducta (acción) bajo la amenaza de sanción. Consiguientemente, la existencia de un deber de actuar excluye a los casos de mera omisión⁴.

- c) Existencia de un “deber jurídico válido”.

Esta precisión resulta vital a efectos de la correcta determinación del ámbito de la figura ya que, tal y como indica la Sala 3ª del TS en cuatro sentencias de 11 de febrero de 2009, si la norma que impone el deber jurídico es inconstitucional o, tratándose de un reglamento, ilegal, por vulnerar lo establecido en una norma legal de rango superior, la respuesta no puede ser nunca la objeción de conciencia, sino la activación de los procedimientos previstos en nuestro ordenamiento jurídico para la anulación de normas. En pocas palabras, en un Estado democrático de derecho es claro que la reacción frente a la norma inválida no puede consistir en reclamar la dispensa de su observancia, sino en instar su anulación.

- d) El deber jurídico debe derivar de una “norma clara y terminante”.

La claridad y el carácter terminante de la norma implican que el verdadero objetor de conciencia no tiene otra alternativa que incumplir, ya que el deber jurídico que le viene impuesto no admite discusión alguna. Además, la norma debe tener rango legal o reglamentario⁵.

Una vez aclarado el concepto, conviene insistir en la idea de que lo primero que hay que hacer antes de enjuiciar un presunto caso de objeción de conciencia es determinar si el comportamiento analizado constituye realmente un caso de objeción (“juicio de identi-

³ Tomamos esta definición parcialmente de la que realiza el Comité de Bioética de España, que establece que “la objeción de conciencia se manifiesta como una negativa a cumplir un mandato de la autoridad, una norma jurídica o un deber jurídico, invocando la existencia, en el fuero de la conciencia, de un imperativo que prohíbe dicho cumplimiento ya que su realización produciría en el individuo una lesión grave de la propia conciencia o de las creencias profesadas”. Comité de Bioética de España, *Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Madrid, 7 de octubre de 2009. p. 26.

⁴ En este sentido, la posible alegación de objeción de conciencia de un médico frente al rechazo del tratamiento por parte de un paciente resulta dogmáticamente contradictoria, ya que el deber jurídico que tiene este profesional es el de respetar la voluntad del paciente (*ex art. 2.6 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*), lo cual implica en todo caso una actitud de omisión. Amén de todo ello, no hay deber jurídico de conservar la salud o la vida a toda costa –esto es, frente a la propia voluntad del paciente– ni, por otro parte, existe un deber jurídico de obediencia completa frente al profesional.

⁵ No obstante, el art. 32.1 del Código de Deontología Médico (CDM) incluye a la resolución administrativa, algo que resulta muy discutible.

ficación de la pretensión⁶) ya que, como hemos visto, el carácter polisémico de la palabra puede dar lugar a que equívocamente se invoque tal derecho en ciertos casos en los que resulta improcedente⁷.

ÉTICA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia ha de entrañar, en todo caso, la presencia de una actitud ética real y seria por parte del objetor. Esto es, la objeción debe responder a un proceso interno de reflexión rigurosa en la que el objetor llega a la conclusión de que debe dejar de cumplir puntualmente con un deber jurídico para de esa manera no violentar su conciencia de una forma irreparable. Precisamente por ello, la objeción de conciencia es siempre un derecho individual que no debería ser invocado por ningún colectivo (STC 106/1996, de 12 de junio)⁸.

De lo anterior podemos deducir fácilmente que deben evitarse los conocidos supuestos de objeciones de conciencia falsas que, desgraciadamente, se dan en ciertos casos en nuestra sociedad. Por ello, hay que excluir necesariamente los siguientes supuestos⁹:

– “Objeción de conveniencia”: se trata de objeciones caprichosas u oportunistas de los que simplemente quieren eludir el cumplimiento de un deber incómodo¹⁰.

– “Seudo-objeción”: en este caso el objetor opta, ante un conflicto de valores, por un curso extremo sin tener en cuenta los intermedios que, por definición, son los más respetuosos con los bienes en conflicto (cursos óptimos). No debe olvidarse que la obligación moral esencial es la de respetar, en los límites de lo posible, los valores en conflicto.

⁶ Son palabras de Daniel CAPODIFERRO CUBERO, *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*, Bosch Editor, Barcelona, 2013, p. 65.

⁷ A modo de ejemplo, el movimiento de oposición de los médicos a la legislación que niega derechos de atención sanitaria a los inmigrantes ilegales se presentó en los medios de comunicación como un caso de objeción de conciencia colectivo, cuando realmente reunía los perfiles de una desobediencia civil.

⁸ En este mismo sentido, el art. 32.1 CDM establece expresamente que “no es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”. Sin embargo, la STC 145/2015 reconoce –según nuestro parecer, de forma errónea– implícitamente el derecho a la objeción de conciencia de la farmacia como unidad.

⁹ *Vid.*, Diego GRACIA GUILLÉN (Dir.), *Ética de la objeción de conciencia*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 2008, pp. 7 y ss.

¹⁰ Art. 33.1 CDM: “La objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo”.

– “Cripto-objeción”: se trata de determinadas objeciones desconocidas, o mudas, que no se basan en motivos morales sino en otros distintos, como el miedo, la ignorancia, el no querer enfrentarse a un determinado problema, etc.

Ninguno de estos supuestos es, desde un punto de vista ético, digno de tutela. Por el contrario, la objeción de conciencia verdadera y plena, como expresión del fuero de la conciencia interna, es moralmente correcta y se admite en el mundo de la Ética, ya que, tal y como señala el profesor Diego GRACIA, “el deber de seguir los dictados de la propia conciencia es absoluto y carece de excepciones... la obligación moral es siempre imperativa y categórica, absoluta”¹¹.

EFICACIA JURÍDICA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Ya hemos visto qué debe entenderse por objeción de conciencia, tanto desde un punto de vista jurídico como ético. Ahora bien, debemos preguntarnos a continuación si, en todos los casos en que una persona alegue una objeción de conciencia que cumpla con los requisitos expuestos, debe reconocerse y, en consecuencia, ampararse jurídicamente el derecho del objetor a eximirse de cumplir con el deber jurídico que grava su conducta (la llamada “eficacia liberadora”). En otros términos, el problema surge cuando el objetor pretende que su postura, legítima para la Ética, no sea perseguida por el Derecho (a través de su sistema coercitivo de sanciones), y por lo tanto se convierta en una objeción de conciencia jurídicamente reconocida.

El principal inconveniente para reconocer eficacia en el mundo del Derecho a la objeción de conciencia reside en el formidable conflicto jurídico que hay detrás de esta figura: la defensa de la libertad ideológica o de conciencia del individuo (art. 16.1 CE), como algo propio de una sociedad que promueve la dignidad (art. 10 CE) y consagra a la pluralidad como un valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE), frente al deber de cumplir con el conjunto de normas jurídicas de las que nos dotamos, y que se refleja en el mandato constitucional de la sumisión de la ciudadanía a la Constitución Española y al resto del ordenamiento jurídico (art. 9 CE). Como puede verse, la tutela simultánea de ambos elementos se antoja imposible en los casos de objeción de conciencia, en cuanto presuponen naturalmente el incumplimiento o

¹¹ *Vid.*, Diego GRACIA GUILLÉN, *Historia de la objeción de conciencia*, en FRANCISCO JOSÉ ALARCOS MARTÍNEZ (Dir.), *Objeción de conciencia y sanidad*, Comares, Granada, 2011, p. 50.

la desobediencia de un deber jurídico que emana del Derecho.

Una posible solución a tal dilema pasa por la determinación de la exacta naturaleza jurídica del derecho a la objeción de conciencia¹². En la dogmática constitucional se distingue entre derechos fundamentales, de eficacia directa e inmediata y susceptibles de recurso de amparo, y derechos no fundamentales, los cuales no pueden esgrimirse de forma directa ante los Jueces y Tribunales, siendo necesaria en un principio la existencia de una ley (*interpositio legislatoris*) que los reconozca. Resulta evidente que, en caso de considerar a la objeción de conciencia como un derecho fundamental, podría ser invocado por cualquiera y debería en puridad respetarse.

La doctrina jurídica se divide entre los que apuestan por su calificación como derecho fundamental incluido en el artículo 16 CE (en cuanto derecho a actuar y comportarse en las distintas circunstancias de la vida de acuerdo con las propias creencias), y entre los que niegan tal conclusión, alegando que el mandato de obediencia del art. 9 CE no admite la existencia de un derecho general a la objeción de conciencia¹³. Por su parte, el Tribunal Constitucional, cuya postura se antoja esencial, no ha actuado precisamente con coherencia en este campo. Efectivamente, el estudio de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional nos permite observar la existencia de una doctrina aparentemente dubitativa y contradictoria desarrollada en dos fases diferentes: una primera fase, en la que se considera a la objeción de conciencia como un derecho fundamental, y una segunda en la que se rechaza tal posibilidad.

La STC 53/1985, dictada a raíz de un recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra el «Proyecto de Ley Orgánica de Reforma del art. 417 bis del Código Penal», es el máximo exponente de la primera fase, estableciéndose que el derecho a la objeción de conciencia “existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 CE y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en

materia de derechos fundamentales» (igualmente, STC 15/1982, de 23 de abril). Esta sentencia ha sido desde entonces citada como prueba fehaciente del carácter fundamental del derecho a la objeción de conciencia, el cual podría invocarse aun cuando no exista regulación jurídica al respecto.

Por el contrario, otras sentencias posteriores han matizado el alcance excesivo de la anterior doctrina. Así, la STC 161/1987, de 27 octubre 1987, determina que la objeción de conciencia está configurada por el constituyente “como un derecho constitucional autónomo, de naturaleza excepcional, pues supone una excepción al cumplimiento de un deber general [...] La objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea del Estado. Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente respecto a un deber concreto” (igualmente, STC 55/1996, de 28 de marzo).

Por lo tanto, pareciera a simple vista que el TC evolucionó desde unos postulados iniciales, en los que se atribuía a la objeción de conciencia rango de derecho fundamental con una enorme capacidad expansiva, hacia unas tesis posteriores contrarias a su consideración como tal y mucho más restrictivas¹⁴. Así lo entendió el Pleno de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, el cual, en las citadas Sentencias de 11 de febrero de 2009, dictadas con ocasión del derecho a la objeción de conciencia frente a la asignatura de Educación para la Ciudadanía, declaró que “la jurisprudencia constitucional española, en suma, no ofrece base para afirmar la existencia de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general”.

Sin embargo, una reciente resolución, la STC 145/2015, de 15 de junio, ha venido a complicar aún más las cosas, ya que parece retomar la teoría de que la objeción de conciencia forma parte del contenido esencial del derecho a la libertad religiosa e ideológica¹⁵. El caso versaba sobre la objeción de conciencia alegada por un farmacéutico frente a la obligación legal de dispensar el principio activo levonorgestrel 0,750 mg incluido en la “pastilla del día después”, y el TC, de una forma más que discutible y criticable (en cuanto reconoce expresamente la falta de unanimidad

¹² Vid., A. DE LA HERA, “Sobre la naturaleza jurídica de la objeción de conciencia”, en I.C. IBÁN (Coord.), *Libertad y Derecho Fundamental de Libertad Religiosa*, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1989, pp. 150 a 164.

¹³ Vid., nuestro trabajo, FRANCISCO OLIVA BLÁZQUEZ, “La objeción de conciencia, ¿un derecho constitucional?”, en FRANCISCO JOSÉ ALARCOS MARTÍNEZ (Dir.), *Objeción de conciencia y sanidad*, Comares, Granada, 2011, pp. 56 y ss.

¹⁴ En este sentido, CAPODIFERRO CUBERO, *op. cit.*, p. 65.

¹⁵ Vid., ABRAHAM BARRERO ORTEGA, “La objeción de conciencia farmacéutica”, *Revista de estudios políticos*, nº 172, 2016, pp. 83 a 107.

científica respecto a los posibles efectos abortivos de dicho medicamento), llega a la conclusión de que es asimilable al supuesto del aborto, en cuanto “plantea asimismo una colisión con la concepción que profesa el demandante sobre el derecho a la vida”. En resumidas cuentas, se considera que los aspectos determinantes del singular reconocimiento de la objeción de conciencia fijados en la STC 53/1985 concurren cuando la objeción se proyecta sobre el deber de dispensación de la denominada «píldora del día después» por parte de los farmacéuticos. Ahora bien, aun cuando la base de la sentencia sea esa equiparación con el caso del aborto, es evidente que abre de nuevo las puertas de un debate que parecía zanjado.

CONCLUSIONES

Parece evidente que la Constitución Española, más allá de la referencia –hoy inútil– que hace a la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio en el artículo 30.2¹⁶, no reconoce con carácter expreso y general un derecho fundamental a la objeción de conciencia. Pero es más, tal y como establecieron las SSTS de 11 febrero 2009, el mandato inequívoco e incondicionado de obediencia al Derecho que establece el artículo 9 CE se contrapone claramente a la dudosa existencia en la Constitución de un derecho a comportarse en todas las circunstancias con arreglo a las propias creencias.

Ahora bien, es indudable que la objeción de conciencia constituye una singular derivación del derecho fundamental a la libertad religiosa e ideológica y, por ello, puede convenirse en que el artículo 16 CE es el asidero técnico al que hay que agarrarse para invocar un supuesto de objeción de conciencia. Sin embargo, no puede olvidarse que ningún derecho es ilimitado, en la medida en que es necesario proteger o preservar otros derechos o bienes constitucionales (“límites inmanentes”, SSTC 2/1982, de 29 de enero, y 141/2000, de 29 de mayo), además “del orden público protegido por la ley” (art. 16.1 CE). Por lo tanto, es necesario determinar caso a caso, y mediante un juicio de ponderación (STC 154/2002, de 18 de julio) entre las convicciones personales del objeto y la necesidad y proporcionalidad del mandato jurídico impuesto por la ley, los supuestos en los que se podrá reconocer eficacia jurídica a la objeción de conciencia precisa-

mente por no afectar a los derechos de terceros ni a otros bienes constitucionales (entre los que se incluye, según mi parecer, el respeto al sistema de Derecho y al Estado democrático). Y esta tarea, por razones evidentes, no puede llevarla a cabo cada sujeto de forma individual, decidiendo qué normas va a cumplir o dejar de acatar, sino el legislador, que resolverá el conflicto introduciendo mecanismos de equilibrio de los intereses contrapuestos y garantías de los derechos, o, en su caso, la autoridad judicial. Contamos con ejemplos de uno y otro.

Así, la llamada objeción de conciencia *secundum legem* se reconoce expresamente al personal sanitario respecto a la práctica del aborto en la sanidad pública (artículo 19 de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*) y con relación a los conocidos testamentos vitales o instrucciones previas¹⁷. Y a nivel judicial, como hemos visto, se ha reconocido recientemente a favor de los farmacéuticos que tengan que expedir la píldora del día después. En cualquier caso, un repaso de la jurisprudencia existente al respecto pone de manifiesto que el derecho a la objeción de conciencia tan solo se ha reconocido en circunstancias realmente excepcionales (casos límite), como las del aborto, un supuesto especialmente paradigmático, puesto que es difícil imaginar una mayor agresión a la libertad de conciencia que la que padece un profesional sanitario que se ve obligado a practicar una IVE en contra de su concepción personal sobre el valor de la vida humana. Tal y como se ha señalado acertadamente, el criterio “que subyace y distingue este supuesto de otros es la prioridad de la conciencia que manifiesta su respeto por la vida humana ajena, ya que ésta —aunque sea incipiente— constituye también un valor constitucionalmente protegido”¹⁸. Por el contrario, cuando los Jueces y Tribunales se han enfrentado a casos menos dramáticos no han dudado en rechazar el derecho a la objeción de conciencia invocado; así ha ocurrido cuando se ha alegado la objeción de conciencia fiscal (Auto TC 71/1993, de 1 de marzo de 1993), la objeción de una Secretaria Judicial frente a la *Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matri-*

¹⁶ El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Gran Sala), incluye la objeción de conciencia al servicio militar en el ámbito del derecho contemplado por el art. 9 CEDH (libertad de pensamiento, de conciencia y religión). STEDH de 7 de julio de 2011, *Bayatyan c. Armenia*, § 110.

¹⁷ Artículo 5.3 Decreto 168/2004, de la Comunidad Valenciana; Artículo 3.3. Ley 3/2005, Comunidad de Madrid; Artículo 6 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares.

¹⁸ Carmen JEREZ DELGADO, MADERO JIMÉNEZ, “Objeción de conciencia y equilibrio”, *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, nº 28, 2013-II, p. 173.

monio (STS de 20 de febrero de 2012)¹⁹ o, finalmente, la objeción de los padres frente a la asignatura de educación para la ciudadanía (SSTS de 11 febrero 2009).

A modo de conclusión, cabe decir que la objeción de conciencia es un derecho no fundamental derivado de la libertad de conciencia que puede reconocerse por el legislador o en vía judicial en circunstancias excepcionales: “en una sociedad democrática, en un Estado social y democrático de Derecho, que se construye sobre el consenso mayoritario expresado libremente

—aun dentro de las limitaciones de los sistemas electorales— la permisión de una conducta que se separa de la norma general e igual para todos ha de considerarse como excepcional” (STC 160/1987).

CORRESPONDENCIA

Francisco Oliva Blázquez
Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla

¹⁹ No debe olvidarse que, por principio, a la hora de realizar el juicio de ponderación el cumplimiento de los deberes públicos —que protegen el interés general— debe prevalecer sobre la libertad de conciencia del objetor.

Fisiopatología del envejecimiento prematuro en los pacientes con infección por el VIH

C Ricart-Olmos

Unidad Enfermedades Infecciosas
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

RESUMEN:

Tras 30 años de epidemia de la infección por el VIH muchos pacientes infectados han sobrevivido hasta edades más avanzadas tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran eficacia (TAR) en 1996.

De 2000 a 2004, los CDC informaron que el número de adultos ≥ 50 años de edad que viven con infección por VIH y / o SIDA se duplicó. Además se espera que el número de personas mayores con VIH / SIDA aumente aún más durante la próxima década. Se estima que para el año 2020, más de la mitad de todos los individuos infectados por el VIH en los Estados Unidos sean mayores de 50 años.

Sin embargo este aumento de la población VIH mayor de 50 años conlleva a una mayor prevalencia de determinadas comorbilidades relacionadas con la edad que en la población general aparecen en personas más mayores.

Por tanto, el éxito que supone haber conseguido una mayor supervivencia no es tal si esto refleja un envejecimiento prematuro asociado a la infección por el VIH que está asociado principalmente a un proceso de inmovinactivación e inflamación crónica.

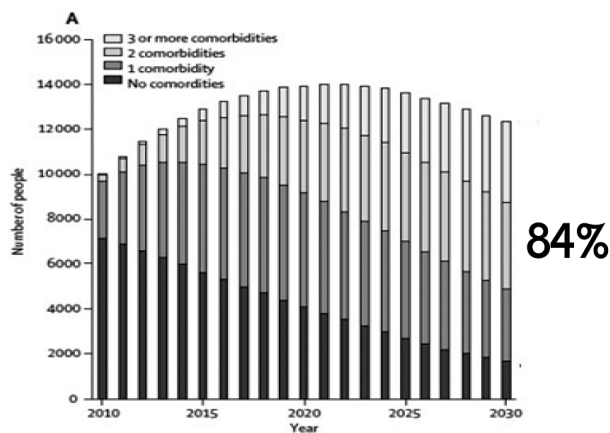
FISIOPATOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO PREMATURO EN LA POBLACIÓN VIH

Una amplia gama de comorbilidades asociados con la edad avanzada incluye la enfermedad hepática, enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, la osteoporosis, la enfermedad renal y deterioro neuropsiquiátrico.

Varios estudios han demostrado que los pacientes con infección por el VIH son más susceptibles a desarrollar este tipo de comorbilidades no infecciosas que los individuos no infectados y puede desarrollar estas condiciones en una edad más temprana¹.

En 2015 un estudio europeo predice que en 2030, el 84% de las personas que viven con el VIH tendrá al menos una comorbilidad no transmisibles asociada a la edad².

Aunque estos eventos no SIDA pueden en parte explicarse por factores relacionados con estilo de vida y toxicidad del tratamiento antirretroviral (TAR), probablemente sí exista un efecto independiente del VIH en la morbilidad no SIDA y que el potencial efecto del VIH quizá se manifieste en una serie de cambios inmunológicos que persisten a pesar de una correcta supresión virológica con el tratamiento.



Se ha demostrado que existe una serie de alteraciones inmunológicas características de la infección VIH como la inmovinactivación e inflamación persistente que han emergido como piezas determinantes de la morbi-mortalidad por eventos no SIDA en estos pacientes y que han llevado a una intersección de los campos del envejecimiento y la enfermedad VIH.

La activación inmune es una característica de la infección crónica por el VIH; y si bien disminuye con el tratamiento antirretroviral persiste anormalmente

elevada con respecto a población no VIH. Se produce una pérdida permanente y progresiva de la molécula CD28 y en paralelo un aumento de los marcadores de inflamación- activación³⁻⁴.

¿Y QUÉ PRODUCE INMUNOACTIVACIÓN E INFLAMACIÓN AUN CUANDO EL TAR ES SUPRESIVO?

1- El propio virus: bien por liberación pasiva desde los reservorios o por replicación activa.

2- Traslocación bacteriana: durante la infección primaria por el VIH, se produce una gran depleción de células CD4 del tejido linfóide de las mucosas sobre todo a nivel del intestino; esto da lugar a una alteración de la barrera mucosa y a una translocación de productos de la flora bacteriana; de hecho la infección por el VIH se asocia con un aumento significativo en plasma de lipopolisacárido (LPS) que es un indicador de translocación bacteriana. La consecuencia de este daño es la pérdida de células Th17; estas células juegan un importante papel en el mantenimiento de la integridad de la mucosa intestinal y en los mecanismos de defensa del huésped frente a las infecciones bacterianas.

En los pacientes VIH hay evidencia de que se produce traslocación bacteriana; en algunos trabajos se ha visto aumento de los niveles de LPS plasmático y de 16S rDNA bacteriano que son un indicador cuantitativo de translocación bacteriana⁵.

Los biomarcadores que indican traslocación bacteriana como el sCD14 son significantes predictores independientes de muerte por SIDA y eventos no SIDA⁶⁻⁷.

3- Otras coinfecciones: la replicación del VIH, junto a la de otras coinfecciones frecuentes como el virus de la hepatitis C (VHC) o el Citomegalovirus

(CMV), estimula la diferenciación y proliferación de las subpoblaciones linfocitarias, lo que conduce, en último lugar, a senescencia replicativa. Una importante proporción de CD8+ activados crónicamente en los pacientes VIH son específicos para CMV⁸.

CONSECUENCIAS DE LA INMUNOACTIVACIÓN PERSISTENTE

Los niveles de activación celular es un factor determinante importante de proliferación y diferenciación de células T, lo que resulta en la generación de células antígeno-experiencia que con el tiempo pierden expresión de CD28 y aumento de la expresión de CD57, que es un indicador clave de la incompetencia inmune en las personas de edad avanzada y en infectados por el VIH.

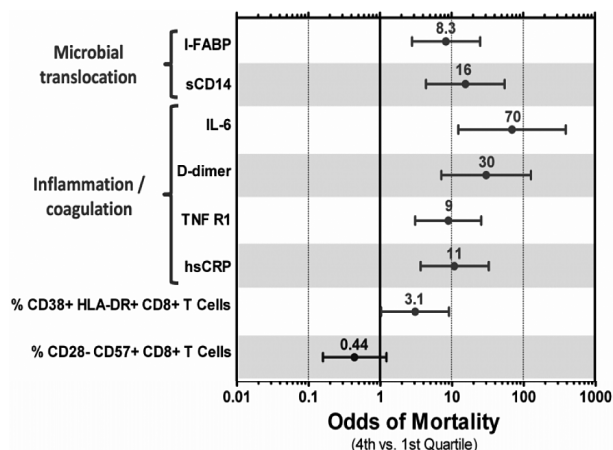
Estas subpoblaciones tienden a perder la capacidad de producir IL-2, además, tienen una función proinflamatoria con mayor secreción de IL-6, TNF- α e IFN- γ ⁹⁻¹⁰ y presentan una disminución de la capacidad de proliferación que se asocia con un acortamiento de longitud de los telómeros, de manera que las células (CD28-/CD57+) muy diferenciadas se han considerado las células T que se acercan a la senescencia.

La presencia de estas células senescentes proinflamatorias acelera el estado de inmunosupresión, ya que además de implicar una mayor susceptibilidad frente a infecciones, promueve la diseminación del VIH.

A nivel clínico esto se traduce en enfermedades relacionadas con la inflamación crónica: Arterioesclerosis con progresión más rápida que en la población general, síntomas asociados con el progresivo deterioro de las funciones cognitivas, mayor prevalencia de osteoporosis, fragilidad, sarcopenia, neoplasias, enfermedad hepática, enfermedad renal, es decir, envejecimiento prematuro.

Generalmente, el TAR condiciona una mejoría de todos los aspectos de la inmunidad, incluyendo aquellos relacionados con la inmunosenescencia. Sin embargo, incluso tras TAR prolongado persiste aumento de linfocitos T CD28-, predominio de linfocitos T de memoria frente a *naïve* y disminución del cociente CD4/CD8, alteraciones que se exacerban con la edad y en presencia de coinfección por CMV¹¹.

La conjunción de un elevado número de linfocitos T CD4+CD28- circulantes, de un cociente CD4+/CD8+ menor de la unidad y de seropositividad de los anticuerpos IgG frente a CMV se denomina “fenotipo de riesgo inmune” y se asocia con un mayor riesgo de comorbilidades y con una mayor mortalidad¹².



Hunt, JID 2014

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

CONCLUSIONES

1– Aunque el TAR sea óptimo, la expectativa de vida es menor en pacientes VIH que en la población general

2– La infección por el VIH está relacionada con un estado de inflamación generalizada que posiblemente acelere el envejecimiento y las enfermedades crónicas del mismo y no está claro si se pueden prevenir con un TAR eficaz

3– Varias características funcionales y fenotípicas de las células T tienen similitudes con las que se observan en el envejecimiento

4– Recientemente, se ha propuesto que la determinación del cociente CD4/CD8 puede permitir estimar de manera indirecta el grado de inmunosenescencia de los pacientes en TAR, lo que es de interés al tratarse de un marcador disponible en la práctica clínica habitual

CORRESPONDENCIA

Carmen Ricart Olmos

Unidad Enfermedades Infecciosas

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schouten J. Cross-sectional Comparison of the Prevalence of Age-Associated Comorbidities and Their Risk Factors Between HIV-Infected and Uninfected Individuals: The AGEhIV Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2014; 59 (12): 1787-97.
- Smit M. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2015 Jul; 15(7): 810-8.
- Kuller LH. Inflammatory and coagulation biomarkers and mortality in patients with HIV infection. *PLoS Med*. 2008 Oct 21; 5(10): e203.
- Neuhaus J. Markers of inflammation, coagulation, and renal function are elevated in adults with HIV infection. *J Infect Dis*. 2010 Jun 15; 201(12): 1788-95.
- Brenchley JM. Microbial translocation is a cause of systemic immune activation in chronic HIV infection. *Nat Med*. 2006 Dec; 12(12): 1365-71.
- Sandler NG, Wand H, Roque A. Plasma Levels of Soluble CD14 Independently Predict Mortality in HIV Infection. *J Infect Dis*. 2011; 203(6): 780-90.
- Hunt PW. Gut epithelial barrier dysfunction and innate immune activation predict mortality in treated HIV infection. *J Infect Dis*. 2014 Oct 15; 210(8): 1228-38.
- Naeger DM, Martin JN, Sinclair E, Hunt PW, Bangsberg DR, Hecht F, et al. Cytomegalovirus-Specific T Cells Persist at Very High Levels during Long-Term Antiretroviral Treatment of HIV Disease. *PLoS ONE* 5(1): e8886.
- Deeks SG, Verdin E, McCune JM. Immunosenescence and HIV. *Curr Opin Immunol*. 2012; 24: 501-6.
- Tsoukas C. Immunosenescence and aging in HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014; 9: 398-404.
- Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana grupo de expertos de la secretaría del plan nacional sobre el sida (spns), sociedad española de geriatría y gerontología (segg). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Lozano F. Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por el VIH; *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2014; 2 (3): 18-32

Comorbilidades ante la cronicidad en los pacientes con infección por VIH. Ajustes derivados en control y tratamiento

S Moreno

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

Desde el inicio de la epidemia, la infección por VIH ha tenido como característica más importante la progresiva depleción del sistema inmune que conduce, en ausencia de tratamiento, a una inmunodeficiencia severa, seguida del desarrollo de infecciones oportunistas graves y a la muerte. La aparición del tratamiento antirretroviral de combinación tuvo como consecuencia inmediata la reversión del déficit inmunitario y la disminución extraordinaria de la morbilidad y la mortalidad asociadas a las infecciones dependientes de la inmunodepresión. La infección por VIH se transformó de ser uniformemente fatal en un período corto de tiempo a ser una enfermedad de evolución no fatal, crónica, y con una supervivencia estimada similar a la de la población no infectada por VIH. Una de las consecuencias ha sido el envejecimiento de la población infectada por VIH en tratamiento antirretroviral.

Tras pocos años del uso rutinario del tratamiento antirretroviral potente se puso de evidencia otra parte de la realidad. La disminución de la mortalidad por SIDA iba acompañada del aumento de mortalidad por otras causas que, en principio, no parecían relacionadas con la infección por VIH. Entre estas causas se incluían como más significativas la hepatopatía crónica asociada a la coinfección por los virus de la hepatitis B y C y la enfermedad cardiovascular, pero el espectro se ha ido viendo ampliado a las neoplasias diferentes de las que definen SIDA, los trastornos neurocognitivos, las alteraciones renales o las alteraciones óseas, entre otras. Además, se adquiere la conciencia de que el espectro no tiene por qué quedar limitado a lo hasta ahora descrito y que puede verse ampliado en un futuro próximo.

Todas estas enfermedades relacionadas con el VIH pero no asociadas al SIDA (los denominados por los autores anglosajones como *eventos no SIDA* o, también, comorbilidades) tienen en común una serie de características que se resumen en los siguientes puntos:

1. Su existencia era ya patente previa a la introducción del tratamiento antirretroviral potente, pero su importancia relativa era escasa al verse desbordada con mucho por las infecciones y los tumores oportunistas.
2. La frecuencia de los eventos y la mortalidad por los mismos aumenta en todas las cohortes con el tiempo de observación. Esto ha hecho que en muchos casos la aparición de estas manifestaciones se haya puesto en relación con el tratamiento antirretroviral y la duración del mismo, además de con la edad de los pacientes y el proceso de envejecimiento.
3. Los fármacos antirretrovirales se han implicado inicialmente en la patogenia de muchos de estas comorbilidades (enfermedad cardiovascular, alteraciones óseas y renales, hepatopatía crónica...). Sin embargo, en pocos casos se ha encontrado una relación directa entre los fármacos antirretrovirales y el desarrollo de una o más de estas alteraciones.
4. Los datos más recientes han puesto de manifiesto que la propia infección por VIH puede ser el mayor responsable patogénico de los eventos no SIDA. La replicación no controlada del virus parece aumentar la frecuencia y gravedad de estos eventos, así como la inmunodeficiencia asociada. Este hallazgo puede condicionar el inicio más precoz del tratamiento antirretroviral.
5. El grado de activación inmunológica y la actividad proinflamatoria que persiste en muchas personas, a pesar del control adecuado de la replicación vírica con tratamiento antirretroviral, parece subyacer como mecanismo patogénico a la mayoría de estos trastornos. Es posible que se haya de diseñar intervenciones específicas en este sentido, si se confirman estas hipótesis patogénicas.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

Las repercusiones clínicas de los eventos no SIDA está siendo importante. Todos los estudios observacionales, incluyendo los estudios de cohortes diseñados específicamente para este fin, han mostrado un aumento significativo de la mayoría de estos eventos y, especialmente, una mortalidad aumentada por los mismos. Como consecuencia, se hacen recomendaciones sobre la necesidad de vigilar y controlar factores que pudieran contribuir a agravar estas situaciones (factores de riesgo cardiovascular clásicos, diagnóstico y tratamiento de la coinfección por virus de la hepatitis, despistaje de alteraciones mentales, medida rutinaria de la función renal o del metabolismo del fósforo y calcio, medida de la densidad ósea) y, además, se han modificado las recomendaciones de inicio de tratamiento antirretroviral. La evidencia de una mayor frecuencia y gravedad con recuentos más bajos de CD4, además de la asociación con el estado de

replicación activa del VIH, se ha utilizado como base para la recomendación de inicio del TAR en estadios más precoces, especialmente en pacientes que padecen alguna comorbilidad asociada.

Los años próximos situarán la importancia de estos eventos no SIDA en la historia natural de la infección por VIH y establecerán su relación con el virus. Mientras tanto, como médicos que cuidan de pacientes infectados por VIH debemos mantenernos alerta y ampliar nuestra actividad clínica a áreas que hasta recientemente no parecían ser un problema en la población que atendemos.

CORRESPONDENCIA

Santiago Moreno
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Características particulares en el medio penitenciario del envejecimiento de los internos infectados por el VIH

C Mínguez-Gallego, EJ Vera-Remartínez

Servicio de Medicina Interna/Infecciosas. Hospital General Universitario de Castellón
Servicios Médicos. Centro Penitenciario Castellón-I

RESUMEN

La progresiva disminución de la mortalidad asociada a la infección por el VIH-1, y la consecuente cronificación de la enfermedad, está provocando un envejecimiento de la población infectada cuya repercusión en el medio penitenciario no es bien conocida. Existe una tendencia hacia el envejecimiento del conjunto de internos en centros penitenciarios españoles, y posiblemente esto también está ocurriendo entre los infectados por el VIH-1. Al analizar en un centro penitenciario la posible influencia del envejecimiento en la prevalencia de comorbilidades en pacientes infectados, se aprecia un significativo aumento de patologías médicas crónicas en los mayores de 50 años. Sería necesario confirmar estos datos en estudios más amplios para poder planificar en caso necesario estrategias de control de estas enfermedades concomitantes.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, el tratamiento con combinaciones de antirretrovirales frente al virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) ha ido evolucionando y ha mejorado tanto en comodidad (menor número de tomas, menor número de comprimidos y menor tamaño de los comprimidos) como en seguridad (importante disminución de la frecuencia y gravedad de los efectos adversos), consiguiendo facilitar la adecuada cumplimentación terapéutica¹. Con todo ello se ha logrado mejorar la eficacia del tratamiento antirretroviral (TARV), y sólo en un escaso número de pacientes se produce un fracaso virológico, y cada vez se detectan menos mutaciones de resistencia^{2,3}. De manera que desde hace aproximadamente una década, la infección ha pasado a ser considerada como una enfermedad crónica que difícilmente llega a desarrollar un síndrome de inmunodeficiencia adquirida entre los que toman correctamente el tratamiento⁴.

Desde el punto de vista epidemiológico esto ha supuesto una drástica disminución en la morbilidad y mortalidad asociada a la infección por el VIH-1, de modo, que en países con los suficientes recursos económicos, la esperanza de vida de las personas infectadas se acerca mucho a la de la población general^{5,6}. Esto ha provocado un progresivo envejecimiento de la población infectada por el VIH-1 (VIH+), y algu-

nas estimaciones apuntan a que en el año 2030 aproximadamente un 78% de esta población tendrá más de 50 años, surgiendo como un creciente problema de fondo la necesidad de compaginar el manejo de la infección por el VIH-1 con el de las patologías propias de la edad avanzada⁷. Estas patologías parecen presentarse más precozmente en las personas VIH+ que en la población general. Existen similitudes entre el proceso de envejecimiento y el curso clínico de la infección por el VIH-1 que sugieren que esta infección podría producir una aceleración en la aparición de comorbilidades y de fragilidad, y se ha establecido que por encima de los 50 años los pacientes infectados tendrían una prevalencia de enfermedades propias de edades avanzadas, y una supervivencia, similares a las de personas entre 60 y 65 años de la población general⁸⁻¹⁰.

Los centros penitenciarios, donde la prevalencia de infección por el VIH-1 ha sido tradicionalmente muy superior a la de la población general, debido fundamentalmente a la estrecha relación entre la drogadicción intravenosa y los delitos relacionados con las drogas, son un medio en los que el envejecimiento de los pacientes infectados puede ser más relevante. Las situaciones que explican la presencia de internos de mayor edad en prisión se han clasificado en tres grupos: aquellos con largas condenas, los que entran y salen repetidamente de prisión por delitos sucesi-

vos, y los que ingresan por primera vez con una edad avanzada¹¹. Existen pocos datos sobre la situación en prisión de estos pacientes mayores con infección por el VIH-1. En este trabajo hemos intentado resumir la situación en España, aportando los datos obtenidos en un trabajo realizado en el centro penitenciario de Castellón-II.

SITUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH-1 EN PRISIONES

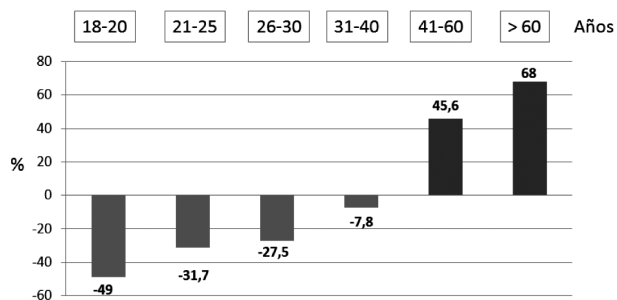
A nivel mundial más de 10 millones de personas, unas 144 personas por 100000 habitantes, se encontraban en prisión a finales de 2015. Esta tasa es similar a la encontrada en España (136 presos/100000 habitantes), siendo una de las más elevadas de Europa occidental¹². La mayoría de estudios indican que la prevalencia de infección por el VIH-1 en prisiones es mayor que en la población general, pero difiere mucho entre países dependiendo fundamentalmente del grupo de riesgo para la infección que predomine a nivel comunitario. Excepto en los países donde la epidemia por el VIH-1 afecta fundamentalmente a la población heterosexual, la prevalencia en prisiones se relaciona estrechamente con la proporción de usuarios de drogas intravenosas (UDI) en la comunidad y con la tasa de VIH+ entre estos. Además, en las cárceles se siguen produciendo conductas de riesgo, y la incidencia de nuevos casos de infección también es superior al estimado en la población general¹³. En España, donde la epidemia por el VIH-1 se ha centrado tradicionalmente en los UDI, la prevalencia de la infección en la población penitenciaria se sitúa en torno al 6% en los últimos años, lo que representa 20 veces más que la estimada en el conjunto de España^{14,15}. Por otro lado, en 2013 la aparición de nuevos casos de infección por el VIH-1 era 66 veces mayor en las instituciones penitenciarias que en la comunidad (0,02% internos vs 0,0003% habitantes)^{15,16}. Aunque desde principios de siglo la tendencia en la aparición de nuevos casos es claramente descendente, tanto en la población general como en la penitenciaria, en ésta última parece haberse producido un ligero repunte a partir de 2010¹⁵.

CAMBIOS EN LA EDAD DE LOS PACIENTES VIH+

Como ya se ha comentado previamente, en países con una adecuada cobertura sanitaria, el extraordinario descenso de la mortalidad en los infectados por el VIH-1, junto al continuo descenso en la aparición de

nuevos casos, y el control de la transmisión vertical, está provocando un progresivo envejecimiento de la población infectada. En la población general, el incremento en la media de edad de los pacientes infectados ha presentado un aumento significativo pasando de los 37 años en el 2000 a los 46 en 2014, y en ese mismo periodo la población VIH+ mayor de 50 años se incrementó desde el 7,7% hasta el 36,1%¹⁷.

Por su parte, la población penitenciaria no puede haber sido ajena a estos cambios. La cobertura terapéutica de los pacientes VIH+ cada vez es mayor, habiendo pasado de estar ligeramente por encima del 50% en 2001, a alcanzar el 85% en 2014¹⁵. Y en el departamento de Salud de Castellón, donde se encuentran los centros penitenciarios Castellón-I y Castellón-II, el porcentaje de pacientes tratados es similar entre la población general y la penitenciaria, superando el 95%¹⁵. Por lo tanto, sería esperable que esta mayor cobertura terapéutica también haya repercutido en los internos VIH+ en lo que respecta a su envejecimiento. No hemos encontrado datos sobre la evolución en la edad de los internos infectados por el VIH, pero la tendencia al aumento se podría inferir a partir de varios factores. En primer lugar, la mortalidad asociada al VIH/SIDA ha disminuido progresivamente en las instituciones penitenciarias, pasando de 0,56 fallecidos/1000 internos-año en 2008 a 0,08/1000 internos-año en 2013¹⁸, y la edad media de los casos de SIDA comunicados por los centros penitenciarios ha aumentado claramente, pasando de los 31,4 años en 1996, a los 41,4 años en 2013¹⁹. En ambos casos se ha apreciado un cambio de tendencia en 2014, con un aumento en la mortalidad asociada a VIH/SIDA (0,21 fallecidos/1000 internos-año), y un descenso en la edad media de los pacientes con nuevo diagnóstico de SIDA (36,2 años), pero el escaso número de casos que se producen anualmente en estas dos situaciones hace que pequeñas variaciones provoquen importantes alteraciones en el resultado final^{18,19}. En segundo lugar, la población penitenciaria en España ha sufrido globalmente un aumento de los grupos de mayor edad, y según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>), entre 2008 y 2016 se ha producido un importante incremento porcentual de los internos mayores de 40 años, siendo este aumento del 68% en los mayores de 60 años (Figura 1). Y finalmente los datos locales parecen corroborar este envejecimiento. Así, en el centro penitenciario Castellón-I, la comparación de la edad media de los internos VIH+, según un estudio transversal realizado en mayo de 2008²⁰, y la recogida en mayo de 2016 en los registros informáticos de los Servicios



Fuente: Estadística penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

Médicos del centro, muestra un aumento importante, pasando de 38,2 años (DE: 5,3) en 2008 a 45,8 años (DE: 5,2) en 2016, aunque con un gran descenso en el número de internos VIH+ (80 vs 27).

REPERCUSIÓN SANITARIA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN VIH+ EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

Si en la población general el envejecimiento de los pacientes infectados por el VIH-1 se ha asociado a una precoz aparición de patologías propias de edades más avanzadas, en el medio penitenciario a esto se podría añadir el potencial deterioro provocado por diferentes co-morbilidades relacionadas con el consumo de drogas. En prisión, los internos VIH+ pertenecen casi en su totalidad al grupo de riesgo de UDI, y es bien conocida la estrecha asociación entre la drogadicción y una mayor prevalencia de patologías como los trastornos psiquiátricos, las infecciones transmitidas por vía hematológica, las enfermedades de transmisión sexual, las miocardiopatías, neumonías, y otra enfermedades metabólicas y endocrinas²¹. La mayoría de trabajos realizados en el medio penitenciario se centran en aspectos psiquiátricos, infecciones muy prevalentes como el VIH-1 o el VHC, o altamente transmisibles como la tuberculosis, pero existen menos datos sobre otras patologías crónicas.

Con la intención de conocer la situación actual de este aspecto, y su potencial influencia en el manejo del paciente VIH+, realizamos un trabajo durante 2016 en el centro penitenciario Castellón-II (presentado en el IX Congreso y XIX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria), en el que se analizó la presencia de comorbilidades crónicas y polifarmacia en internos con antecedentes de drogadicción intravenosa y con serología positiva para el VHC, comparando el grupo de coinfectados por el VIH-1 con el que no lo estaban (no-VIH). Se

consideraron comorbilidades médicas la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la vasculopatía periférica, la dislipemia, el cáncer, la infección activa por VHC, la infección por VHB, la cirrosis hepática, la enfermedad renal crónica, le EPOC, la anemia, y las alteraciones osteoarticulares o gastrointestinales crónicas. Y como comorbilidades psiquiátricas, el trastorno de personalidad, el trastorno psicótico, el insomnio, la ansiedad y la depresión, pero ante un diagnóstico de trastorno de personalidad o psicótico, el insomnio, ansiedad o depresión se consideraron como síntomas de la enfermedad de base y no como procesos independientes.

En este estudio retrospectivo, basado en datos obtenidos de las historias médicas de los pacientes, se incluyeron 179 varones con una edad media de 43,5 años (IC95%: 42,5-44,5), y un 49,2% de ellos coinfectados por el VIH-1. Los pacientes no-VIH presentaron una media de 2,2 comorbilidades/paciente frente a 2,7 en los coinfectados ($p=0,014$). Esta diferencia se debía a la prevalencia de comorbilidades médicas, significativamente mayor entre los VIH+ (media: 1,8/paciente vs 1,4/paciente en los no-VIH; $p=0,036$), mientras que no hubo diferencias en la media de comorbilidades psiquiátricas por paciente (no-VIH: 0,8 vs VIH+: 0,9; $p=ns$). En cuanto a los fármacos pautados, los VIH+ consumían significativamente un mayor número de fármacos distintos, excluyendo los antirretrovirales (media de fármacos/paciente: 3,8 vs 2,9 en los no-VIH; $p=0,016$).

Al analizar los datos según la edad de los pacientes incluidos (datos no presentados en las comunicaciones al congreso), se observó que no hubo diferencia en la edad media de los grupos (VIH+: 44,2 años vs no-VIH+: 42,8 años; $p=0,19$), y que solo 29 (16,2%) tenían una edad ≥ 50 años. Las diferencias entre los grupos de las variables estudiadas se presentan en la Tabla 1, resaltando en negrita los valores estadísticamente significativos ($p<0,05$).

Los datos presentados muestran una alta prevalencia de comorbilidades crónicas en los pacientes con el antecedente de UDI y serología positiva para el VHC, el 78,2% de ellos presentaban 2 ó más patologías asociadas (para una mejor comparación de los grupos se excluyó la infección por el VIH-1, aunque sí que se contabilizó la presencia de viremia activa del VHC). Mientras que en los internos no-VIH tener más de 50 años no se asoció con mayor prevalencia de comorbilidades médicas, sí que lo hizo en los VIH+, sin encontrarse diferencias en las patologías psiquiátricas. Estos datos corroboran lo ya descrito en la población general, pese a que el número de pacientes mayor de 50 años era muy bajo y habría que confir-

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

Tabla 1. Presencia de patologías crónicas y consumo de fármacos según la edad y situación VIH.

	<50	≥50	p
N (%)	76 (83,5)	15 (16,5)	–
Total co-morbilidades (media/paciente)	2,08	2,73	0,162
Patologías médicas (media/paciente)	1,33	2,00	0,086
Patologías psiquiátricas (media/paciente)	0,75	0,73	0,894
Número de fármacos (media/paciente)	2,96	2,80	0,800
Número de pastillas/día (media/paciente)	5,53	4,67	0,478
N (%)	74 (84,1)	14 (16,5)	–
Total co-morbilidades (media/paciente)	2,50	3,50	0,012
Patologías médicas (media/paciente)	1,62	2,79	0,001
Patologías psiquiátricas (media/paciente)	0,88	0,71	0,178
Número de fármacos (media/paciente)*	3,70	4,21	0,480
Número de pastillas/día (media/paciente)**	8,32	9,14	0,544

*Excluidos los antirretrovirales. **Incluidos los antirretrovirales.

mar los resultados de este estudio con una muestra más alta.

COMENTARIOS FINALES

Aunque se ha producido un descenso importante en la mortalidad de los infectados por el VIH-1, se siguen observando diferencias en las tasas de supervivencia, que se pueden achacar fundamentalmente a la mayor prevalencia de distintos factores de riesgo de morbi-mortalidad en estos pacientes, relacionados o no con la propia infección²²⁻²⁴, y que se concentran más en los centros penitenciarios^{25,26}.

Pese a que las características de la población infectada por el VIH-1 en los centros penitenciarios no es en general la misma que en la comunidad, todo apunta a que el envejecimiento de estos pacientes también se está produciendo. Sin embargo, la rotación que se produce en los internos según las entradas y salidas, y los tiempos de condena, puede que influya en enlentecer una posible progresión de esta situación, a diferencia de lo que ocurre en la población general. Y aunque la proporción de mayores de 50 años en el centro penitenciario analizado no es muy elevada, ya se aprecia significativamente una mayor prevalencia de comorbilidades en los VIH+.

En los centros penitenciarios, la obligación de las instituciones de velar por la salud de los internos hace necesario establecer planes de actuación global en los infectados por el VIH y no solo centrados en su infección, cada vez más fácil de controlar con los tratamientos actuales.

CORRESPONDENCIA

Carlos Mínguez Gallego.
Hospital General Universitario de Castellón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viswanathan S, Justice AC, Alexander GC, Brown TT, Gandhi NR, McNicholl IR, et al. Adherence and HIV RNA Suppression in the Current Era of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015; 69(4), 493–8.
2. De La Torre-Lima J, Aguilar A, Santos J, Jiménez-Oñate F, Marcos M, Núñez V, et al. Durability of the first antiretroviral treatment regimen and reasons for change in patients with HIV infection. *HIV Clin Trials*. 2014; 15(1): 27–35.
3. Siliciano JD, Siliciano RF. Recent Trends in HIV-1 Drug Resistance. *Curr Opin Virol*. 2013; 3(5): 487–94.
4. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013; 382(9903): 1525–33.
5. van Sighem AI, Gras LA, Reiss P, Brinkman K, de Wolf F; ATHENA national observational cohort study. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS*. 2010; 24(10): 1527–35.
6. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the Gap: Increases

- in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*. 2013; 8(12): e81355.
7. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem Av, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15(7): 810-8.
 8. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*. 2011; 53(11): 1120-6.
 9. Oursler KK, Goulet JL, Crystal S, Justice AC, Crothers K, Butt AA, et al. Association of age and comorbidity with physical function in HIV-infected and uninfected patients: results from the Veterans Aging Cohort Study. *AIDS Patient Care STDS*. 2011; 25(1): 13-20.
 10. Blanco JR, Jarrín I, Vallejo I, Berenguer J, Solera C, Rubio R, et al. Definition of Advanced Age in HIV Infection: Looking for an Age Cut-Off. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2012; 28(9): 800-6.
 11. Beckett J, Peternelj-Taylor C, Johnson RL. Growing old in the correctional system. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2003; 41(9): 12-8.
 12. Wamsley R. World Prison population list 11th edition. 2016 [Internet]. London: Institute for Criminal Policy Research; 2016 [cited 2016 Sept 2016]. Available from: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition.pdf.
 13. UNODC. El VIH y el SIDA en los lugares de detención: grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles [Internet] Nueva York: Naciones Unidas; 2012 [citado 7 Sept 2016]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf.
 14. Informe Mundial: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2013. [Internet] Geneva; UNAIDS; 2013 [citado 7 Sept 2016]. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf.
 15. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria. Prevalencia de las infecciones VIH y VHC en instituciones penitenciarias [Internet]. Madrid: Subdirección General de IIPP; 2015 [citado 7 Sept 2016]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia_VIH_y_VHC_en_IIPP_2014.pdf.
 16. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2015.
 17. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2014. Análisis de la evolución 2000-2014. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2015.
 18. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria. Mortalidad en instituciones penitenciarias 2014 [Internet]. Madrid: Subdirección General de IIPP; 2015 [citado 8 Sept 2016]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Mortalidad_en_IIPP_2014.pdf.
 19. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria. Casos de SIDA en instituciones penitenciarias. 2013-2014 [Internet]. Madrid: Subdirección General de IIPP; 2015 [citado 8 Sept 2016]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Sida_en_IIPP_2013-2014.pdf.
 20. Mínguez-Gallego C, Vera-Remartínez EJ, García-Guerrero J, Rincón S, Martínez-Ródenas C, Herrero A. Factores de riesgo vascular en pacientes infectados por el VIH en un centro penitenciario. *Rev Clin Esp*. 2011; 211(1): 9-16.
 21. Kresina TF, Normand J, Khalsa J, Mitty J, Flanagan T, Francis H. Addressing the need for treatment paradigms for drug-abusing patients with multiple morbidities. *Clin Infect Dis*. 2004; 38 Suppl 5: S398-401.
 22. Justice AC, Dombrowski E, Conigliaro J, Fultz SL, Gibson D, Madenwald T, et al. Veterans Aging Cohort Study (VACS): Overview and description. *Med Care*. 2006; 44(8 Suppl 2): S13-24.
 23. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN, Gebo KA, Walensky RP, Chiosi JJ, et al. Racial and sex disparities in life expectancy losses among HIV-infected persons in the united states: impact of risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2009; 49(10): 1570-8.
 24. Obel N, Omland LH, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C. Impact of Non-HIV and HIV Risk Factors on Survival in HIV-Infected Patients on HAART: A Population-Based Nationwide Cohort Study. *PLoS ONE*. 2011; 6(7): e22698.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

25. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014; 16(2): 38-47.
26. Uthman OA, Oladimeji O, Nduka C. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care.* 2016. DOI: 10.1080/09540121.2016.1223799.

Papel de la Enfermería en la Sanidad Penitenciaria

JA González

Centro Penitenciario de Murcia

RESUMEN

El papel fundamental que desempeñan en la atención sanitaria de los centros penitenciarios los profesionales de enfermería se ve afectado por múltiples factores históricos. Unos propios del recorrido de la profesión en el medio donde desempeña sus funciones (por ejemplo, déficit en el uso de un lenguaje enfermero estandarizado en la practica clínica) y otros propios de la institución para la que trabaja (por ejemplo, funciones definidas para el personal de enfermería en Reglamento Penitenciario caduco y obsoleto en vigor).

Pese a tratarse estos temas desde hace ya mas de una década no ha habido un avance institucional significativo durante este periodo que de un impulso para que el trabajo de los profesionales de enfermería sea cuantificable en cantidad y calidad de manera objetiva y dicho trabajo se pueda desarrollar de la manera que se espera y desea de una profesión que tiene en el método científico, la relación de ayuda y el cuidado de los usuarios que atiende su razón de ser.

Palabras clave: enfermería; prisiones; atención al paciente; protocolos.

Quiero comenzar agradeciendo en primer lugar a los organizadores del XI Congreso de Sanidad Penitenciaria la posibilidad de estar aquí con vosotros y en especial D. Enrique Vera que tuvo el atrevimiento de encargarme tan importante tarea en el día de hoy para esta mesa de Gestión que tengo el placer de compartir junto al Dr. Miguel Ángel Calleja, nuestra queridísima Carmen Hoyos y nuestro presidente D. José Tomas Quiñero.

Dispongo para hablaros sobre enfermería en prisiones de unos veinticinco minutos... no esta mal porque es a casi minuto por año de experiencia e intentaré no dejar nada en el tintero, básicamente porque nuestra profesión ha estado siempre con debates que ,por desgracia , no pasan de moda pese a la esterilidad de los mismos y , lejos de ir despejándose el camino de ellos, se les va añadiendo nuevas situaciones que provocan que la enfermería tenga que justificar casi de manera crónica su labor independiente y valía profesional dentro de la atención que se le presta al usuario.

Por mas vueltas que he querido dar a la cabeza sobre los temas a tratar de nuestra profesión en este ámbito siempre he llegado a un punto en común con todos ellos, que no es otro que somos la piedra angular donde descansa la atención sanitaria de nuestra institución en la actualidad y dejo esto ya aquí como primer punto importante así casi “ sin calentar”.

De cómo está la enfermería en nuestros centros creo que todos sois conocedores de la situación ya sea en por experiencia propia o ajena . Seguramente poco o nada nuevo puedo descubrir os entonces, pero sí quizás marcar un momento de reflexión para que, desde el propio bagaje de cada uno, realicemos una valoración de donde estamos a día de hoy.

La tendencia a la especialización en todas las profesiones , y sobre todo en las sanitarias , es evidente. En nuestro medio , como bien sabéis, prestamos nuestros servicios en multitud de campos, desde programas propios de Salud Publica como pueda ser Educación para la Salud, vacunas o control higiénico del medio, pasando por atender los diferentes programas de prevención y control de enfermedades de tipo crónico (HTA, diabetes, etc.), siguiendo con la cada vez mas importante área de Salud Mental , actuando en la prevención y control de Enfermedades Infecciosas, ofreciendo una atención continuada en las diferentes modalidades de atención sanitaria que ofrece la institución en las condiciones que todos conocéis e invirtiendo gran cantidad de nuestro tiempo en el control, preparación, y administración de todos los medicamentos que de cada uno de nuestros usuarios precisan, con todas las modalidades que puedan existir para ello en función de las características del propio usuario y el tipo de medicación(que va desde el estricto TDO hasta la administración mensual). Como

veis somos profesionales que lejos de tener una practica concreta actuamos dentro en un amplísimo abanico de situaciones clínicas y necesidades de nuestros usuarios. Por tanto la necesidad de estar formados en amplios contenidos de acuerdo a los condicionantes de salud de la población antes descritos, las características del contexto penitenciario y su normativa con todos los aspectos legales que de nuestra atención se derivan nos indican que somos susceptibles de poder optar a una especialidad de nuestra profesión para este ámbito tal y como refiere Coll-Camara¹.

Si a los ingredientes antes citados añadimos a la receta lo heterogéneo de nuestros centros tanto a nivel de estructura, estilos de dirección, actividad principal del centro y personal disponible en los mismos podemos encontrarnos una situación que se asemeja bastante a convertir cada uno de nuestros centros penitenciarios en reinos de Taifas por mas que se intente homogeneizar la atención sanitaria entre estos.

Aun siendo todos estos elementos comunes a los profesionales que trabajamos dentro de la institución me gustaría reflexionar brevemente sobre algunos factores que, a mi modo de ver, son claves para entender algo mas nuestra actividad en los centros penitenciarios: los propios profesionales de Enfermería, la administración de la cual dependemos y los usuarios a los cuales atendemos y nos debemos.

Respecto a los profesionales de enfermería un vistazo retrospectivo nos revela que el tema que nos ocupa no ha cambiado mucho en la última década pese a ser objeto ya de debate en ocasiones anteriores por autores como Avendaño² donde nos comenta la gran heterogeneidad de situaciones que presentaba la institución y factores que nos afectan, quedando reflejada de una manera mas concreta esta realidad en la descripción que hacen Del Pino Casado y Martínez Riera³ que, sin pretender hacer una revisión exhaustiva de nuestro medio, aciertan como si así lo pretendieran al describir la posibilidad de encontrarnos con distintos tipos de profesionales dentro de la institución en razón de su concepción de la enfermería, siendo las “enfermeras cuidadoras”, las que la base de su labor son los cuidados en función de las necesidades del paciente y “enfermeras ATS”, las que son “ayudantes, dignos e indispensables, pero ayudantes, y el que ayuda, aunque sea insustituible, nunca asume la responsabilidad final. Teniendo siempre el trabajo del medico como referencia”. El momento de incorporarse a la institución tiene bastante que ver entre elegir un modo de actuar u otro. Los profesionales que trabajan en la institución se encuentran con un panorama no muy claro a nivel de funciones siendo el “donde fueres haz lo que vieres” un ele-

mento cotidiano en la practica clínica de los mismos. El hecho de optar por un modelo de actuación u otro es personal de cada profesional, quedando supeditada dicha decisión casi a su satisfacción personal y profesional.

Por otro lado y pese a que el día a día asistencial quizás invite a todo lo contrario hay gran cantidad de profesionales que apuestan por seguir creciendo y apostando por el medio en el que trabajan, siendo tutores de alumnos en practicas, bien aportando su experiencia de manera directa para mejorar la labor asistencial como investigando pese a ser conscientes que no se les reconozca de momento ese derecho básico de progreso profesional personalizado como es la Carrera Profesional⁴. Y aun así, la diferencia entre lo que hacemos y lo que podríamos llegar a hacer dentro de nuestras competencias deja a los profesionales de enfermería de esta institución claramente desaprovechados. Romero M⁵ nos describía con claridad lo importante que es a nivel laboral la satisfacción profesional y GESESP⁶ ya describió que la satisfacción de los profesionales de enfermería que trabajan en prisiones es menor que la de los profesionales que trabajan en otros ámbitos.

Alcade-Parcés y EJ Vera-Remartínez⁷ hacen hincapié en la importancia de algo tan básico e importante como usar como usar un lenguaje enfermero estandarizado que tan buenos resultados ha dado en los centros donde se ha potenciado el uso del mismo y no tenemos extendido, en general, en nuestra practica clínica de la manera que deberíamos para dar continuidad a los cuidados que prestamos al usuario tanto en el mismo centro como elemento de comunicación con los profesionales que atenderán al paciente si fuera conducido a otra prisión.

Desde el punto de vista de la Institución no nos llevemos a engaño, el carácter no sanitario de la misma marca día a día nuestro trabajo. Podemos partir de una máxima refrendada por nuestra practica clínica diaria: “Cuando interesa en la institución el profesional de Enfermería tiene los conocimientos adecuados para casi lo que sea y cuando no interesa, no”. Nuestra titulación nos habilita para el desempeño de multitud de funciones, pero en ningún momento llegar a sustituir a la de otros profesionales como pudiera ser el personal facultativo médico o farmacéutico sea por el motivo que sea. Tampoco es de recibo que con la excusa de pertenecer a un equipo multidisciplinar nos veamos involucrados en actividades ajenas a nuestro fin como sanitarios dentro de la institución como puede ser, por ejemplo, la participación en el proceso de los permisos penitenciarios con el control de consumo de tóxicos tras los mismos. Nuestra ac-

tividad diaria ya casi por inercia nos hace incurrir en bastantes irregularidades con el único fin de que la atención al usuario se vea lo menos mermada posible y, por ende, que haya un buen funcionamiento del servicio sanitario para no alterar, cueste lo que cueste en ocasiones, ningún aspecto regimental del establecimiento.

Aspectos legales como la recién modificada ley por la que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros⁸ tendrán de ser tenidos en cuenta por cada uno de nosotros, ya que, nuestra institución lejos de aclarar posturas frente a la misma, parece querer sumarse al despropósito y la desinformación existente incluso fuera de nuestro ámbito de actuación.

Los avances y las políticas de desarrollo de nuestra profesión se ven bastante más ralentizadas dentro de la institución, aun si cabe, en comparación con la mayoría de profesionales de enfermería que desarrollan su labor fuera de nuestro ámbito. Como bien conocéis, y ya hemos comentado alguna de ellas, hay descrita gran cantidad de legislación vigente dentro de los ámbitos laborales, académicos y económicos⁹ que, con “sangre sudor y lagrimas”, han aportado al avance de nuestra profesión en ámbitos extrapenitenciarios llevándola, pese a la oposición de algunos, a estar en su máximo exponente histórico de desarrollo aunque debería ser mucho mayor a estas alturas. Dentro de nuestra institución no parece que toda esa legislación sea tenida en cuenta, estando aun reglamentada nuestra actividad por el arcaico Reglamento Penitenciario de 1981¹⁰ donde lejos de potenciar un apoyo expreso al desarrollo de actividades relacionadas con las tareas propias de nuestra profesión otorga más prioridad a otras a las que según el reglamento estamos “particularmente obligados”. Que este texto se encuentre aún vigente en las fechas que corren no deja de provocar situaciones de auténtica esquizofrenia asistencial en los centros penitenciarios.

El cambio de denominación de Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones penitenciarias a Cuerpo de Enfermeros de Instituciones penitenciarias¹¹ no deja de ser un gesto tímido y legal con pocas consecuencias en nuestra labor diaria. La puesta en marcha de nuevas herramientas informáticas pueden ayudar a mejorar nuestros recursos materiales pero sin una inversión adecuada y real de recursos humanos en los centros puede hacer que todo aquello que se pretenda poner en funcionamiento corra el riesgo de funcionar como proyectos a medio gas. Norma Lang¹² afirma: “si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, practicar, investigar, enseñar,

financiar o plantearlo en la política pública”. A día de hoy no hay manera de valorar objetivamente por parte de nuestra institución el ingente trabajo que realizamos en toda su totalidad.

Que la política de la institución no promueva “la opción fácil” a los profesionales que eligen trabajar más en tareas que aun no estando tan sensibilizadas por parte del propio establecimiento, conllevan una mejora evidente en la salud de nuestros pacientes a cambio sólo de su satisfacción personal y profesional. Que la motivación y sentimiento de responsabilidad profesional sean los pilares fundamentales en los que puedan apoyarse estos profesionales en lugar de unas políticas sanitarias más acordes a la realidad asistencial que vivimos provoca con el tiempo que “hasta el más pintao” pase por periodos de frustración y hastío ante el escaso reconocimiento de los cuidados que prestan y ausencia de directrices institucionales claras que lo apoyen. Y, por supuesto, es fundamental que los servicios de enfermería de que se prestan en los centros penitenciarios sean organizados por personal de enfermería cualificado para tal función, no por otros profesionales sea cual sea la posición que ocupe dentro del organigrama del centro.

Y como tercer factor me gustaría hablaros de los usuarios a los que atendemos. Trabajamos de manera permanente con personas que sufren en la mayoría de las situaciones, y por encima de la población general, enfermedades de todo tipo y condición, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para demorar el refuerzo “quiero esto y lo quiero ya”, alta impulsividad, prevalencia del locus de control externo, toxicomanía, egocentrismo, tensión casi constante, miedo en muchas ocasiones hacia la institución y al grupo de iguales, agresividad, desconfianza, expectativas mal ajustadas, labilidad emocional, culpa, impotencia, tristeza y aislamiento, teniendo como motivación principal de su existencia obtener la libertad lo antes posible por encima incluso de su salud.

Dado el perfil medio de los clientes a que atendemos os podéis imaginar que quizás en este ámbito, más que en cualquier otro si cabe, la relación de ayuda, como afirma Cibanal¹³, debe darse en su máxima expresión y la planificación de cuidados con su máximo rigor. Y es en ambos puntos donde nuestros pacientes encuentran algo que, por regla general, pocas veces han podido experimentar de manera tan diferenciada y positiva.

En definitiva:

- En general la situación de la enfermería de Instituciones Penitenciarias, aun siendo pieza clave de la atención sanitaria en nuestros cen-

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

tros, sigue provocando un trabajo enfermero poco eficiente y nada diferenciado, existiendo grandes diferencias entre las actividades que podrían realizarse y las que realmente se están desarrollando, siendo el reglamento penitenciario un lastre diario para la enfermería que trabaja en los centros penitenciarios.

- Mientras no haya una estandarización y sistematización de las planes de cuidados, podamos evaluar el impacto de los mismos, actuemos basándonos en la evidencia y haya un desarrollo real de sistemas de información para la gestión de los cuidados no avanzaremos. A día de hoy es imposible valorar objetivamente por parte de nuestra institución el ingente trabajo que realizamos en su totalidad.
- Pese a que el profesional de enfermería cumple con lo que se le demanda desde siempre por parte de la institución que es seguir dando pasos cortos pero constantes, en pro del beneficio de nuestros pacientes y de la profesión en general², los gestos por parte de la institución para impulsar la labor de los profesionales de enfermería han sido lábiles, tímidos e insuficientes.
- La alta responsabilidad y fuerte motivación de los profesionales de enfermería que trabajan en prisiones queda manifiesta día a día llevando “mas allá” nuestra actividad asistencial pese el poco feedback recibido por parte del medio y la institución para la que trabajamos.
- Evitemos la “anorexia de poder”¹⁴ adquiriendo conciencia colectiva para que nuestra profesión este realmente con el nivel de exigencia y reconocimiento que se merece.
- Para hacer que el desarrollo de la enfermería que trabaja en prisiones ocurra como es debido y se merece no es suficiente con saber qué hacer, hay que desearlo, tener voluntad política y ser conscientes de que también es nuestra obligación.

Quiero terminar esta ponencia haciendo referencia expresa a la figura de nuestros compañeros José Antonio Ferrándiz y Teresa Pérez, primero como máximos exponentes de mi mas sincero reconocimiento hacia dos personas que la vida tuvo a bien que pudiera conocer, trabajar y compartir muchas horas junto a ellos haciéndome ver en la solidaridad y el compañerismo un valor seguro antes, durante y después de el trabajo que pude desempeñar junto a ellos y segundo como máximos representantes y exponentes de la figura del Auxiliar de Enfermería. Estos profesionales en muchísimas ocasiones son nuestras piernas, son nuestros

brazos, son nuestras manos y nuestra cabeza, pero siempre, siempre serán nuestro corazón.

CORRESPONDENCIA

Juan Antonio González
Centro Penitenciario de Murcia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coll-Cámara A. Enfermería penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica? Rev. Esp. Sanid. Penit. 2014; 16(supl. 1): 45-9.
2. Avendaño Merín I. Reflexión: el papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2006; 8(supl. 1): 112-5.
3. del Pino-Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev. Adm. Sanit. 2007; 5(2): 311-37.
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
5. Romero M. Evolución de la enfermería hacia la satisfacción profesional. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2009; 11: 65-7.
6. Vera-Remartínez EJ, Mora LM, González JA, García J, Garcés E, Domínguez JA, et al. Realidad laboral y profesional de le enfermería en las prisiones españolas. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2008.
7. Alcade-Parcés P, Vera-Remartínez EJ. Método científico y lenguaje enfermero estandarizado. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2014; 16(1): 1-2.
8. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
- 9.- Ley 44/2003 de 21 de Noviembre sobre la ordenación de las profesiones sanitarias.
- 10.- Real Decreto 1201/81, de 8 de mayo, por el que e aprueba el Reglamento Penitenciario.
- 11.- Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre. Disposición Final. “Modificación de la Ley 39/1970, de 22 de diciembre, sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios”.
- 12.- Coenen A. Clasificación Internacional para la práctica enfermera (CIPE). Unificación del Marco de trabajo. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: AENTDE; 1998.

- 13.- Cibanal JL. El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud. Rev. Esp. Sanit. Penit. 2000; 2(1): 14-22.
14. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: AENTDE; 2003.

Retos profesionales y laborales de la sanidad penitenciaria

C Hoyos-Peña

Coordinadora GRELASESP

Los sanitarios penitenciarios hemos compartido, desde siempre, no sentirnos representados por los sindicatos ni escuchados por la Administración.

Trabajamos codo con codo con otros profesionales penitenciarios, ampliamente presentes en las mesas negociadoras de la Administración General del Estado (AGE), viendo sus logros laborales. Y nosotros, observando.

Y observando

- Cómo se pagaba la hora de guardia médica localizada a 1 euro o la presencial a 6 y sus equivalentes a enfermeros.
- La falta de libranza tras la guardia presencial y localizada.
- Tener que acudir a las urgencias en nuestros vehículos particulares.
- “Buscarnos la vida” para nuestra formación continuada en jornadas intensivas de fines de semana o tardes tras nuestro horario de trabajo, financiadas por los colegios profesionales o la industria farmacéutica ahora demonizada, para actualizar los conocimientos en patologías de alta prevalencia en nuestro medio, Infección por el VIH, Hepatitis Virales, Tuberculosis, Salud Mental, Drogodependencias etc. Formación que nos ha permitido el abordaje de ellas como expertos reconocidos en el ámbito profesional extrapenitenciario, estatal y europeo. De lo que por cierto presumen nuestras autoridades.
- La falta de reconocimiento de la Carrera Profesional, subsanada en otros colectivos penitenciarios con sus progresiones escalonadas de categorías (genéricos, jefes de departamento, jefes de centro, etc) con lo que se les ha ido reconociendo su antigüedad, su formación continuada y otros méritos. Y a nosotros cero; seguimos observando.
- El ser considerados “personal de oficinas” o sea sin reconocimiento de complementos por

peligrosidad, turnicidad etc. “Nuestro trabajo parece ser que se realiza en el exterior”

- El tener que “echar arte” a nuestras actuaciones profesionales para no quebrantar las cuestiones éticas de nuestra profesión con las regimentales penitenciarias. Arte no, mucho arte.
- Estar haciendo tareas propias de un psicólogo, a diario, porque la Administración Penitenciaria no ha calibrado la necesidad de estos profesionales en nuestro medio. Pero además teniendo que soportar que se les tiene reconocido un nivel más alto que a un médico.
- Tener que hacer, a diario, en muchos centros penitenciarios (CCPP) las funciones propias del farmacéutico, porque la Administración Penitenciaria tampoco ha estimado la necesidad de estos profesionales en nuestro medio.
- No disponer de ningún dato clínico de nuestros pacientes a su ingreso en prisión por el aislamiento informático entre nuestras consultas y los dispositivos sanitarios comunitarios. Así como en sentido inverso, en la excarcelación, sabiendo que mucha de nuestra población tiene su primer contacto con el sistema sanitario cuando es privado de libertad y esa situación es aprovechada por nuestros servicios para realizar actuaciones y estudios de salud altamente rentables para el paciente y la comunidad, y que quedan reclusos en nuestros archivos al volver a la vida en libertad.
- La prohibición reiterada de la más mínima actividad investigadora, ni siquiera epidemiológica, contradiciendo el quehacer científico básico y diario de cualquier centro sanitario público de calidad.
- Y también observando cómo somos obligados a asumir, para nuestra práctica clínica, una guía farmacoterapéutica impuesta sin el más mínimo consenso científico y profesional, que ha requerido la intervención judicial para su modificación. Y visto lo visto tras dicha resolución

judicial y la respuesta administrativa a ella, lo seguirá requiriendo.

La aplicación en nuestro quehacer diario de dicha circular quebranta la continuidad en tratamientos crónicos de los pacientes al ingresar en prisión y nos hace en muchos casos regresar a pautas y procedimientos farmacológicos alejados de las recomendaciones de guías y protocolos científicos.

- Y quizás, lo más lamentable, entre lo muy lamentable reseñado ha sido el que la Administración Penitenciaria haya sido capaz de impedir a nuestros pacientes el acceso a los nuevos tratamientos para la curación virológica de la hepatopatía crónica por el VHC. Actuación sin precedente en la democracia española que ha servido para que autoridades judiciales, políticos, comités de afectados, sociedades científicas etc, hayan resaltado un posicionamiento contrario a las más básicas recomendaciones científicas y éticas.

¿Y QUÉ HEMOS HECHO FRENTE A ELLO?

Han sido años y años de lamentos y más lamentos. Hemos llamado a las puertas de los diferentes sindicatos exponiendo nuestras problemáticas pero la conclusión siempre ha sido ¿qué significa un mínimo número de afiliados? Oídos sordos. Y la Administración siempre respondiendo “estamos a la espera del traspaso de competencias”.

Pero ojo, tras años y años de hartazgo, en 2006 se convocó una huelga sin precedentes en la sanidad penitenciaria española que paralizó sus competencias en la gran mayoría de los CC PP y que obligó a que se convocara una mesa sectorial en la que por fin representantes sanitarios fueron escuchados, aprobándose una mejora muy importante en el pago de la hora de guardia de médicos y enfermeros, presenciales y localizados. Sirva de ejemplo el paso de 1 a 7,65 euros la hora del médico localizado o de 6 a 13 euros la del enfermero presencial. A pesar de ello su valoración a día de hoy está situada en el 40 % de media de la hora en el Sistema Público de Salud.

Y mientras seguimos observando todo ello y mucho más, se discute en la asamblea de socios de la SESP celebrada en el congreso nacional de Barcelona de 2014, la necesidad de que desde dicha Sociedad se trabaje en reivindicar nuestro malestar laboral y profesional y se le dé luz. Se constituyó el Grupo de Relaciones Laborales de la SESP (GRELASESP) y nos pusimos a trabajar.

HEMOS ESTABLECIDO VARIOS RETOS COMO PRIMER PASO

- Hacer llegar a todos los profesionales las mejoras laborales conseguidas por algunos compañeros mediante procesos contencioso administrativos, para su solicitud individualizada mediante “extensiones de sentencia”. Han sido mayoría los que han solicitado y se les ha reconocido hasta el momento de la jubilación el pago de guardias en vacaciones, ILTs y todas las libranzas oficiales. También de igual manera, eliminar “el redondeo” aplicado arbitrariamente por la Dirección General de IIPP en el pago de la hora de guardia localizada de médicos al aplicar la bajada del 5% al sueldo de todos los funcionarios públicos, en junio del 2010. En ambos casos se ha ordenado judicialmente a nuestra Administración al pago retroactivo de los últimos 4 años.
- Mejorar la comunicación en nuestros colectivos mediante la creación de un Blog dentro de la página web de la SESP, en el que se expongan inquietudes y se trasladen iniciativas y proyectos.
- Reclamar nuestro derecho a la Carrera Profesional. Realizamos una solicitud de estudio jurídico al gabinete de abogados de Pedro Salinas, jurista con amplia experiencia en derecho sanitario y ex asesor jurídico de la Organización Médica Colegial (OMC) quien nos informó de la legislación que avala nuestro derecho a la misma, concretamente la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) junto a la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP). La conclusión del mencionado estudio es que la Ley avala claramente nuestro derecho a ella pero es solo un “reconocimiento de derecho”. Su desarrollo corresponde a la Administración y Sindicatos presentes en la AGE. Con esa base y avalados por la OMC, nos dirigimos a Presidencia de Gobierno, Vicepresidencia, ministro de AA PP y Hacienda, Director General de IIPP Y Defensora del Pueblo exponiendo el incumplimiento legal, sin recibir contestación a la petición de ser oídos. En relación a Centrales Sindicales enviamos escritos a presidentes nacionales de Sanidad y AGE de UGT, CCOO y CSIF siendo recibidos por todos ellos.

En dichas conversaciones hemos trasladado la inquietud avalada por la Ley, de que las profesiones sanitarias requieren un esfuerzo formativo diario que debe ser reconocido y que debe servir de estímulo en nuestro diario quehacer premiándose el esfuerzo individualizado. Es por ello que existe una legislación específica para nuestras profesiones. Su falta de desarrollo es otra discriminación más con respecto a la sanidad pública de las CCAA.

Hemos elaborado un borrador de carrera profesional en el que solicitamos el derecho a la misma para todos los profesionales sanitarios que prestan servicios en la institución penitenciaria, farmacéuticos, médicos, enfermeros y auxiliares de clínica.

- Conseguir la transferencia de la Sanidad Penitenciaria a todas las Comunidades Autónomas

¿Qué decir sobre ella que no hayamos oído ya?

Tema manido, expuesto por numerosos expertos penitenciarios y extrapenitenciarios en esta misma mesa y otros foros, José Ramón Repullo, Daniel Zulaika, Vicente Martín Sánchez, Julio García Guerrero, Antonio López Burgos, M^a Dolores Serrano Tárraga, José Quiñonero Díaz, Juan José Rodríguez Sendín, Máximo González Jurado y otros muchos.

Existe un incumplimiento legislativo remoto en el tiempo que todos conocemos, Ley General de Sanidad de 1986 y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003; leyes aprobadas para proteger a la población y a los trabajadores de la salud sobre arbitrariedades, muchas de ellas expuestas en la parte inicial de esta intervención

A día de hoy, ni las transferencias se han completado ni se ha avanzado al respecto de manera significativa ya que sólo se han producido en relación a dos comunidades autónomas. Así, en 2010 se completó la integración de la sanidad de las prisiones catalanas, en el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña -competencia penitenciaria que ya le había sido previamente transferida- y en 2011 se culminó el proceso en el País Vasco.

En referencia y como ejemplo, en ésta última comunidad autónoma no hubo en la negociación imposición de estatutarización del personal, médicos y enfermeros siguen siendo funcionarios adscritos a MUFACE y auxiliares de clínica, personal laboral. La movilidad en Osakidetza fue plena desde el primer día tanto en concurso de traslado o como movilidad interna en sus diferentes departamentos, también mediante comisiones de servicio. Se igualó económicamente a todo su personal con el de la Consejería de Salud. Se terminaron las desigualdades para la pobla-

ción penitenciaria y sus profesionales sanitarios, y la valoración realizada a día de hoy por todos, incluida la Administración Penitenciaria, no puede ser más favorable. Se ha insistido mediante diferentes cursos formativos para adaptar a los sanitarios penitenciarios a protocolos comunitarios y a los de Osakidetza, a las peculiaridades regimentales y legislativas penitenciarias.

Una sociedad moderna gestiona la sanidad pública, esa sanidad defendida reiteradamente en nuestro país a pie de calle, desde despachos de expertos que entienden el lenguaje sanitario. En Australia por ejemplo, como refirió el profesor Andrew Lloyd, director del departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Prince of Wales de Australia en abril 2016 en una mesa redonda con participación de II PP, el abordaje de la hepatopatía crónica por el VHC en las prisiones es de rango prioritario. O sea preferente frente al ciudadano no privado de libertad. Es de sentido común epidemiológico; habrá que intervenir en el medio en el que hay una prevalencia mayor de afectados, en este caso del 19,5% (datos de IIPP, memoria 2015), con más ahínco que si lo es del 1,7%, como ocurre también en este caso, en población general española. Pues en una sociedad como la nuestra que goza de una sanidad envidiada por los países de nuestro entorno, los privados de libertad permanecen guetados sanitariamente frente a este grave problema de salud y todos hemos contemplado su discriminación, sin precedentes, en el acceso a su tratamiento.

¿Y qué dicen los políticos sobre el incumplimiento legal?

Sirva de ejemplo las numerosas iniciativas parlamentarias en Congreso, Senado y Parlamentos Autonómicos en las diferentes legislaturas, iniciadas por una moción, consecuencia de interpelaciones urgentes del grupo parlamentario federal de Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña, sobre política penitenciaria del gobierno (Expte. N.º: 173/000005) de 18 de junio de 1996, donde se acordó instar al mismo para que, en el plazo más breve posible, procediera a la integración progresiva de los funcionarios del Cuerpo Facultativo, de ATS y de Profesores de EGB de Instituciones Penitenciarias en las respectivas redes públicas de sanidad y educación.

Tras ella expongo en el anexo algunas de las iniciativas parlamentarias en forma de solicitudes de comparecencias de autoridades y funcionarios en distintas Comisiones Parlamentarias, preguntas al Gobierno y proposiciones no de ley desde diferentes signos políticos.

ANEXO. *Iniciativas parlamentarias*

Congreso

VIII LEGISLATURA

D. José Luis Rodríguez Zapatero. 2004-2008

- *Medidas para lograr la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 06/07/2004, calificado el 13/07/2004. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Estado actual de las negociaciones para la transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias. Presentado el 22/07/2004, calificado el 07/09/2004. M^a Mercedes Roldós Caballero (GP)*
- *Elaboración del Real Decreto para proceder a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 22/07/2004, calificado el 07/09/2004. M^a Mercedes Roldós Caballero (GP)*
- *Modificaciones legislativas necesarias para la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 27/09/2004, calificado el 05/10/2004. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Recursos humanos y materiales necesarios para la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 27/09/2004, calificado el 05/10/2004. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Reuniones mantenidas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias o del grupo de trabajo interministerial con las Comunidades Autónomas, para la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 27/09/2004, calificado el 05/10/2004. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Estructuras de organización y coordinación en el ámbito penitenciario que será necesario crear para la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 27/09/2004, calificado el 05/10/2004. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Fecha prevista para hacer efectiva la transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas, así como su coste estimado. Presentado el 11/11/2004, calificado el 15/11/2004. Jordi Xuchá Costa (GC-CIU)*
- *Avances producidos en la elaboración de las disposiciones legales que regulen la transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios a los servicios autonómicos de salud desde el 23/11/2004. Presentado el 14/04/2005, calificado el 19/04/2005. Ignacio Gil Lázaro (GP)*
- *Integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 09/06/2005, calificado el 14/06/2005. M^a Olaia Fernández Dávila. (Grupo Mixto)*
- *Avances producidos en materia de transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios a los servicios autonómicos de salud desde el 20/04/2005. Presentado el 08/07/2005, calificado el 12/07/2005. Ignacio Gil Lázaro (GP).*
- *Criterios y presupuesto previstos para la integración de la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas. Presentado el 08/08/2005, calificado el 31/08/2005. Elvira Velasco Morillo (GP)*
- *Fecha prevista para el traspaso a las Comunidades Autónomas de la sanidad penitenciaria. Presentado el 08/08/2005, calificado el 31/08/2005. . M^a Mercedes Roldós Caballero (GP)*
- *Motivos por los que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias no ha comenzado las sesiones bilaterales con las Comunidades Autónomas para cuantificar los recursos que conllevará la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el sistema nacional de salud. Presentado el 04/10/2005, calificado el 18/10/2005. Ignacio Gil Lázaro (GP).*
- *Detalle de lo que entiende la Dirección General de Instituciones Penitenciarias por “resultado razonablemente positivo” referido a las últimas reuniones celebradas con Comunidad Autónoma para el traspaso de los servicios sanitarios penitenciarios. Presentado el 02/12/2005, calificado el 13/12/2005. Ignacio Gil Lázaro (GP).*
- *Resultado de las conversaciones bilaterales mantenidas con las Comunidades Autónomas para la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentado el 23/02/2006, calificado el 28/02/2006. Ignacio Gil Lázaro (GP).*
- *Previsiones de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias acerca de la integración efectiva de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud en el año 2006. Presentado el 23/02/2006, calificado el 28/02/2006. Ignacio Gil Lázaro (GP).*
- *Cumplimiento, a fecha 31/05/2006, del compromiso adquirido por el Presidente del Gobierno en su discurso de investidura y su programa electoral con la promesa de traspasar las competencias sanitarias de los centros penitenciarios. Presentado el 13/06/2006, calificado el 20/06/2006. Ramón Moreno Bustos (GP)*
- *Razones por las que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha fracasado en su proyecto de conseguir la plena integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Pre-*

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

sentado el 28/09/2007, calificado el 02/10/2007.
Ignacio Gil Lázaro (GP).

- *Proposición no de Ley sobre la transferencia de los servicios sanitarios de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas. Presentado el 12/01/2005, calificado el 19/01/2005. Presentada por Antonio Gutierrez Molina (GP) y aprobada por unanimidad.*

IX LEGISLATURA.

D. José Luis Rodríguez Zapatero. 2008-2011

- *Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a dar cumplimiento al mandato de la Ley de cohesión y calidad del Servicio Nacional de Salud, de transferencia y posterior integración de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias en los correspondientes servicios de salud de las respectivas Comunidades Autónomas. Presentado el 19/06/2008, calificado el 24/06/2008. Izquierda Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña Verdes. Aprobada sin modificaciones.*
- *Resultado de los contactos del Gobierno con las Comunidades Autónomas al objeto de traspasar la competencia de sanidad penitenciaria. Presentado el 11/05/2009, calificado el 19/05/2009. Gaspar Llamazares Trigo. (GER-IU-ICV)*
- *Medidas de homologación que se piensa adoptar en la transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas. Presentado el 19/06/2008, calificado el 24/06/2008. Gaspar Llamazares Trigo (GER-IU-ICV)*

X-XI. LEGISLATURA

D. Mariano Rajoy. 2011 hasta hoy

Pregunta al Gobierno con respuesta escrita.

- *Previsiones acerca de la transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas. (184/021653) Presentado el 08/05/2013, calificado el 14/05/2013. Contestación del Gobierno*

Senado

VIII. LEGISLATURA.

D. José Luis Rodríguez Zapatero. 2004-2008

- *Pregunta sobre las previsiones del Gobierno de negociar con todas las Comunidades Autónomas que no tengan competencias sobre prisiones, el traspaso de la competencia de atención sanitaria en el interior de los centros penitenciarios, o únicamente con las que así lo soliciten. (684/000528). María Rosa Vindel López (GP)*

IX. LEGISLATURA

- *Pregunta sobre el grado de cumplimiento de lo dispuesto en la Disposición adicional sexta de la Ley*

16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere a la transferencia de competencias a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria en materia sanitaria de los centros penitenciarios. (684/016784). Encarnación Salmón Saíz (GPP)

- *Pregunta sobre el grado de cumplimiento de esta disposición por las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (684/016785) Encarnación Salmón Saíz (GPP)*
- *Pregunta sobre la situación en la que se encuentra el proceso de transferencias de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas. (681/000784) (retirada) Encarnación Naharro de Mora (GPP).*
- *Pregunta sobre la fecha y el cronograma articulados por el Ministerio del Interior para transferir la sanidad penitenciaria a los diferentes sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas. (684/009219) Jesús Ramón Aguirre Muñoz (GPP), María Luisa Ceballos Casas (GPP)*
- *Pregunta sobre la situación en la que se encuentra el proceso de transferencias de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas. (684/008331) 25 noviembre 2011.) Encarnación Naharro de Mora (GPP).*

X-XI. LEGISLATURA.

D. Mariano Rajoy. 2011 hasta hoy

- *¿Tiene intención, el Ministerio del Interior, de ceder las competencias de asistencia sanitaria del Centro Penitenciario de Pamplona a la Comunidad Foral? (684/007319)*

Preguntas al Gobierno del Grupo Parlamentario Podemos. Senadora Isabel Mora Grande.

- *684/008801 ¿Cuáles son las razones por las que no se ha realizado la transferencia de las competencias establecidas en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/03, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud? Indique las razones en relación a cada una de las Comunidades Autónomas para las que dicha transferencia está pendiente.*
- *684/008802. En relación a cada Comunidad Autónoma, ¿qué medidas ha tomado el Gobierno para el impulso del proceso de transferencias de la sanidad penitenciaria en los términos de la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud?*
- *684/008803 ¿En qué situación se encuentra en la actualidad el proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria a cada Comunidad Autónoma?*
- *684/008818 ¿Cuál es la situación de los convenios de colaboración entre IIPP y cada CCAA en mate-*

ria de sanidad penitencia en las que esta competencia no se encuentra transferida?

- 684/008819 *¿Cuántas personas presas tiene prescrito por su especialista tratamiento con Antivirales de Acción Directa? Indicar el desglose por centros penitenciarios*
- 684/008826 *¿Cuál es la situación de suministración y tratamiento de los antivirales de acción directa a las personas presas en cada Comunidad Autónoma? ¿Qué administración la lleva a cabo?*
- 684/008827 *¿Existen retrasos en el pago a alguna CCAA en de los servicios de asistencia sanitaria que prestan estas a las personas presas? Indique motivo del retraso, cantidad debida al día de la fecha, motivos de dicho impago, y plazos en que se pretende el abono diferenciando por CCAA.*
- 684/008828. *En las CCAA donde no existen convenios de colaboración entre IIPP y la CCAA en materia de sanidad penitencia ¿cómo se está llevado a cabo el cálculo y abono de los servicios de asistencia médica especializada a cada CCAA?*
- 684/008829. *En las CCAA donde no existen convenios de colaboración entre IIPP y la CCAA en materia de sanidad penitencia, ¿qué protocolos existen para la atención sanitaria especializada de las personas presas con cada sistema autonómico de salud? Indique cuál es el mismo en cada CCAA.*
- *Comparecencia del Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, D. José Manuel Arroyo Cobo, ante la Comisión de Interior, para informar acerca de diversas cuestiones relativas a la sanidad penitenciaria.*
- *Comparecencia de la Defensora del Pueblo, Dña. Soledad Becerril Bustamante, ante la Comisión Mixta de Relaciones con el Defensor del Pueblo, para informar acerca del trabajo de su Institución*

sobre diversas cuestiones relativas a la sanidad penitenciaria

Pero tras su concienzudo análisis llama la atención la incesante recriminación de un partido cuando está en la oposición y su inmovilismo al llegar al Gobierno. Y cabe preguntarse si un problema de esta gravedad se puede tratar solo de una “pose política” o como “arma arrojadiza”

Escuchando muy recientemente, responder al Consejero de Salud del Gobierno Vasco, D. Jon Darpón Sierra a un periodista que le preguntaba cuál creía que era el motivo de los buenos resultados de la sanidad en su comunidad foral, respondía que creía que había sido la continuidad que se había dado desde el inicio de las competencias forales y hasta la actualidad, por parte de todos los grupos políticos, a la misma línea de trabajo, que no era otra que priorizar el bien a las personas. Y es evidente, viendo los resultados, que no son palabras huecas.

Todos somos conscientes de que solo la transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las CCAA solucionará nuestra grave situación laboral y profesional. Formaríamos parte de los colectivos sanitarios de la atención primaria de salud comunitaria, participando en la toma de decisiones sobre la misma y dejando de ser colectivos minoritarios en las mesas de negociaciones de nuestros derechos. Y, junto a ello, la población penitenciaria sería sanitariamente un todo continuo con el resto de la sociedad, a la que no olvidemos pertenecen.

CORRESPONDENCIA

Centro Penitenciario de Cáceres
c/Arroyo Valhondo 1. 10004 Cáceres
e-mail: carmenfiliberto@hotmail.com

Discriminación inversa y asistencia sanitaria en las prisiones

V Bellver-Capella

Universitat de València (España).

RESUMEN

En este trabajo defiendo la legitimidad de las medidas de discriminación inversa (DI) en el ámbito de la asistencia sanitaria en las prisiones. Para ello, en primer lugar, hago una breve referencia a la evolución del concepto de igualdad como principio ordenador fundamental de las relaciones sociales. A continuación, expongo lo que se entiende por DI, prestando una atención especial al debate acerca de si resulta lícito o no adoptar ese tipo de medidas. En tercer lugar, observo algunas de las principales diferencias que se dan entre la asistencia sanitaria que reciben los reclusos y los individuos en libertad, para determinar si alguna de ellas puede considerarse DI. Concluyo justificando mi posición favorable a adoptar ciertas medidas de DI en el ámbito de la asistencia sanitaria penitenciaria.

Palabras clave: discriminación inversa; acciones positivas; asistencia sanitaria penitenciaria; igualdad formal; igualdad real.

En este trabajo voy a defender la legitimidad de ciertas medidas de discriminación inversa (DI) en el ámbito de la asistencia sanitaria en las prisiones. Para hacerlo procederé de la siguiente forma. En primer lugar, haré una breve introducción sobre la evolución del concepto de igualdad como principio ordenador fundamental de las relaciones humanas y sociales. A continuación expondré lo que se entiende por DI, prestando una atención especial al encendido debate acerca de si resulta lícito o no adoptar ese tipo de medidas. Finalmente me centraré en identificar algunas de las principales diferencias que se dan entre la asistencia sanitaria que reciben los reclusos y los individuos en libertad, para determinar si alguna de ellas puede considerarse DI. Concluiré justificando mi posición favorable a adoptar ciertas medidas de DI en el ámbito de la asistencia sanitaria penitenciaria.

A MODO DE INTRODUCCIÓN

Quizá la definición más aclamada de justicia a lo largo de todos los tiempos sea la que diera el jurista Ulpiano en la Roma clásica: “Ius suum cuique tribuere” (Dar a cada uno lo suyo). Esta definición forma parte de uno de los tres preceptos fundamentales acerca del derecho propuestos por el mismo Ulpiano, y que son: vivir honestamente, no dañar a nadie y dar a cada uno lo que es suyo (Honeste vivere; Neminem lae-

der; Ius suum cuique tribuere). Según esta definición, se puede entender que la justicia consiste en tratar lo igual como igual y lo desigual como desigual. Existe, pues, una íntima relación entre justicia e igualdad.

A partir de la Ilustración se fue abriendo paso la idea de que, en la vida social, todos los ciudadanos debían ser tratados de igual manera. Esa igualdad de trato consiste en que todos sean considerados iguales ante la ley, y que la ley sea igual para todos (no permitiéndose ningún tipo de privilegio o excepción). La consideración de la justicia como igualdad formal está contemplada en todos los documentos internacionales de derechos humanos y también en el art. 14 de la Constitución Española (CE): “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

Una vez se fue asentando el principio de igualdad formal o igualdad ante la ley, empezó a verse que tenía un alcance limitado. Como la ley se dirige a un destinatario abstracto y contiene mandatos generales, desconoce las singularidades de los individuos concretos. Y, por ello, ese “todos por igual ante la ley”, aun siendo presupuesto indispensable de la justicia, fácilmente puede dar pie a la injusticia de acuerdo con la máxima latina “summum ius, summa iniuria” (Sumo Derecho, suma injusticia). Este es el problema de reducir la justicia a igualdad de trato o igualdad

ante la ley: que no se acaba de lograr la igualdad real. Cuando nos limitamos a igualdad meramente formal, se acaban por consolidar las desigualdades creadas por la azarosa distribución de la herencia genética y social.

Para combatir ese efecto indeseado desde mitad del siglo XX se desarrolló una corriente de pensamiento que promovía la noción de “igualdad real o material”. Esta concepción de la igualdad considera la situación real de las personas y entiende que la igualdad de trato no debe medirse tanto en el “punto de partida” (como hace la igualdad formal) como en el “punto de llegada”. Según este planteamiento, se trataría de adoptar las medidas necesarias para que, más allá del “punto de partida” en que se encuentre cada individuo, llegue a estar en las mismas condiciones de participar en la vida social que cualquier otro. Para lograrlo, la intervención de los poderes públicos resultaría imprescindible. Así lo prevé nuestra Constitución en su art. 9.2: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas”.

DE LA IGUALDAD FORMAL A LA SUSTANCIAL

Esta igualdad real, que muchos denominan también “igualdad de oportunidades”, contiene una amplísima gama de actuaciones: desde las becas para que las personas con menos ingresos puedan estudiar, hasta la asignación de un mínimo de escaños por provincia por muy reducido que sea el número de su población; desde la reserva de un número de plazas para personas con discapacidad en los concursos para la función pública, hasta la progresividad del impuesto sobre la renta de las personas físicas.

Para alcanzar esa igualdad real, el Estado deja su imparcialidad de trato y pasa a adoptar una posición activa. Entre esas actuaciones, que se engloban bajo el amplio rótulo de “acciones positivas”, se encuentran las políticas públicas dirigidas a combatir la discriminación que han sufrido determinados grupos a lo largo de la historia y a conseguir una verdadera igualdad de oportunidades. Dentro de esas acciones positivas se puede diferenciar entre aquellas que no suponen un trato desigual entre las personas y aquellas otras que sí dan lugar a un trato diferenciado, y que se conoce con el nombre de DI¹. Las primeras no suelen estar cuestionadas e incluyen medidas tan diversas como la eliminación de estereotipos sexistas o racistas en la educación, o las acciones dirigidas a prevenir la violencia contra las mujeres. El problema está

en aquellas acciones del Estado, que denominamos DI, y que suponen un trato diferenciado a favor de personas que forman parte de colectivos tradicionalmente discriminados y, como consecuencia, producen un perjuicio concreto para quienes no forman parte de esos grupos.

Para hablar propiamente de DI tienen que concurrir los siguientes elementos:

1) El Estado debe otorgar un trato preferente a quienes forman parte de un grupo social que históricamente ha sido víctima de la discriminación y que, todavía hoy, la sufre;

2) El objetivo de ese trato privilegiado es conseguir que el grupo social beneficiado salga de la situación de desigualdad real en la que todavía se encuentra como consecuencia de la discriminación tradicional de la que ha sido objeto. Esas acciones dejan de tener justificación en el momento en que el grupo se encuentre pase a un estado de igualdad real con respecto al resto de ciudadanos;

3) El trato preferente a favor de los miembros de un grupo social históricamente discriminado trae como consecuencia directa un perjuicio concreto para las personas que no forman parte de él;

4) Por lo general, el criterio que se utiliza para establecer ese trato discriminatorio en favor de determinados grupos sociales es el mismo que normalmente se emplea para prohibir cualquier diferencia de trato: el sexo, la religión, la raza, la etnia, la discapacidad, entre otros;

5) El objetivo final de superar las formas tradicionales de discriminación y conseguir la igualdad real no justifica cualquier medida de DI: tiene que haber una proporcionalidad entre la medida que se adopta y el fin de la igualdad real que se pretende;

6) Por todo lo dicho, la DI no consiste solo en fijar un objetivo de igualdad real entre todos los individuos, sino que incluye en todo caso la adopción de medidas que directamente benefician a unos en perjuicio de otros².

Precisamente porque la DI supone un trato diferente que no se justifica por sí solo, se debe valorar en cada caso cuándo, bajo qué condiciones, y qué acciones están justificadas y cuáles no, y hasta cuándo se deben mantener. Ese juicio prudencial que deben llevar a cabo los poderes públicos resulta especialmente delicado, porque supone legitimar un perjuicio directo a personas concretas y porque los resultados de esas medidas solo serán positivos si se adaptan a las circunstancias históricas y sociales del momento. La medida de DI más radical que se puede adoptar, y que mayor resistencia ha generado tanto en el plano teórico como en la realidad social, es fijar cuotas para

colectivos históricamente discriminados: reserva de plazas para discapacitados o mujeres en empresas o empleos públicos; cuotas para minorías raciales en universidades; leyes de paridad en tribunales o listas electorales; etc.

Para defender la DI, que tan directamente se opone a la igualdad de trato tal como siempre la hemos considerado (y que constituye una indudable e irreversible conquista social), resulta imprescindible encontrar una sólida fundamentación ética y rebatir los numerosos argumentos que se esgrimen en su contra. Para ambas tareas me apoyaré en el trabajo de Ruiz Miguel que, con el paso de los años, se ha convertido en una referencia ineludible en esta materia.

¿Qué fundamento ético tiene la DI?

Dos de las grandes teorías éticas que se han desarrollado a lo largo de la historia del pensamiento son la ética deontológica y la ética teleológica. Cada una de ellas aporta una fundamentación propia para la DI.

El argumento deontológico sostiene que se ha de hacer lo correcto y reparar lo incorrecto. En consecuencia, cuando existe una discriminación histórica, que viene perjudicando a generaciones de personas que tienen en común una característica inamovible y no decidida por ellas (como la raza o el sexo), procede reparar el daño causado. Para justificar la DI se mira hacia atrás: la discriminación histórica justifica la DI actual.

El problema de mirar atrás es que se puede acabar no reparando a quienes sufrieron la discriminación (porque, por ejemplo, no se puede dar el voto a las mujeres que no podían ejercerlo en España hace cien años), o beneficiando a quienes no necesariamente han sido víctimas de esa discriminación, o perjudicando a quienes no se beneficiaron de la discriminación histórica que otros sufrieron.

El argumento teleológico, por su parte, se sostiene en la idea de que existe un objetivo social importante, como puede ser conseguir la mayor integración social, y que para alcanzarlo a veces puede resultar necesario acudir a la DI. A diferencia del argumento anterior, ahora no nos fijamos en el pasado sino en el futuro mejor que debemos perseguir.

Frente a esta defensa de la DI se han esgrimido dos tipos de objeciones de carácter sociológico. La primera tiene que ver con el hecho de que, en ocasiones, utilizar el medio de la DI puede ser inadecuado para el fin de la integración social. Así sucede, por ejemplo, cuando se adopta la medida y es tan impopular que la sociedad se acaba sublevando frente a ella, y termina por resultar contraproducente. También se produce

esa inadecuación entre medio y fin cuando, en lugar de contribuir a la igualdad real, la DI produce el efecto contrario al pretendido, de modo que el beneficiario de esas medidas acaba estando más estigmatizado aún. Por último, una vez adoptada la DI, puede resultar difícil determinar cuándo se debe parar o continuar. Es el problema de la pendiente resbaladiza: si vamos a asignar una cuota para las mujeres en una lista electoral, ¿por qué no fijar otra específica para las mayores de 50 o las menores de 25, y así hasta el infinito?

La segunda objeción al argumento teleológico tiene que ver con lo que podríamos llamar los costes colaterales de la DI, que pueden ser muy variados y relevantes: el resentimiento de los afectados frente a los colectivos privilegiados; los daños en las mismas personas beneficiadas, que pueden pensar que han alcanzado esa posición gracias al establecimiento de cuotas y no a sus méritos (con lo que se reforzaría el sentimiento de inferioridad); los costes marginales que la DI puede traer consigo (como, por ejemplo, que disminuya la calidad del servicio desde el momento en que está prestado por personas que han alcanzado el puesto por su raza o sexo y no por su capacidad, o que resulten beneficiados por la DI quienes no lo merecen en absoluto).

Es indudable que todas esas objeciones tienen consistencia y, por ello, no deben descartarse sin más. Procede analizarlas caso por caso y “si tal vez muestran peligros reales, eso indicará que las medidas de DI no son una panacea universal de infalible eficacia, sino que se trata de políticas que sin duda han de diseñarse y calibrarse con precaución y aplicarse con mesura, seguramente solo en sectores estratégicos o especialmente importantes y con cierto carácter excepcional y provisional, esto es, en tanto la situación de desigualdad mejora”³.

¿Qué críticas ha recibido la DI?

Hemos visto cómo la DI puede fundamentarse tanto desde una ética deontológica como teleológica. Ambas son objeto de críticas pero, a mi entender, más que constituir argumentos fuertes contra ella son advertencias acerca de la necesidad de aplicarla con prudencia. Ahora bien, con independencia de la fundamentación que se le quiera dar, las críticas a la legitimidad moral de la DI han sido numerosas. Las tres principales son las siguientes:

1.– Atenta contra el principio de igualdad ante la ley del art. 14 CE. Ante la DI uno tiene la sensación de que se está haciendo justo lo que prohíbe el art. 14 CE: discriminar por razón del sexo, la raza u otra circunstancia, pero ahora, en lugar de hacerlo en contra

de los que tienen esa condición, se hace a su favor y en contra de los que no la tienen. Esta crítica pierde de inmediato solidez si tenemos presente que discriminación no es diferenciación, sino diferenciación injusta. Para que la raza, el sexo, la religión o cualquier circunstancia personal o social sea discriminatoria debe estar cualificada por su injusticia. Y en el caso de la DI no tiene por qué darse esa diferenciación injusta por dos razones. Primero, porque la DI no comporta asignar negativos a las personas que la sufren, como sí sucede con la discriminación tradicional. Si yo dejo a un blanco fuera de una universidad para dar esa plaza a una persona de color no lo estoy estigmatizando, como sí sucedía cuando se impedía el acceso a la universidad a una persona de color por el mero hecho de serlo. Y segundo, porque el fin de la DI es superar graves desigualdades previas y conseguir unas relaciones más igualitarias entre los distintos grupos sociales, no mantener una situación de desigualdad como sucede en los casos de discriminación convencional.

2.– Atenta contra el criterio del mérito. Es común que los puestos laborales, las plazas universitarias o los cargos y funciones públicas se otorguen por el criterio del mérito (esfuerzo personal) y la capacidad (natural). La propia CE acoge ese criterio: “La ley regulará... el acceso a la función pública de acuerdo con los principios de mérito y capacidad” (art. 103.3). Ahora bien, que este criterio deba ser tenido en cuenta y, por defecto, tomado como principal criterio de asignación de los puestos, no quiere decir que no puedan tenerse también otros en cuenta y que lleguen a tener preferencia sobre ese. Hay que tener presente que la capacidad está estrechamente relacionada con los talentos naturales y con los recibidos por la posición social. Si el criterio de la capacidad determina siempre y con carácter exclusivo la asignación de los puestos laborales, sociales o políticos, nos encontraremos con que el azaroso reparto de las cualidades naturales y los privilegios heredados del pasado pueden convertirse en el principal criterio de ordenación social. El riesgo, en este caso, de que los grupos sociales menos favorecidos por la naturaleza o la sociedad queden sistemáticamente relegados es enorme.

Por otro lado, los criterios de raza o sexo pueden considerarse tan meritorios como las cualidades profesionales si aportan elementos esenciales para que la organización o institución pueda desempeñar su función en mejores condiciones. Así, por ejemplo, en sociedades multirraciales las universidades se enriquecen con la presencia de esa diversidad de perspectivas raciales y, si no las incorporan, cumplen de forma menos eficiente la función que la sociedad les ha asignado⁴. Igualmente, la asignación de cuotas a las mujeres en

las listas electorales o en los cargos públicos permite incorporar los puntos de vista de las mujeres a la política y ofrecer así una diversidad de perspectivas que refleje mejor la realidad social.

En definitiva, aunque el criterio del mérito es relevante, no siempre tiene por qué ser el único: puede compaginarse, como sucede en las medidas de DI, con otros para alcanzar el objetivo de la igualdad sustancial y la consiguiente integración social.

3.– Atenta contra el principio de atribución individualizada y no grupal de los beneficios y cargas. Si el sexo, la raza, o la discapacidad se convierte en el criterio para atribuir los beneficios y las cargas sociales con el objeto de conseguir así una mayor igualdad e integración social, se puede pensar que las personas dejan de ser consideradas como fines y se convierten en instrumentos para alcanzar fines sociales.

Frente a esta crítica se puede sostener lo siguiente. Si un individuo es objeto de discriminación por su pertenencia a un grupo puede ser justo, para superar esa injusticia, adoptar medidas desde la óptica del grupo. Si no se hace cuando resulte preciso, amparándonos en que actuando así iríamos contra la igualdad de trato, estaremos dando por bueno que la igualdad de trato se convierta en instrumento para bloquear la igualdad real.

TRATO DIFERENCIADO EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS CÁRCELES Y DI

De lo dicho hasta ahora se desprenden dos ideas: primera, que no todo trato diferenciado que demos a las personas debe ser calificado como DI; y segunda, que existen buenas razones para defender el recurso a la DI como medio para acabar con la discriminación y conseguir la igualdad sustancial⁵. En la asistencia sanitaria en las prisiones se producen muchas situaciones en las que los reclusos reciben un trato distinto al que recibirían fueran de ellos. Voy a mencionar solo algunos de ellos y me voy a preguntar si se trata o no de supuestos de DI. Acabaré haciendo mención a algunas situaciones relacionadas con la asistencia en las prisiones en las que quizá se podría plantear la posibilidad de aplicar medidas de DI.

Quizá la actuación sanitaria en las cárceles que mayor repercusión mediática ha tenido ha sido la alimentación forzosa de los presos declarados en huelga de hambre. Sabemos que el TC consideró conforme a la CE que un preso que rechaza la alimentación o un tratamiento reciba un tratamiento contra su voluntad cuando corra peligro su vida. Pero hay otras situaciones en las que los reclusos reciben un trato distinto al

de las personas en libertad. Los reclusos tienen mucho más limitado participar en los ensayos clínicos que los ciudadanos de la calle. Por el contrario, pueden ser sometidos a un tratamiento directo observado en más situaciones que si estuvieran en libertad. También están más expuestos a que la confidencialidad de la información sobre su salud y asistencia sea quebrantada o a que su intimidad sea invadida por las autoridades penitenciarias.

No es el momento de analizar específicamente cada una de estas situaciones. Lo que se puede decir de todas ellas es que no entran dentro de la categoría de DI. Con carácter general, la justificación que sustenta ese trato diferenciado en el ámbito sanitario carcelario con respecto al que recibirían si estuvieran en libertad está en la relación de especial sujeción que conduce a actitudes paternalistas basadas en razones de distinto tipo y que merecen distinta valoración ética.

En el caso de la alimentación forzosa a los reclusos, medida que contraviene la ley del consentimiento informado de 2002, la razón justificadora parece estar en que el Estado tiene un deber especial de custodiar la vida de los que están sometidos a su tutela directa. La razón real podría ser el temor a que la muerte de reclusos en la cárcel por huelga de hambre cree situaciones de malestar en las prisiones y otros efectos indeseados para las autoridades gubernamentales. La restricción en el acceso a los ensayos clínicos tiene que ver con el riesgo de que una población vulnerable, como es la reclusa, sea objeto de explotación, como de hecho lo ha sido en el pasado. Los tratamientos directos observados en el ámbito de la prisión se defienden por motivos de salud pública. La quiebra de la confidencialidad o de la intimidad se justifica por razones de seguridad.

Ninguna de todas esas acciones constituye un trato preferente hacia los reclusos clasificable como DI. En ninguna de esas situaciones perciben un trato privilegiado con respecto a los individuos en libertad; al contrario, sufren una restricción en su libertad de decisión, que se trata de amparar en las razones apuntadas.

Ahora bien, se puede sostener que la población reclusa no está en igualdad real frente a la población libre. Más aún, su estancia en la cárcel, lejos de contribuir a su futura integración social, suele acarrear lo contrario: un estigma social difícil de eliminar. Ante este estado de cosas, ¿se puede adoptar en el campo de la asistencia sanitaria alguna medida de DI que contribuya a lograr la igualdad real de los presos?

Desde mi muy escaso conocimiento de la realidad carcelaria, me atrevo a sugerir dos tipos de actuaciones que, en cierta medida, podrían quedar englobadas

dentro de la DI y que, a mi entender, estarían plenamente justificadas de cara a conseguir la igualdad real de la población reclusa y su mayor integración social cuando recuperen la libertad.

La primera tiene que ver con la adopción de las medidas necesarias para que no se tenga que quebrar en ningún caso ni la confidencialidad de la información sanitaria (salvo en los casos de riesgo para la salud pública), ni la intimidad de los penados. Por ejemplo, la exploración de un preso por un médico cuando sale del hospital no debería realizarse en presencia de un vigilante. Para ello habría que adoptar los medios necesarios para que esas exploraciones (o las intervenciones que procedan) se lleven a cabo con plena garantía de la intimidad del paciente-recluso y sin que eso suponga incrementar el riesgo de fuga.

La segunda consiste en proporcionar determinadas prestaciones sanitarias que, si bien no se ponen al alcance de los ciudadanos en libertad, puede tener sentido hacerlo en la cárcel por tres tipos de razones:

— Por una razón de elemental humanidad: ¿puede permitirse un Estado social de Derecho como el nuestro que las personas que están temporalmente bajo su directa tutela, carezcan de una dentadura con la que comer en condiciones?

— Porque el recluso se encuentra ante una dificultad objetiva para ejercer su libertad que debe ser paliada. Aunque pueda solicitar desde la cárcel los servicios de la sanidad privada, no siempre dispone de los medios para pagarlos. Y, lógicamente, carece de la posibilidad de obtener los ingresos para lograrlo que sí tendría fuera de la prisión.

— Por una razón pedagógica e integradora. Si los reclusos advierten que en el entorno carcelario la asistencia sanitaria funciona como debería funcionar (sin listas de espera, con tiempos de atención por paciente proporcionales a la asistencia que requieren, con una adecuada coordinación entre servicios y profesionales, con pleno respeto a sus derechos personalísimos, etc.) es más fácil que comprenda que su pena realmente no incluye otras adicionales, que pueden llegar a pesar en su vida tanto o más como la expresamente mencionada en la sentencia condenatoria. Al contrario, percibirá que la sociedad, al tiempo que le castiga por los hechos que hayan motivado su condena, reconoce que su dignidad se mantiene intacta y que uno de los objetivos fundamentales de su paso por la cárcel es lograr su futura y plena integración social.

CORRESPONDENCIA

Vicente Bellver Capella
Universitat de València (España)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández E. Igualdad y derechos humanos. Madrid: Tecnos; 2003.
2. Urteaga E. Las políticas de discriminación positiva. Revista de Estudios Políticos. 2006; 146: p. 181-213.
3. Ruiz-Miguel, A. Discriminación inversa e igualdad. En: Valcárcel, A. (comp.), El concepto de igualdad. Madrid: Fundación Pablo Iglesias; 1994. p. 77-93.
4. Sandel M. Filosofía pública. Ensayos sobre filosofía moral. Barcelona: Marbot; 2008.
5. Rodríguez-Piñero M. Discriminación, igualdad de trato y acción positiva. Relaciones Laborales. 1995; 22: 90-2.

¿Tiene sentido la discriminación positiva en la asistencia médica a las persona privada de libertad?

A Luna-Maldonado

Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

RESUMEN

Cualquier persona debe tener una cobertura asistencial sanitaria ajustada a sus necesidades, desde este principio que ilustra la universalización de la asistencia sanitaria, el esfuerzo de siempre situarse en el máximo posible, con la modulación en algunos casos que resulta de aplicar el principio de equidad.

El concepto de discriminación positiva en la asistencia médica no puede admitirse en la medida que cualquier persona debe recibir en la aplicación estricta de los principios de equidad y de igualdad efectiva que consagra nuestra legislación, las mismas prestaciones asistenciales, con la mayor cobertura posible para garantizar la protección de su integridad física, las prestaciones sanitarias deben ajustarse a las necesidades y condiciones personales concretas, no solo desde la perspectiva biopsicológica sino desde las condiciones socioeconómicas de la persona de la que se trate. Si bien existen otros ámbitos donde si puede tener sentido una política de discriminación positiva, acceso a la educación, etc., en el campo asistencial sanitario todas las personas deben tener garantizadas unas coberturas asistenciales en el umbral máximo posible. De otra parte la población penitenciaria reúne una diversidad de perfiles que permiten un individualización de sus necesidades y una aplicación justa del principio de equidad.

No resulta agradable ni fácil el papel del “malo de la película”, la postura restrictiva tiene unas connotaciones negativas que convierten a quien la mantiene, en alguien falto de sensibilidad y poco solidario. Sin embargo la realidad dibuja un escenario donde no siempre, lo que parece es, y al contrario.

Mi postura es clara en el de Derecho a la Salud, no cabe la discriminación positiva, la atención debe ser universal y desde la aplicación efectiva del principio de equidad. Es cierto que el concepto del Derecho a la salud no suele comprenderse bien, y da lugar a interpretaciones no excesivamente ajustadas a la realidad.

En nuestra Constitución vigente, en el Título I. De los derechos y deberes fundamentales, en el Artículo 43 del Capítulo tercero. De los principios rectores de la política social y económica se recoge:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asi-

mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Vemos pues que la organización de la asistencia sanitaria es una competencia de los poderes públicos y que compete a la ley el establecimiento de los deberes y derechos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar:

- Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello

que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

- Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, que permita además el intercambio de conocimientos y experiencias.

El Artículo 1 de esta ley establece:

“El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Lo dispuesto en esta ley será de aplicación a los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados en los términos previstos en el artículo 6 y en las disposiciones adicionales tercera y cuarta”.

En los principios generales que informan esta ley recogidos en el Artículo 2, en el apartado primero se establece:

“La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”.

Resulta claro en el espíritu y en la letra de la norma el concepto de igualdad efectiva.

Conviene diferenciar el derecho a la integridad física del Derecho a la Salud. El derecho a la salud no es un derecho fundamental forma parte de lo que se denominan principios rectores de la política social y económica (arts. 39 a 52) . En nuestra Constitución existen tres niveles de protección de los derechos constitucionales Jiménez de Parga y Cabrera¹:

- El el nivel más intenso de protección, (conlleva reserva de ley orgánica, protección del contenido esencial frente al legislador, amparo judicial y amparo ante el Tribunal Constitucional), están los derechos reconocidos entre los arts. 14 a 29 de la Constitución más la objeción de conciencia reconocida en el art. 30.
- En un nivel medio de protección están los derechos reconocidos en el resto del Capítulo II (arts. 31 a 38): reserva de ley y garantía del contenido esencial del derecho incluso frente al legislador, en virtud del art. 53.1 CE.

- En el nivel mínimo de protección encontramos los que se denominan principios rectores de la política social y económica, entre los que se encuentran el precepto dedicado a la protección de la salud (art. 43) y la mayor parte de los conectados con él, con la excepción del art. 15.

Las políticas de discriminación positiva tienen su origen en los Estados Unidos de América en la mitad del siglo pasado (década de los sesenta) para corregir y compensar los efectos de la segregación racial. Las políticas públicas conocidas con el nombre de discriminación positiva en favor de determinados grupos minoritarios se suelen encuadrar dentro de las llamadas políticas del multiculturalismo o de la diferencia. Su práctica se enmarcaría, más bien, dentro de un proyecto político destinado a configurar una sociedad más justa y equitativa, Velasco-Arroyo². Para Urteaga³ las políticas de discriminación positiva consisten en crear jurídicamente unas desigualdades para favorecer la igualdad de hecho.

Las justificaciones de las medidas de discriminación positiva pueden englobarse en tres grupos de argumentos muy genéricos:

- Basados en la “Justicia Compensatoria”, para compensar al grupo concreto por las desventajas y la discriminación que han sufrido a lo largo de la historia.
- Basados en la “Justicia Distributiva”, para reajustar el desequilibrio existente.
- Basados en la Utilidad Social para movilizar el potencial económico y social del grupo para el bien común de toda la sociedad.

Según Velasco-Arroyo² las políticas de discriminación positiva tienen como objetivos prioritarios:

- Atender a una razón de estricta justicia: eliminar el daño injustamente inferido a un determinado grupo social.
- Compensar a los miembros de grupos específicos por las consecuencias de la discriminación de la que han sido objeto en el pasado y en el presente en los distintos ámbitos de la vida social
- Lograr mediante tales compensaciones una igualdad de oportunidades real y no meramente formal para esos grupos que se han encontrado o se encuentran infrarrepresentados en los puestos decisivos de la sociedad y, en consecuencia, han estado o están en una situación de subordinación (atendiendo ahora a la dimensión *prospectiva* de la justicia).

La discriminación positiva en un instrumento de una política de reducción de las desigualdades entre

los diferentes grupos sociales. Pretende promover una mayor igualdad de hecho o, por lo menos, garantizar a los miembros de los grupos con desventaja una verdadera igualdad de oportunidades. En la medida en que obedece a una lógica de compensación de una diferencia de desarrollo económico, social y cultural, supone, más que un tratamiento diferenciado, la instauración de un verdadero trato preferente, en las políticas de lucha contra las desigualdades, la especificidad de la discriminación positiva no estriba en las técnicas que utiliza sino en la manera según la cual define a sus beneficiarios, ya que la discriminación positiva se basa en el grupo. Urteaga⁴. Estamos ante diferencias que generan una exclusión o una desventaja que hay que eliminar por medio de la discriminación inversa.

DISCUSIÓN

Vamos a centrarnos inicialmente en las características de la población penitenciaria española que permitirían su definición como grupo específico, y si estas características pueden justificar un trato diferenciado en la asistencia sanitaria.

Es cierto que un porcentaje importante de la población reclusa española presenta unos rasgos comunes de marginación social y de limitaciones socioeconómicas ligadas a una serie de factores sociodemográficos y culturales, que pueden justificar medidas de discriminación positiva en ámbitos como el educativo y en el laboral, si bien es cierto que la irrupción de los delitos de violencia de género y de seguridad en el tráfico incorpora nuevos perfiles diferenciados de los tradicionales. Pero de forma global los rasgos mayoritarios permitirían justificar medidas de discriminación positiva en los ámbitos de refuerzo para una inserción social efectiva.

Sin embargo la asistencia sanitaria es un ámbito de derechos y obligaciones difícilmente susceptible a la generalización, en base a un concepto con unos límites imprecisos como es la condición de interno en los centros de instituciones penitenciarias. No solamente por las características que requiere la protección de la salud y la integridad personal, sino por el marco legal de nuestro país y las características de las prestaciones sanitarias. Desde mi perspectiva las prestaciones sanitarias requieren de una individualización del caso en base a las condiciones concretas de la persona, garantizando el principio de equidad y el acceso a las prestaciones en aquellos casos necesarios. El objetivo de las medidas de discriminación positiva no puede introducir privilegios en la asistencia sanitaria con relación al resto de la población.

La asistencia sanitaria no puede convertirse en una herramienta de inserción social; estamos ante prestaciones por necesidades de salud; situaciones equivalentes requieren respuestas similares. En una situación de enfermedad, la respuesta asistencial debe ajustarse a las necesidades de salud, la situación de interno no debe adicionar ningún derecho, ni ningún privilegio asistencial sobre un menor enfermo o cualquier otra persona en situación de salud similar. Únicamente los criterios asistenciales y de la situación de riesgo objetivo pueden determinar las posibles prioridades asistenciales.

No es admisible la generalización en los criterios asistenciales, hay que individualizar las medidas, adaptándose a las circunstancias personales concretas, garantizando los mismos derechos y la aplicación efectiva del principio de equidad que exige nuestro ordenamiento jurídico. Argumentar que la tutela efectiva de los derechos asistenciales determina un incremento de los mismos cuando se realiza desde Instituciones Penitenciarias en relación al resto de las administraciones no tiene una fundamentación ética y supone una quiebra efectiva de los principios de equidad y de justicia. ¿Qué argumentos éticos pueden justificar que un menor en situación de exclusión social reciba menos prestaciones que un interno en un centro penitenciario? ¿Un interno que tenga recursos económicos suficientes debe tener un trato desigual que una persona en situación de libertad sin recursos económicos?

Las respuestas son claras, al menos desde un análisis ético. Resulta claro desde mi punto de vista que existen ámbitos donde la discriminación positiva no tiene cabida y la asistencia sanitaria es uno de ellos.

CORRESPONDENCIA

Aurelio Luna Maldonado
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia
Email: aurluna@um.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez de Parga, Cabrera M. El derecho constitucional a la protección de la salud. En: La Salud como Valor Constitucional y sus garantías. Madrid: Defensor del Paciente; 2004. p. 9-24
2. Velasco-Arroyo JC. Discriminación positiva, diversidad cultural y justicia. Revista de Filosofía. 2007;41:141-56.
3. Urteaga E. Las políticas de discriminación positiva en Francia. Papers. 2010;95/1:157-79.
4. Urteaga E. Las políticas de discriminación positiva. Revista de Estudios Políticos. 2009;181-213.

El consultorio psiquiátrico penitenciario

F Arnau-Peiró

RESUMEN

La elevada prevalencia de trastornos mentales en internos que cumplen condena en centros penitenciarios ordinarios españoles es un problema grave y de calado. Son varias las publicaciones en nuestro país que objetivan este hecho y varias las hipótesis que pueden explicar este fenómeno.

Así mismo, la asistencia especializada no es homogénea. Destaca la convivencia de 3 modelos asistenciales, el catalán y vasco (con las transferencias en materia sanitaria en estas comunidades autónomas) y el modelo general de las prisiones dependientes del Ministerio del Interior, en las que tampoco existe una estrategia común respecto a los especialistas en psiquiatría que llevan a cabo la labor consultora.

En aras de abordar esta situación se creó el Programa de atención integral al enfermo mental en prisión (PAIEM), y se expondrán sus principales características. Así mismo se tomará como ejemplo el convenio entre el CHP Castellón y los dos CP de la provincia de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Prevalencia enfermedad mental en prisión y sus causas

La prevalencia de enfermedad mental en internos que cumplen condena en prisiones ordinarias de nuestro país es un problema de primera magnitud. Para plasmar esta situación en números, se muestran a continuación tres de las publicaciones más destacables en ese sentido.

La primera de ellas es el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario llevado a cabo por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) y publicado en el año 2007. Se trata de un estudio de análisis transversal de historias clínicas en 64 Centros Penitenciarios (en adelante CP). Se objetivó que un 17,6% tenía antecedentes de trastorno mental previo, en 25,6% de las historias clínicas se refería al menos, un trastorno mental, el 12% requirió derivación hacia la atención psiquiátrica especializada y el 1,8% tenía acreditada una discapacidad psíquica.

El segundo de ellos es el Estudio PreCa de Vicens et al del año 2011. Se realizaron entrevistas clínicas estructuradas y se aplicaron test psicométricos para llegar al posible diagnóstico clínico en 707 internos de 3 CP españoles. Determinaron que la prevalencia de trastorno mental es de alrededor de cinco veces superior a la población general, ocho de cada diez internos sufrieron un trastorno mental incluido el trastorno inducido por sustancias y cuatro de cada diez lo presentaron en el momento de la evaluación.

El último de ellos, publicado en 2012 por Arnau y colaboradores, se trata del primer estudio de seguimiento en una consultoría psiquiátrica penitenciaria. Se valoraron 786 internos derivados por los médicos de atención primaria de tres CP de la Comunidad Valenciana, entre los años 2009-2011. El 59,2% presentaba un trastorno de personalidad, el 11,6% del espectro de la esquizofrenia y un 69,5% de toda la muestra cumplía criterios para el trastorno por uso de sustancias. Se efectuaron un total de 2.006 consultas, a razón de 2,5 visitas por paciente (DT: 2,0; rango: 1-15). Los 465 pacientes con trastorno de personalidad son los que más número de visitas generaron (total: 1.181; media: 2,5; rango 1-10), mientras que los 91 pacientes con trastornos psicóticos consultaron en mayor número de ocasiones cada uno (total: 335; media: 3,6; rango: 1-15).

Son varios los factores que pueden explicar esta elevada prevalencia:

- 1) Situaciones previas al delito:
 - Algunos pacientes con trastornos psicóticos tienen dificultades para mantener un comportamiento socialmente aceptado.
 - En casos con grave distocia social, y dificultades en la continuidad de cuidados, pueden verse abocados a la marginalidad.
 - Ausencia de estructuras organizadas de tutela efectiva de los enfermos mentales, que impide la representación y la atención a los intereses de los enfermos infractores.
 - Las Unidades de Salud Mental están colapsadas por otro tipo de demandas y carecen de la flexi-

bilidad necesaria para acoger las necesidades de los pacientes con trastorno mental grave.

- La división USM/Unidad de Conductas Adictivas (UCA) abre una brecha que dificulta la posibilidad de un tratamiento integrado a pacientes con patología dual.
- 2) Durante la detención y el encarcelamiento:
- Falta de atención psiquiátrica en comisaría.
 - Más difícil el acceso a beneficios penitenciarios tales como permisos de salida, tercer grado... vinculada a una posible peligrosidad social.
 - Rechazo de estos pacientes por los hospitales públicos; saturación de las unidades psiquiátricas hospitalarias, etc.
 - Cuando presentan una descompensación grave y se remiten al hospital de referencia encuentran un fuerte rechazo, sustentado en temores de conflictividad, que en ocasiones impide la atención requerida.
- 3) Tras la excarcelación:
- Alta cifra de reincidencia delictiva de la población penitenciaria en general y de la psiquiátrica que delinque en particular.
 - Escasa capacidad de coordinación con las USM para organizar la excarcelación y continuidad de cuidados.

MODELOS ASISTENCIALES EN ESPAÑA

Cataluña

Es la única Comunidad Autónoma que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria (año 1984). A nivel sanitario, se firmó un convenio en Julio de 2001 entre el Departamento de Justicia y el SCS-San Joan de Déu, para crear Unidades polivalentes de Salud Mental en las tres prisiones más importantes y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) en el CP de Brians I.

En el año 2010 se inició el procedimiento para integrar los servicios médicos penitenciarios al SCS, mediante la Resolución 3468/2010, de 6 de octubre, llevándose a cabo definitivamente en el año 2014, mediante la Resolución SLT/785/2014, del 19 de marzo.

En cuanto a su asistencia especializada, en los CP de menos de 1000 internos lleva a cabo su labor asistencial un médico psiquiatra a jornada completa y en los CP de más de 1000 internos son 2-3 los especialistas.

País Vasco

Sus prisiones pertenecen al Ministerio del Interior, pero tiene transferidas las competencias en ma-

teria de Sanidad Penitenciaria. Quedó transferida de forma completa a su Red de Salud Mental, que incluye la atención ambulatoria y hospitalaria, según la zona geográfica a la que corresponden cada uno de los tres CP transferidos. Es decir, cada uno de los CP funciona de modo equivalente a una USM, con personal e historia clínica de Oskadietza. En los CP de menos de 500 internos, el psiquiatra de Oskadietza de la USM de referencia acude una vez por semana para realizar su labor asistencial, quedando a disposición de los servicios médicos del CP para contactos vía telemática o mediante videoconferencia. En los CP de más de 500 internos, el psiquiatra de referencia realiza su labor asistencial presencialmente todos los días de la semana. En caso de necesidad de hospitalización, son derivados a las Unidades de Hospitalización Breve de la red hospitalaria, previa comunicación e informe motivado del psiquiatra que recomienda dicho ingreso. Así mismo, en personas decretadas inimputables en el juicio oral, o si a lo largo de su estancia en prisión sobreviene un trastorno mental de tal gravedad que impidiera al interno conocer el sentido de su pena, y por tanto ser de aplicación el art. 60 del Código Penal, estos pacientes son derivados a la Unidad de Psiquiatría Legal ubicada en el Hospital Aita Menni.

Resto de prisiones dependientes del Ministerio del Interior del Gobierno de España

La situación es claramente distinta. Existen convenios de colaboración entre los diferentes CP y los Servicios de Salud autonómicos. No existe una regla básica ni convenios idénticos, siendo de diferente naturaleza según la Comunidad Autónoma de que se trate. En la Comunidad Valenciana destaca el convenio con el CHP de Castellón, con jornada semanal en cada uno de los dos CP de la provincia. Otra fórmula es la utilizada en el CP de Valencia donde dicha tarea asistencial se realiza mediante un concurso oposición en régimen de contrato menor con la Administración Penitenciaria.

La Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, llevó a cabo dos reuniones estatales (la última en 2013) con los psiquiatras consultores del estado en la que se constató una amplia variabilidad en el tipo y frecuencia de la asistencia psiquiátrica penitenciaria. Y en ninguna de las Comunidades representadas, el psiquiatra consultor realizaba su labor de forma diaria, si no en un número de consultas mensuales que oscilaba entre 1-4.

En septiembre de 2009, como primer paso que reconoce la necesidad de un abordaje más profundo de la enfermedad mental en prisión la SGIIPP ini-

ció la aplicación y desarrollo del Programa atención integral al enfermo mental (PAIEM). El espíritu del mismo es lograr la normalización e integración social del interno, entendida como el estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que deba enfrentarse de la forma más autónoma posible.

De forma muy sintética el desarrollo del PAIEM, consta de tres fases; la primera va dirigida a la detección de internos que presenten trastornos mentales, la segunda va encaminada a efectuar un diagnóstico clínico e instaurar un tratamiento médico y la tercera consiste en derivar a estos internos al programa de rehabilitación, proponiendo la inclusión del paciente en uno de los tres niveles de intervención, de acuerdo con las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico. En el nivel 1 la respuesta al tratamiento es buena, en el nivel 2 la respuesta es parcial, y en el nivel 3 se encuentran clasificados los pacientes con mala respuesta al tratamiento.

Los objetivos concretos el PAIEM incluyen:

- La detección, diagnóstico y tratamiento de los internos con algún trastorno mental.
- Mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario.

PROGRAMA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA CHP CASTELLÓN Y CONSULTORÍA EN CP VALENCIA “ANTONIO ASUNCIÓN HERNÁNDEZ”

Atención en CCEE

Se basa en la programación de consultas con carácter semanal, con previa interconsulta de los médicos de atención primaria penitenciaria. Sus principales características son:

- Valoración y seguimiento de los pacientes derivados.
- Realización de informes clínicos pertinentes, tanto a los trabajadores sociales, médicos, dirección y autoridad judicial que así lo soliciten.
- Solicitud de pruebas complementarias, interconsultas y derivación a los recursos disponibles para la atención médica integral de los internos.

- Seguimiento de los pacientes a los que se les ha impuesto una medida de seguridad privativa de libertad.
- Intervenir en la actividad del centro de forma coordinada con el resto del equipo.
- Promulgar la realización de protocolos y programas específicos.
- Coordinación con recursos externos previo a la libertad.

Atención en la Enfermería:

El ingreso en esta unidad podrá ser recomendado desde las consultas externas de psiquiatría o por el médico de módulo o de guardia en el caso de ausencia del psiquiatra.

- Valoración y seguimiento de los pacientes derivados.
- Solicitud de pruebas complementarias, interconsultas y derivación a los recursos disponibles para la atención médica integral de los reclusos, entre ellos, la sección de Judiciales del Hospital General de Castellón.

CORRESPONDENCIA

Francisco Arnau Peiró
Centro Penitenciario Castellón I

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnau F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*. 2012;14:p. 50-61.
2. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario [Internet]. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias; 2007. [citado 19 Feb 2016]. Disponible en: http://buscador.060.es/search?q=salud+mental&entqr=3&output=xml_no_dtd&client=ipe&oe=utf-8&proxystylesheet=ipe&idioma=es&site=IPE&filter=p&getfileds=*
3. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour Mental Health*. 2011;21 (5):321-32.

Coordinación con servicios externos en la excarcelación

V Tort, M Rovira, L Macià, S López

Unitat Polivalent de Psiquiatria. Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. CP Quatre Camins (Barcelona)

RESUMEN

En esta ponencia se trata de ver cuales serian las mejores practicas clínicas diarias en la externación de los internos con patología psiquiátrica, especialmente aquella que presenta una cierta gravedad clínica. En primer lugar, se intentara clarificar los distintos tipos de excarcelación con los que nos podemos encontrar en el ámbito penitenciario, ya que algunos ya incluyen en si mismo la necesidad de coordinación con recursos externos. En segundo lugar, se describe la coordinación con los recursos médicos y psicológicos de las redes asistenciales psiquiátricas comunitarias y por último se describen las necesidades sociales y de enfermería en este proceso de externacion a la comunidad.

INTRODUCCIÓN

Ha sido descrita la alta mortalidad en la comunidad de los internos después de su excarcelación (ref art lancet i altres), relacionada especialmente con abusos de sustancias. En esta presnetacion se discute sobre la necesidad de una coordinación con los recursos de los ámbitos comunitarios para reducir la morbilidad y mortalidad así como para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

La Continuidad Asistencial en medicina es el sistema por el que se asegura la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, durante el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente, independientemente del lugar y del tiempo en el que sea atendido. Ésta es una de las expectativas que con más frecuencia ha sido expresada por los pacientes y el personal sanitario

El trabajo multidisciplinar, indispensable hoy en día, se hace más necesario cuando una persona sale del entorno penitenciario para reinsertarse en la sociedad. Además si lo hacemos bajo un enfoque biopsicosocial este trabajo es imprescindible.

Una coordinación adecuada con los servicios comunitarios resultara en unas menores tasas de mortalidad (ya sean por suicidio o por problemas orgánicos) y morbilidad, y probablemente, en un reducción de las tasas de reincidencia. Lo cual redundaría en un beneficio para el paciente y para la sociedad con menores tasas de victimización.

TIPOS DE EXTERNACIÓN

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad están orientadas a la reeducación y re inserción social.(Artículo 25.2 Constitución Española).

Cuando hablamos de externacion hacemos referencia a diversas situaciones en las que se puede excarcelar un penado o una medida de seguridad. Estas pueden ir desde el fin de la pena o medida (libertad) hasta una libertad condicional o externaciones a recursos sanitarios (por necesidades médicas terminales) (Tabla 1).

COORDINACIÓN MÉDICO/PSIQUIÁTRICA/ PSICOLÓGICA

El objetivo es incidir en las variables presentes en la comisión del delito, a través de un programa individualizado de tratamiento, que permita trabajar sobre dichas variables, promoviendo cambios que modifiquen la situación inicial.

Para que este objetivo cumpla su objetivo con plenitud, cabe tener en cuenta no sólo el proceso de los pacientes en el ámbito penitenciario, sino con especial cuidado, el proceso de externación y re inserción social del mismo.

Dentro del plan de tratamiento individualizado de rehabilitación, se contempla tanto su proceso interno como el proceso de aproximación al exterior así como la coordinación con los agentes necesarios para promover una re inserción y externación progresiva y lo más garantista posible.

El proceso de externación se contempla tanto para los ingresados penados, como para los ingresados por medida de seguridad.

¿Que tener en cuenta en el proceso de re inserción/externación?

Las áreas en el proceso de re inserción/externación, que tendrán especial atención serán:

Tabla 1: Tipos de externación (CP: Código Penal).

Tipo	Sustrato legal	Lugar derivación
Finalización Pena	Sentencia	Comunidad
Libertad condicional	CP90	Comunidad
Finalización Medida de Seguridad	Sentencia	Comunidad/Hospitalario/Sociosanitario
Cambio de ubicación de MS	CP97	Comunitario/Hospitalario
Expulsión del país	CP89	País de origen
Enfermedades terminales (Suspension de la pena)	CP80	Sociosanitario

- **Trastorno Mental Severo**

En pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Severo, será necesario estudiar la evolución de su enfermedad, la implicación en el tratamiento que se le prescribe, nivel de consciencia de enfermedad, así como grado de compromiso capacidad de competencia en el cumplimiento de su tratamiento en entorno controlado, que permitirá inferir grado de cumplimiento en entorno abierto. En este apartado también se incluiría la valoración del riesgo.

- **Ambito socio-familiar**

En el estudio del área familiar, cabrá tener en cuenta la situación previa del paciente a su entrada al centro penitenciario, identificando su entorno, lugar de residencia, competencia familiar y dinámica familiar. Además si existe alguna modificación de la capacidad y quien son los tutores legales (familia o entidades tutelares)

- **Ambito económico-laboral**

Otro aspecto a estudiar a considerar es su situación económica, si recibe algún ingreso, o es receptor de alguna pensión tanto contributiva como no contributiva. También cabe estudiar la capacidad que presenta el paciente, para gestionar sus ingresos, y/o para realizar gestiones relacionadas con trámites financieros, valorando una modificación de capacidades si así se considerara conveniente.

- **Situación penal**

Los pacientes pueden estar cumpliendo una condena o una medida de seguridad. En los pacientes penados el proceso de externación tiene que tener en consideración las fases de dicha condena, para poder iniciar el proceso de reinserción/externación. Ya que el proceso de contacto con el entorno extrapenitenciario puede iniciarse a partir la cuarta parte de la condena, a través de los permisos ordinarios de 2 grado, y tener su continuidad con la progresión a tercer grado y posterior libertad condicional a las 2/3 partes de la condena o a las ¾ partes. O bien alcanzar la libertad

y por tanto la externación a la finalización de la condena. En los pacientes con medida de seguridad, el proceso de reinserción/externación, estará vinculado al tiempo de la medida de seguridad impuesta por un lado, pero se tendrá una especial atención a la evolución de su patología mental, que marcará la elección del proceso a seguir. En este caso la medida se puede modificar (p.e., solicitar un cambio de ubicación)

PROCESO DE REINSERCIÓN/ EXTERNACIÓN

En función del estudio de las áreas descritas, el proceso de reinserción/externación tendrá un proceso distinto (Tabla 2).

Pacientes externados al entorno familiar

Estos pacientes con medidas de seguridad o penados, en el proceso de reinserción se valorará capacidad del entorno familiar, para poder acoger y dar cobertura a las necesidades de atención del paciente, en su sentido más amplio.

En este proceso desde el entorno penitenciario, se realiza un trabajo con las familias, a través de entrevistas clínicas, familias y profesionales asistenciales (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social). Estas entrevistas tienen como objetivo trabajar de forma conjunta con el entorno donde residirá el paciente la reinserción/externación.

Los recursos asistenciales con los que se debería iniciar una vinculación y coordinación son los equipos de Salud Mental del ámbito comunitario (incluidos los Servicios de rehabilitación comunitaria), y/o equipos de Atención y Seguimiento a las Toxicomanías (CAS).

Se solicita una serie de entrevistas para vinculación y posterior seguimiento, a las que el paciente asiste acompañado por profesionales del equipo mul-

Tabla 2 : Coordinación con servicios comunitarios.

	Coordinación con servicios externos
Médicos /psicológicos	Centros Salud Mental Hospitalización Servicios de Rehabilitación
Enfermería	Equipos de enfermería comunitaria y hospitalaria. Enfermería de recursos sociosanitarios /educativos/etc.
T Social	Servicios sociales especializados Servicios sociales comunitarios. Centro educativos , laborales ,etc Entidades públicas (Seguridad Social, Trabajo protegido, etc.) Entidades Tutelares

tidisciplinar, y a través de las cuales se da inicio al proceso de derivación.

Este proceso tiene por objetivo que el paciente pueda dar continuidad al tratamiento en Salud Mental, o Toxicomanías, que viene realizando en entorno cerrado, facilitando su adaptación, compromiso e implicación con el tratamiento ambulatorio, de una forma progresiva y supervisada.

Pacientes externados a centro psiquiátrico hospitalario

Estos pacientes son derivados en su proceso de reinserción/externación a un centro psiquiátrico civil, atendiendo la evolución y estado de su enfermedad.

En las medidas de seguridad ,el equipo multidisciplinar se coordina con el hospital psiquiátrico civil, para poder gestionar el pase del paciente de entorno penitenciario, a entorno civil, previa autorización del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, Tribunal Sentenciador, y, con la coordinación del Equipo de Medidas de Seguridad.

El proceso de externación a hospital psiquiátrico civil puede tener lugar en fase previa a la finalización de la medida de seguridad, o bien a la finalización de la misma, en este último caso, se promueve un ingreso involuntario.

En los casos que llega la libertad pero el paciente continua agudo se deberá gestionar un ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos.

Pacientes externados a recurso educativos y sociosanitarios

Estos pacientes que pueden estar cumpliendo una medida de seguridad o ser penados, por sus características patológicas, o ambientales (no disponer de red de

apoyo en medio externo), son derivados en el proceso de reinserción/externación a un recurso educativo, socio-sanitario, o comunidad terapéutica.

Para este proceso de reinserción/externación desde el equipo multidisciplinar se realiza la coordinación con los recursos civiles y se programan las visitas necesarias, a menudo con el acompañamiento del paciente, para facilitar la posterior derivación.

Externación al país de origen

En pacientes de origen extranjero, sin familiares en nuestro país, ni red de apoyo, estén cumpliendo medida de seguridad o penados, se promueve el estudio de su situación documental, para facilitar la posterior derivación a su país de origen, así como la emisión de informes clínicos que faciliten a los profesionales de su país la continuidad del tratamiento recibido en el centro penitenciario. En al medida de lo posible se establece contacto con familiares y/o recursos sanitarios del país de origen.

En todos los procesos de reinserción/externación en los cuales el paciente se encuentre incapacitado legalmente, el proceso de externación se lleva a cabo en coordinación con sus tutores legales.

COORDINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

La morbilidad de los trastornos mentales graves es un gran problema de salud. A la complejidad de una enfermedad a menudo crónica se añade un alto nivel de comorbilidad médica y una tasa de mortalidad que duplica la de la población general cuando se analizan todas las causas que intervienen (Bernado M, 2014).

A esto hay que sumar tanto las características de las personas encarceladas como los factores relacio-

Tabla 3 : Conclusiones.

-
- 1.- Coordinación efectiva: Mejor atención y calidad de vida

 - 2.- Coordinación con Recursos sanitarios(adicciones): Disminución de la mortalidad reduciría la reincidencia penal y las tasas de victimización.

 - 3.- Coordinarse con diversidad de agentes implicados.

 - 4.- Importancia de enfermería y trabajo social para realizar una externación integral.
-

nados con el propio encarcelamiento que tienen una influencia en su situación de salud.

Perfil de la población penitenciaria:

- Mayor prevalencia de TRASTORNOS mentales
- Elevadas tasas de inmigración
- Problemas físicos
- Drogodependencia (elevada prevalencia)
- Problemas sociales y familiares

Factores relacionados con el encarcelamiento:

- Privación de libertad
- Estigmatización
- Pérdida del entorno social y familiar
- Riesgo de sufrir un trastorno mental

Nos encontramos con una población que requerirá unos cuidados de enfermería mientras están en prisión y que deberán continuar una vez se hayan ido en libertad. Muchos de estos usuarios requerirán atención de varios dispositivos asistenciales. Los usuarios de los servicios psiquiátricos penitenciarios tienen graves disfunciones familiares y sociales, existe un riesgo de incumplimiento del plan terapéutico y de recaída y muchos reciben tratamientos neurolépticos depot y / o que precisan supervisión. Además hay un hecho característico y es que algunos usuarios no se les da una alta médica sino que a menudo marchan en libertad independientemente de su estado de salud. Todo esto hace que sea imprescindible una coordinación entre los servicios y dispositivos externos para asegurar una continuidad de los cuidados centrados en la persona, con un enfoque interdisciplinar.

Servicios con los que hay que coordinarse:

1. CSMA: continuidad de plan de cuidados de salud mental y farmacovigilancia
2. CAS: seguimiento para los problemas de drogodependencias y dispensación de Metadona
3. CAP: Control problemas físicos, prevención y promoción de la salud.
4. Hospital Psiquiátrico/Unidades de Psiquiatría: continuidad plan de Cuidados
5. Servicios de Rehabilitación
6. Centros Sociosanitarios
7. Unidades para discapacitados Intelectuales

Disponemos de diversos mecanismos y instrumentos para asegurar la continuidad de los cuidados:

1. Planificación del alta.
2. Implicación del paciente.
3. Informe de continuidad de cuidados de enfermería.
4. Solicitud de visitas de enfermería programadas Centros de asistencia primaria y de salud mental
5. Coordinación con enfermera de otros servicios: mail, teléfono, etc.
6. Información escrita que se da a la libertad/externación
7. La información, con el consentimiento del paciente, es importante que la tenga la familia.

Una buena coordinación y cooperación entre ámbitos, instituciones y departamentos contribuye a la continuidad asistencial y la implicación y participación de los propios pacientes en su proceso asistencial (Jodar-Solà G et al, 2005) contribuyendo a evitar que el paciente abandone el tratamiento, sufre recaídas y que vuelvan a darse las circunstancias que hicieron que entrara en prisión.

COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES

La intervención que se realiza desde la vertiente del trabajo social, dentro del ámbito penitenciario y de cara a la externalización de la persona privada de libertad, no se limita únicamente a una intervención a nivel individual, sino que se trata de un proceso de intervención global, integrando en el proceso de rehabilitación y reinserción las diferentes áreas de la esfera biopsicosocial que estructura a la persona.

Es el papel del profesional del trabajo social poner en relación dichas áreas a través de la utilización de una de las herramientas básicas en la intervención, como es la coordinación y el trabajo en red con todos aquellos servicios y recursos comunitarios que mantienen una conexión del paciente con el medio exterior. Se trata de un aspecto fundamental el hecho de que se sostenga un buen conocimiento de los recursos

comunitarios y servicios existentes, para garantizar una óptima coordinación y posterior derivación y, a su vez, facilitar una vía de estabilización, soporte y seguimiento en la externalización de la persona.

Es imprescindible el conocimiento de la situación personal, familiar, social, laboral y de salud de cada caso, permitiendo así con esta información, detectar: necesidades, demandas y oportunidades para la futura excarcelación.

La coordinación, por lo tanto, es necesaria que se realice en diferentes niveles. A nivel interno se realiza la coordinación, a través de reuniones semanales, con los diferentes profesionales que forman el equipo multidisciplinario y que intervienen en cada caso, para poner en conocimiento aquellos aspectos que determinaran un método de trabajo conjunto y que planificaran la intervención social, esclareciendo así la definición de objetivos y plan de trabajo a realizar de cara al exterior.

En cuanto a la coordinación con la red de soporte exterior es indispensable tener vías abiertas con los profesionales de todos aquellos servicios y recursos comunitarios que estén implicados en el caso.

Por otro lado, para poder desarrollar una buena intervención es fundamental previamente trabajar la concienciación de las necesidades y demandas que presentará la persona de cara al exterior.

Desde el ámbito penitenciario y de salud mental, se trabaja en coordinación para dar respuesta a las diferentes áreas que engloban a la persona:

- A nivel familiar es importante que el profesional de trabajo social, identifique un referente de soporte y genere un vínculo entre familia, usuario y profesional. Asimismo, ha de proporcionar toda la información necesaria para que se realice un acompañamiento familiar a la persona, a los servicios o recursos de los que será usuario.
- A nivel social, de salud y laboral, se trabaja con servicios sociales básicos, centros de atención primaria, centros de salud mental, centros de atención y seguimiento de adicciones, centros especiales de empleo y con las diferentes unidades psiquiátricas que conforman la red de salud mental hospitalaria y penitenciaria.

En primer lugar, se realiza una coordinación telefónica entre profesionales, en la cual se aporta la información ajustada y objetiva sobre el caso a coordinar, así como aquella documentación indispensable que permita facilitar una buena acogida por el profesional que va continuar con la intervención en el exterior. Una vez realizada la primera toma de contacto, se trabaja en la generación del vínculo entre la persona y el

profesional del servicio o recurso, en el cual se va a producir la derivación, así como también se requiere de un acompañamiento y seguimiento posterior en el cual se asegure el proceso de vinculación.

- A nivel económico, se trabaja en un continuum de coordinación con aquellos organismos que permiten a la persona mantener una estabilidad económica, a través de las diferentes prestaciones monetarias que concede el sistema de bienestar social y que son tramitadas mediante solicitud a los respectivos organismos. Nos referimos en este caso mayoritariamente a la tramitación de prestaciones contributivas, no contributivas y a subsidios de excarcelación.
- En el caso de entidades tutelares o tutores legales de personas incapacitadas, la coordinación se traduce en el contacto y seguimiento continuo, en el traspaso de información y, en el trabajo simultáneo encarado a seguir unas mismas líneas de actuación con el fin de acordar objetivos comunes.

En el ámbito penitenciario, y más concretamente, en aquellas personas que se encuentran en una unidad psiquiátrica penitenciaria y están afectadas de un trastorno de salud mental severo; la función de coordinación se convierte en un aspecto prioritario, que se ha de producir con cierta flexibilidad y de manera personalizada, dada la casuística del ámbito, para fomentar así la atención y el seguimiento especializado, y garantizar la no reincidencia al contar con una red de soporte externo.

CONCLUSIONES

- 1.- Una coordinación efectiva redundaría en una mejor atención a nuestros pacientes, repercutiendo en una mejor asistencia y calidad de vida
- 2.- La coordinación con los recursos sanitarios, especialmente aquellos relacionados con el tema de adicciones podría disminuir la mortalidad tras el alta y probablemente reduciría la reincidencia penal y menores tasas de victimización en la sociedad.
- 3.- La coordinación debería realizarse con los dispositivos implicados, que en nuestro pacientes suelen ser diversos.
- 4.- Por último resaltar la importancia de la coordinación de enfermería y trabajo social en nuestros pacientes.

Una figura estrictamente legal pero necesaria sería la del jurista, que puede ayudarnos a buscar las soluciones desde el punto de vista legal.

CORRESPONDENCIA

Vicenç Tort

Email: vtort@pssjd.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 422-30.
2. Gomez C, Zapata R. *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Pamplona: Ediciones Eunate; 2000.
3. Terraza-Núñez R, Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(6): 485-95.
4. Bernardo M, Safont G, Oliveira C. *Recomanacions per al monitoratge i la promoció de la salut física dels pacients amb esquizofrènia i altres trastorns mentals greus*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014.
5. Jodar-Solà G, Cadenas-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldan J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten. Primaria*. 2005; 36(10): 558-62.

El trabajo en las Unidades de Salud Mental Comunitarias

S Arqués-Egea

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

ABSTRACT

La elevada prevalencia de los Trastornos Mentales, con la consiguiente discapacidad asociada, requiere un abordaje integral a nivel comunitario, con el objetivo de reducir la carga de enfermedad y la morbi-mortalidad. La intervención comunitaria radica, principalmente, en las Unidades de Salud Mental, equipos multidisciplinares cuya coordinación con Atención Primaria y el resto de servicios socio-sanitarios es fundamental para alcanzar dicho logro. Existe una elevada disparidad en los recursos dotacionales disponibles entre las diferentes administraciones sanitarias, incluso en un mismo departamento sanitario, fruto de las desigualdades en la transición hacia el modelo comunitario. En los últimos años se ha observado una excesiva demanda de la atención en estas unidades, fruto de la actual crisis socio-económica y la “psiquiatrización” de los problemas de la vida, con un predominio de patología ansiosa y depresiva leve; el resultado ha sido la saturación de los recursos y la potenciación de las intervenciones grupales, con la finalidad de abarcar a la mayor población posible. Esto último no incluye, en la actualidad y salvo escasas excepciones, a los pacientes de las instituciones penitenciarias.

Los trastornos mentales son frecuentes en todo el mundo y se encuentran entre los de mayor prevalencia en todas las culturas, generando un gran sufrimiento e interfiriendo significativamente en la vida de las personas que los padecen y sus familias. La importancia de la salud mental no radica sólo en que es parte integral de la salud, sino además en la alta prevalencia de los trastornos mentales y su asociación con la discapacidad. En países de nuestro entorno el porcentaje de población que sufre un trastorno mental se estima en un 38.2%. Además, la prevalencia de los trastornos mentales sigue aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico, con una alta carga de enfermedad (p. e. según las predicciones actuales para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial). También son altas las tasas de mortalidad, a causa de los problemas de salud física y el suicidio.

En España, se estima que el 19,5% de los españoles han padecido en algún momento de su vida un trastorno mental (15,7% en hombres y 11,4% en mujeres). En cuanto a la prevalencia de mala salud mental en España, obtenida de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, sería del 21,5%. Esta cifra presenta diferencias importantes entre hombres y mujeres (27%

mujeres y 15,7% hombres) y aumenta con la edad en ambos sexos.

A esta alta prevalencia hay que sumar el estigma y la discriminación asociado, que genera aislamiento y exclusión que puede traducirse en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios. Por ello, hay que prestar especial atención a los grupos más vulnerables como los jóvenes desempleados, las personas con problemas de salud crónicos, los grupos minoritarios, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés, especialmente para la salud de la mujer.

La divergencia entre la necesidad de tratamiento a las personas con problemas de salud mental y su atención es grande en todo el mundo y además la calidad de la atención prestada es en muchos casos escasa, pudiendo afirmarse que los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de los trastornos mentales. En nuestro país esto se ha acentuado a lo largo de las últimas décadas, cuando tras la reforma psiquiátrica llevada a cabo en los ochenta, la atención a la población con problemas mentales pasa de centralizarse en los manicomios a integrarse en el sistema sanitario general, con la creación de una red coordinada de base comunitaria. Sin embargo la comunidad, desgraciadamente, no estaba preparada ni estructural ni emocionalmente para dicho cambio.

Así, mientras esa carencia emocional ayudó a mantener el estigma de los pacientes, la merma de dispositivos comunitarios adecuados para dicha atención se fue arrastrando con el paso del tiempo, favoreciendo las desigualdades a lo largo de todo el territorio nacional en cuanto a la capacidad de prestar un mismo servicio sanitario, debido al traspaso de las competencias de sanidad a las diferentes Comunidades Autónomas. Así se fueron elaborando de forma progresiva y por parte de éstas, los primeros Planes de Salud Mental.

En el caso de la Comunidad Valenciana, aprobado por la Comisión de Sanidad de las Cortes Valencianas en febrero de 1991, el objetivo de dicho plan era implantar el modelo comunitario de atención a la salud mental en toda la Comunidad, a través de la ordenación del conjunto de recursos, muchos de ellos aún con dependencia patrimonial diversa, y la inclusión de los mismos en una única red asistencial e integrada en el sistema sanitario general. En el Plan se definían las estructuras básicas y los recursos humanos necesarios para la implantación del nuevo modelo (unidades de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales, hospitales de día, unidades de rehabilitación y recursos socio-asistenciales, no estrictamente sanitarios) y el diseño de programas específicos (atención a la infancia, a personas de edad avanzada, la atención en drogodependencias y alcoholismo) para la transformación, superación y disolución de los hospitales psiquiátricos.

Por tanto, se pasaba de un modelo manicomial y restrictivo al de Salud Mental Comunitaria, que consistía en una de atención integral que superaba lo estrictamente asistencial, trabajando de modo multidisciplinar en dicho ámbito comunitario, con el objetivo de mejorar la salud mental de la población.

La puerta de entrada al sistema sanitario son las Unidades de Atención Primaria, también para todas aquellas personas que solicitan ayuda por problemas de salud mental. En este nivel de atención se realiza el primer contacto, estimándose que los médicos de AP atienden entre un 15% y un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental y que sólo un 10% se deriva a los servicios específicos de salud mental. La coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental es uno de los elementos clave del modelo comunitario, pudiendo establecerse diferentes tipos de coordinación. De las intervenciones iniciales basadas en la formación de los profesionales de AP y los criterios de derivación del caso (atención escalonada) se ha pasado a la propuesta de diferentes modelo de colaboración, como la consulta-enlace, la gestión de caso, el modelo de atención a la cronicidad, programas de atención colaborativa y programas de mejora de ca-

lidad, de manera similar como ya se viene realizando con otras especialidades y con la atención hospitalaria. La colaboración entre niveles asistenciales requiere compromisos estables y consensuados por parte de los profesionales, que tienden a interactuar de manera muy variable en función del entorno (ámbito rural/urbano, tamaño equipo AP y SM, presión asistencial, etc.).

Las Unidades de Salud Mental son el eje asistencial vertebrador de la atención especializada en salud mental y se configuran como equipos multidisciplinares, con funciones de promoción y prevención de la salud, atención programada y urgente, atención domiciliaria, rehabilitación, docencia e investigación. Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con Atención Primaria y con el resto de servicios sanitarios especializados del departamento y los correspondientes servicios sociales. Proporcionan una atención integral: psicofarmacológica, psicoterapéutica e intervenciones de rehabilitación psicosocial, basadas en la evidencia científica. Dentro de sus prestaciones destacan: psicoeducación y lucha contra el estigma; valoración, diagnóstico, tratamiento y orientación; intervenciones individuales, grupales y para familiares.

Dado que tienen la consideración de unidades de apoyo a Atención Primaria (igual que las Unidades de Conductas Adictivas y los Centros de Planificación Familiar), suelen ubicarse en los propios Centros de Atención Primaria. Se trata de equipos multidisciplinares compuestos por diversos profesionales: psiquiatra, psicólogo, enfermer, trabajador/a social, terapeuta ocupacional, auxiliares clínicos y administrativ@s. Evidentemente, la disponibilidad en cuanto a su presencia o no y el número de los mismos es muy dispar a lo largo de la geografía española, incluso en centros muy próximos entre sí. Lo que inicialmente era un ambicioso proyecto, ha ido quedando obsoleto en la mayoría de los casos con el paso del tiempo, debido a la desproporcionalidad entre el incremento del número de profesionales y el aumento de la demanda asistencial.

Evidentemente, este último problema no es algo exclusivo de la salud mental, ya que sucede también en el resto de especialidades médicas; sin embargo, desgraciadamente, las circunstancias socio-económicas de la sociedad actual, unido a una “psiquiatrización” excesiva de los problemas de la vida diaria, ha conducido a un desbordamiento de las Unidades de Salud Mental, consecuencia inevitable tras la saturación previa de los profesionales de Atención Primaria.

Debido a ello, con el objetivo de racionalizar los recursos disponibles y dar una respuesta a la demanda

de la sociedad, se ha impulsado la terapia grupal como medida para alcanzar al máximo de población posible, aunque evidentemente lo ideal sería incrementar los recursos de personal sanitario, especialmente de psicólogos, sobre todo en atención primaria. Así podemos encontrar intervenciones grupales enfocadas a diversos subgrupos de pacientes: con agorafobia, baja autoestima, obsesivo-compulsivos, problemas adaptativos y resolución de problemas, relajación, habilidades sociales, y un largo etcétera en función de las necesidades clínicas.

En la Comunidad Valenciana existen en la actualidad 24 Departamentos Sanitarios, cada uno de ellos con diferentes poblaciones a atender y, evidentemente, recursos socio sanitarios dispares. En la provincia de Castellón podemos encontrar 12 Unidades de Salud Mental, por 34 en Valencia y Alicante. En cuanto a la dotación de las mismas, ésta es heterogénea, ya que es frecuente el compartir profesionales entre ellas dentro de un mismo departamento. Así, podemos señalar que en nuestra comunidad el número de psiquiatras está en torno a 300 profesionales, con la mitad aproximadamente de psicólogos; el número de enfermeras especialistas en salud mental es similar al de psiquiatras, no así el de trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, mucho menor.

Evidentemente, estas diferencias conllevan desigualdades a la hora de prestar servicios a los usuarios, dado que no todas las unidades podrán ofertar el mismo número de actividades terapéuticas ni tampoco con la misma frecuencia, dando lugar a un mayor tiempo de demora. Debido a ello, la nueva Estrategia Autonómica en Salud Mental plantea como uno de sus principales objetivos el desarrollar una cartera de servicios actualizados que responda a las necesidades reales de la población y que permita alcanzar la equidad e igualdad de acceso a los servicios de salud mental en los distintos departamentos.

Cómo se señalaba anteriormente, se ha producido a lo largo de los años un cambio en el perfil del paciente que acude a las Unidades de Salud Mental. Con la aparente menor capacidad de las personas a tolerar el estrés, los infortunios de la vida, etc., se busca en la psiquiatría/psicología una solución “al sufrimiento”. De otro modo no se puede explicar cómo la mitad aproximadamente de las primeras visitas derivadas desde atención primaria a nuestra unidad correspondieran en el 2015 a patología adaptativa y trastornos de ansiedad; si a ello uniéramos los episodios depresivos leves, nos encontraríamos con que 2/3 partes de los nuevos pacientes atendidos no deberían haber entrado en el circuito de la salud mental, dado que el tratamiento de dichas patologías forma parte de la car-

tera de servicios de atención primaria. Lógicamente, la repercusión de dichas derivaciones puede dar lugar a largos períodos de demora en el adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes, con la consiguiente merma en la funcionalidad y calidad de vida de los mismos, así como en las cifras de pacientes que no llegan a presentarse a esa primera cita (un 20% del total, entre ellas una ¼ de las derivaciones preferentes). Algo similar sucede con las consultas sucesivas, donde también en torno al 20% de los pacientes no acude. Para tratar de paliar la sobresaturación de estas unidades, cada vez es más frecuente la implementación de la atención telefónica. No deja de ser curioso que en el caso de las atenciones por parte de psicología, que generalmente son más demandas por la población, la cifra de pacientes que no acude a las primeras citas o sucesivas es mayor, en torno a un 30%.

Dentro de los equipos de salud mental encontramos una serie de figuras que han adquirido una gran relevancia recientemente: por un lado enfermería, quienes se encargan de la administración de los cada vez más numerosos tratamientos inyectables, así como de la enseñanza de técnicas de relajación, entre otras tareas; y por otro lado, el área de trabajo social, debido a la creciente demanda por parte de la sociedad de prestaciones/recursos de tipo socio-económico con el que subsistir en el momento de crisis actual.

En este contexto, cabe destacar el esfuerzo y la voluntad de los diversos profesionales implicados en la atención de los pacientes con patologías mentales, desde aquellos pertenecientes a la vertiente más clínica hasta aquellos de la parte más social, que es lo que permite prestar un servicio de calidad a la población, a pesar de las limitaciones.

En este sentido, aunque uno de los objetivos de la atención psiquiátrica comunitaria era integrar los diferentes recursos en una única red asistencial dentro del sistema sanitario general, no podemos más que lamentar ver cómo, con unas muy escasas excepciones, un subgrupo de pacientes tan importante como es el de la población reclusa ha quedado al margen de dicho sistema. La escasa o nula coordinación entre las unidades de salud mental y las instituciones penitenciarias se evidencia, en nuestro medio, en la ausencia de protocolos de derivación en uno u otro sentido y en la escasa fiabilidad de la información que reciben los diferentes profesionales (diagnósticos, tratamientos, etc.). Esto adquiere mayor gravedad debido a la elevada prevalencia de patología mental entre los reclusos, con el consiguiente riesgo de una peor evolución de la misma.

DISCUSIÓN

El papel de las Unidades de Salud Mental es fundamental para el adecuado funcionamiento del modelo de atención comunitaria en salud mental. A pesar de los intentos de las diferentes administraciones sanitarias por corregir las históricas desigualdades fruto de la transición del modelo manicomial al comunitario, éstas siguen existiendo y condicionando las intervenciones terapéuticas de los diferentes profesionales sanitarios. La reciente situación socio-económica del país ha acentuado la saturación de los servicios sanitarios, especialmente en atención primaria y en salud mental, con la consiguiente psiquiatrización de los problemas cotidianos y la escasa tolerancia al estrés. El resultado de esto ha sido una mayor optimización de los recursos, con la proliferación de las intervenciones grupales y un papel más destacado de los trabajadores sociales. A pesar de la frecuente y positiva interacción con los diferentes recursos socio-sanitarios, el sistema sanitario actual adolece de una adecuada coordinación

entre las unidades de salud mental comunitarias y las de las instituciones penitenciarias.

CORRESPONDENCIA

Sergio Arques Egea
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Valencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006; 126: 445-51.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2011.

Programas comunitarios de atención a la cronicidad

JJ Paredes-Carbonell

Subdirecció General de Promoció de la Salut i Prevenció. Direcció General de Salut Pública.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunitat Valenciana.

RESUMEN

Se pretende identificar los programas comunitarios de atención a la cronicidad desde el marco del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (CV) y reflexionar sobre la posibilidad de que se desarrollen en el entorno penitenciario. Se ha realizado un análisis de contenido de este Plan, seleccionando aquellas acciones comunitarias que hacen referencia al ámbito de la atención a la cronicidad, valorándose la factibilidad de que se apliquen en el entorno penitenciario. En una segunda fase, se han identificado los programas comunitarios que se están realizando y serían aplicables en este entorno. Se han identificado 10 acciones comunitarias en 7 de los 11 objetivos de la línea del Plan que aborda la cronicidad. El tipo de acciones que predominan son las grupales y las basadas en la educación entre iguales. Se mencionan en el abordaje de: los factores de riesgo comunes para todas las enfermedades crónicas, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Los programas comunitarios actualmente en marcha que podrían extenderse al medio penitenciario, serían: el Programa Pacient Actiu de educación entre pacientes, el Programa mihsalud de trabajo en red con asociaciones y el Proyecto RIU dirigido a la promoción de la salud mental.

INTRODUCCIÓN

Entendemos como programa un conjunto organizado de actividades que se ponen en marcha movilizandolos unos determinados recursos y se dirigen a conseguir unos objetivos, previamente establecidos, que responden a unas necesidades en una población y contexto dados. En la mayoría de los casos los programas de salud son diseñados desde el ámbito técnico-profesional y no contemplan la participación de la población en el diseño, desarrollo y evaluación de los mismos. Esto se produce a pesar que organismos oficiales como la OMS y la evidencia científica plantean que el éxito de un programa de salud se basa en la participación de la población en todas las etapas de la planificación¹.

Consideramos que un programa comunitario de salud es todo programa que incluya actividades comunitarias entendiendopor éstas: *“actividades que no sean puntuales (estén incluidas en un programa), que cuenten con participación del equipo de atención primaria y que la ciudadanía participe activamente (y no como público pasivo); o bien se trate de una actividad intersectorial, es decir, en la que colaboren sectores diferentes al de salud. Se excluyen acciones dirigidas únicamente al diagnóstico o la detección de problemas de salud, campañas de vacunación y consultas indivi-*

*duales e intervenciones grupales que no consideren explícitamente la participación de la comunidad”*².

Así pues, los elementos característicos de una actividad comunitaria serían: su carácter programático y no puntual, la participación activa de profesionales de la salud y ciudadanía o su enfoque intersectorial. Erróneamente, se considera que un programa es comunitario por el simple hecho de realizarse fuera del espacio estrictamente sanitario o por ser una intervención no individual.

En el patrón epidemiológico actual predominan las enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento progresivo de la población. El 93% de las muertes de la Comunitat Valenciana (CV) se debe a enfermedades no transmisibles, destacando las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes, que suponen el 70% de las defunciones³. Todas estas enfermedades comparten factores de riesgo potencialmente evitables como la obesidad, el sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco. Por lo que cabe valorar las ventajas de diseñar estrategias que los aborden en común ya que, muchas veces, una misma persona estará afectada por más de una de estas enfermedades³.

En la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS⁴ se recoge que “las es-

Tabla 1. Posibles programas comunitarios de atención a la cronicidad según el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020.

Objetivos del Plan relacionados con:	Acciones enumeradas en el Plan que hacen referencia a posibles actividades comunitarias	Factibilidad para que la acción se adapte y alcance a la población penitenciaria. (Nivel de factibilidad, de menos a más, puntuando con: +, ++, +++)
Factores de riesgo comunes a todas las Enfermedades crónicas	Incorporar la atención grupal en el abordaje de los factores de riesgo que comparten las principales enfermedades crónicas	+++
Diabetes	1.- Garantizar la oferta sistemática reglada de educación terapéutica individual y de educación grupal en autocuidados a todos los pacientes desde el inicio del diagnóstico, impartida por educadores/as adecuadamente entrenados/as 2.- Mejorar la alfabetización sanitaria de las personas que se encuentran en situación más desfavorecida	+++
Enfermedades respiratorias crónicas	Impulsar la participación de los pacientes con EPOC en actividades de educación grupal entre iguales , para mejorar su capacitación y autonomía en el manejo de la enfermedad desde el inicio del diagnóstico, impartida por personas educadoras adecuadamente entrenadas.	+++
Salud mental	1.- Desarrollar programas colaborativos entre Atención Primaria y las Unidades de soporte para la prevención y abordaje de problemas de salud mental (por ejemplo, intervención grupal en autoatenciones, abordaje del malestar emocional). 2.- Promover la participación de personas usuarias y familiares y fomentar el asociacionismo dentro del marco de la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.	++ +++
Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	Establecer programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca en los departamentos de salud, incluyendo un programa de ejercicio físico estructurado como base, para pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras	++
Pacientes crónicos complejos y paliativos	1.- Desarrollar intervenciones de soporte a las personas cuidadoras de pacientes crónicos complejos y paliativos, en relación con los cuidados, gestiones sanitarias y la prevención y abordaje de su desgaste físico, emocional y el riesgo de aislamiento social. 2.- Promover un debate social, profesional e institucional sobre el derecho a morir con dignidad.	+ +
Enfermedades raras	Facilitar información y formación a las personas con enfermedades raras, familias y personas cuidadoras , sobre ayudas y recursos para mejorar su calidad de vida, incluido el contacto con asociaciones de pacientes.	+

trategias para ganar salud y prevenir la enfermedad se basan en la efectividad y otras cinco características para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral”.

Por lo tanto, podemos considerar que los programas comunitarios de atención a la cronicidad, son aquellas intervenciones no puntuales que, contando con la participación de la propia población en su diseño, desarrollo y evaluación, se dirigen a potenciar la salud y prevenir factores de riesgo comunes a las prin-

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

cipales enfermedades crónicas. Estos programas incorporan un enfoque intersectorial de salud positiva, teniendo en cuenta los entornos (comunitario, escolar, laboral, sanitario, penitenciario, etc.) a lo largo del curso de la vida.

El vigente Plan de Salud de la CV se aprobó en abril de 2016 y asume el modelo de “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas” (AICC) propuesto por la OMS que se basa en las siguientes ideas fuerza: la toma de decisiones basadas en la evidencia, el enfoque de salud poblacional, el foco en la prevención, el énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica, la flexibilidad/adaptabilidad y la integración como núcleo. Además, reconoce la necesidad de actuar en el ámbito poblacional fomentando la prevención y el “empoderamiento” de la ciudadanía y pacientes a través de intervenciones que faciliten la participación y la incorporación de activos comunitarios para la salud³.

El objetivo de esta ponencia es describir los programas comunitarios de atención a la cronicidad desde el marco del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana y reflexionar sobre la posibilidad de que se desarrollen en el entorno penitenciario.

METODOLOGÍA

En una primera fase, se ha realizado una lectura, revisión y análisis temático⁵ del IV Plan de salud de la CV³, seleccionando aquellas acciones que hacen referencia al ámbito de la atención a la cronicidad y son consideradas “comunitarias” (o que potencialmente podrían serlo), valorándose la factibilidad de que se apliquen en el entorno penitenciario. En una segunda fase, se ha remitido el resultado de esta revisión a dos directivos responsables de la atención asistencial, dos de la salud pública y una del servicio del Plan de Salud de la CV para que opinen sobre la valoración de dicha factibilidad y enumeren los programas comunitarios que se están realizando en estos momentos y serían de aplicación en el entorno penitenciario.

RESULTADOS

La línea 2 del Plan de la CV se denomina “Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud”. En esta segunda línea se enumeran 11 objetivos para actuar en el ámbito de la cronicidad.

Se han identificado 10 acciones comunitarias en 7 de los 11 objetivos. Por el contrario, no se han identificado acciones comunitarias en los objetivos relacio-

nados con Atención integral al Cáncer, Enfermedades neurodegenerativas y demencias, Programas de Cribado y Enfermedades transmisibles.

En la Tabla 1 se exponen los factores de riesgo, enfermedades o poblaciones que se incluyen en estos objetivos y las acciones que, en cada uno de éstos, se han seleccionado por su consideración de “comunitarias”.

El tipo de acciones que predominan son las principales y las basadas en la educación entre iguales. Se mencionan específicamente en el abordaje de los factores de riesgo comunes para todas las enfermedades crónicas, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

Otro elemento clave que aparece en la descripción de las acciones, es la participación de las personas afectadas, sus cuidadores, familiares y asociaciones en el abordaje y acompañamiento del proceso salud-enfermedad. Este punto se menciona en relación a la salud mental, la atención a pacientes con patología crónica compleja y en las enfermedades raras. Por último, cabe destacar que los programas de promoción de la actividad física se mencionan expresamente en el abordaje de la rehabilitación cardíaca.

En relación a la factibilidad, las acciones que más fácilmente se pueden extender al ámbito penitenciario son las relacionadas con el abordaje de: factores de riesgo comunes, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y la salud mental.

Como acciones comunes en los 11 objetivos que se formulan dentro de la Línea 2, se describen acciones para promover estudios sobre desigualdades relacionadas con cada patología o situación incluyendo las variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, así como se contempla reforzar las intervenciones sobre colectivos en situación de mayor vulnerabilidad para reducir las desigualdades detectadas.

En cuanto a los programas comunitarios que se están realizando en estos momentos en la CV y serían de aplicación en el entorno penitenciario, se mencionan:

1) Programa Patient Actiu⁶.

Es un programa de apoyo dirigido a las personas que viven con una enfermedad crónica y a personas cuidadoras de pacientes dependientes, para adquirir un mejor autocuidado de su salud. Se basa en la metodología diseñada por la Universidad de Stanford, principal referencia mundial en educación en autocuidados por personas no profesionales: <http://patienteducation.stanford.edu>.

Consiste en desarrollar talleres grupales impartidos por pacientes formados, que a su vez forman a

otros pacientes o personas cuidadoras, con el apoyo del personal sanitario. El programa complementa la labor de las y los profesionales sanitarios, poniendo en manos de las y los pacientes el conocimiento para controlar de mejor manera su enfermedad crónica y el impacto que ésta tiene en sus vidas.

En la CV se han realizado dos tipos de talleres:

– Taller “Tomando Control de tu Salud (TCS)” dirigido a:

- pacientes con una o varias enfermedades crónicas: cardiovasculares, respiratorias, diabetes, dolor crónico u otras enfermedades físicas o mentales de larga duración
- personas cuidadoras de pacientes dependientes

– Taller “Manejo de la Diabetes (DM)”: para pacientes con diabetes tipo II.

En los talleres realizados en la CV desde el inicio del programa en 2015, han participado 405 pacientes crónicos o cuidadoras y cuidadores: 343 pacientes crónicos/cuidadores/as en el programa TCS; y 62 pacientes crónicos/cuidadores/as en el programa DM.

2) Programa mihsalud y la guía “Salud en nuestra agenda” para trabajar con asociaciones⁷.

El programa mihsalud (mujeres, infancia y hombres construyendo salud) se inició en 2007 como programa de movilización social y alta penetración en entornos urbanos (ciudad de Valencia) con el objetivo de promover la salud y el acceso a los servicios de salud de aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad.

La metodología del programa se basa en el trabajo en red con asociaciones de todo tipo que presentan anualmente dos personas con perfil de liderazgo para ser capacitadas como agentes de salud a través de un curso de formación-acción acreditado por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). El trabajo de las y los agentes de salud en cada asociación se complementa con acciones de dinamización comunitaria en el territorio que consisten en conversaciones informales, contacto y colaboración de líderes comunitarios, apertura de puntos informativos sobre salud y talleres de salud.

Fruto del trabajo en red con las asociaciones colaboradoras del programa, se ha elaborado una guía denominada “Salud en nuestra agenda”⁷ que ofrece una ruta con cinco etapas para facilitar que cualquier asociación pueda incorporar la salud en su día a día y se convierta en promotora de salud en su ámbito de acción.

Se han formado a 131 agentes de salud en las 8 ediciones del curso y se ha trabajado en red con 53

asociaciones. 7.384 personas han participado en los talleres y se han realizado 67 foros comunitarios y 795 atenciones individuales.

Los principales temas abordados en relación con la cronicidad serían la prevención del VIH e ITS y el acceso a los servicios de salud y programas preventivos como los de detección precoz de Cáncer de Mama y Cáncer Colorrectal.

3) Proyecto RIU⁸ y la adaptación de la guía de Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario⁹.

RIU (Replica, Innova, Une) es un proyecto de salud comunitaria dirigido a barrios en situación de vulnerabilidad de la comarca de La Ribera (Valencia). RIU se realiza desde 2008 en el barrio de El Raval de Algemesí (6 ediciones) y el barrio de L’Alquerieta de Alzira (5 ediciones). En ambos barrios existe un porcentaje elevado de población de etnia gitana, que puede superar el 50% de la población total de cada barrio.

La metodología RIU se caracteriza por la realización de ciclos continuados de selección-formación-acción de unos 9 meses de duración. En cada ciclo de cada edición, 15 personas de la comunidad, que representan a los diferentes grupos culturales que conviven en el barrio (población española, española de etnia gitana y de otros países de origen), son seleccionadas y participan en el proceso de formación-acción como educadoras entre iguales para promover la salud en su propio barrio.

Se han formado un total de 67 personas como agentes de salud que han actuado de forma directa en 2.403 personas de su propia red social y en 3.962 a través de acciones grupales en formato taller y acciones comunitarias. En cada uno de los municipios en los que se ha desarrollado el proyecto se ha construido una red intersectorial de profesionales, cuyo número oscila entre 33 y 48, para dar soporte y sostenibilidad a las actividades.

Los principales temas abordados en relación con la cronicidad serían: la promoción de la actividad física, la alimentación saludable, el uso racional de medicamentos, la promoción de la salud mental, la prevención del VIH e ITS y el acceso adecuado a los servicios de salud y el acceso a los programas preventivos como los de cribado de cáncer.

En la tercera edición del proyecto llevado a cabo en Alzira, el grupo de agentes de salud realizó una adaptación de las actividades de la Guía de Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario al medio comunitario, llevando a cabo de manera exitosa actividades grupales y comunitarias en el barrio de L’Alquerieta.

DISCUSIÓN

A pesar de que se han identificado 10 acciones comunitarias dentro de la línea 2 del Plan, en éste se desarrollan otras cuatro líneas estratégicas³: *Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por las y los pacientes; Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación; Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida; y Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida.*

En estas líneas, especialmente en la 3 y 5, se formulan acciones comunitarias que sin ser específicas de atención a la cronicidad pueden tener impacto en la salud de la población y deberían de ser tenidas en cuenta para un abordaje integral e intersectorial de la cronicidad.

Un ejemplo de puede ser la alfabetización y mejora en el acceso de la población en situación de vulnerabilidad en los programas de cribado de cáncer¹⁰, las acciones comunitarias para la prevención de drogodependencias y de enfermedades transmisibles como la TBC, las hepatitis víricas y la infección por VIH.

La población penitenciaria también refleja el cambio de patrón epidemiológico de la población general, con un aumento de la edad media de la población interna y presentando como principales causas de mortalidad las enfermedades cardiovasculares, las digestivas asociadas a cirrosis, así como las enfermedades respiratorias y tumorales¹¹.

Las potenciales acciones comunitarias que se identifican en el IV Plan de Salud de la CV así como los programas actuales Pacient Actiu, mihsalud y RIU, pueden y deben extenderse al entorno penitenciario, ya que suponen una oportunidad para reducir desigualdades y mejorar la salud de la población:

- El programa Pacient Actiu puede ser útil para que pacientes internos e internas se formen y formen a otros pacientes en el abordaje de factores de riesgo comunes y relacionados con la diabetes II.
- La guía “Salud en nuestra agenda” del programa mihsalud puede ser adaptada y utilizada por las asociaciones de voluntariado que actúan en el entorno penitenciario y fortalezcan su rol como asociaciones promotoras de salud.
- La metodología de selección-formación-acción de agentes de salud del proyecto RIU puede ser transferida a cada uno de los centros penitenciarios de la CV orientándose a la promoción de la salud mental en esta población.

En estos momentos de revitalización de la promoción de la salud, el entorno penitenciario tiene que ser permeable a los programas comunitarios de atención a la cronicidad. Es un entorno de oportunidad para impulsar intervenciones participativas y que incorporen activos comunitarios para la salud¹².

CORRESPONDENCIA

Joan J. Paredes-Carbonell
Direcció General de Salut *Pública de la* Comunitat Valenciana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NICE public health guidance. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2016. [cited 2016 Oct 2]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>.
2. March S, Ramos M, Soler M. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011; 43: 289-96
3. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
5. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 2007.
6. Servicio del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. Programa Pacient Actiu, informe septiembre de 2016. [Documento interno]
7. Castro-Rojas L, Crisanto M, Martín-García A, López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ. Salud en nuestra agenda: guía para impulsar acciones comunitarias en salud desde las asociaciones. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016.
8. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, La Parra D, Álvarez-Dardet C. Proyecto RIU: Cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Aten Primaria*. 2014; 46(10): 531-40.
9. Bustamante R, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, J González, C Pitarch, L Martínez, JM Arroyo. Diseño participativo de una Guía para la Promo-

- ción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013; 15: 44-53.
10. Salas D, Peiró R. Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013; 15: 66-75.
 11. Morral-Parente R. Cronicidad y Atención Primaria: rol de la Sanidad Penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit.* 2015; 17: 61-4.
 12. Vera-Remartínez EJ, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Jiménez-Pérez M, Araujo-Pérez R, Agulló-Cantos JM, et al. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunitat Valenciana (España). *Global Health Promotion.* 2016. DOI: 10.1177/1757975915614229.

Enfermería y atención a la cronicidad

SV Casado-Hoces

Enfermera del Centro Penitenciario Madrid VI- Aranjuez

RESUMEN

La atención a la cronicidad por parte de Enfermería en los centros penitenciarios requiere un cambio de paradigma; debemos pasar de un modelo de tareas, donde el profesional realiza fundamentalmente técnicas como la toma constantes, vacunación... a un modelo donde el enfermero ejerce su actividad utilizando el método científico mediante el proceso de atención de enfermería (PAE) con sus cinco fases (valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación). Es necesario incorporar a nuestro quehacer diario el lenguaje enfermero estandarizado (diagnósticos enfermeros y clasificaciones de intervenciones y objetivos de enfermería). También es imprescindible abandonar el enfoque segmentado por patologías para avanzar hacia una visión integral del sujeto, teniendo en cuenta todas sus circunstancias vitales.

“Ningún sistema puede soportar lo que no avanza... Aún queda mucho por hacer... Abandonemos la mediocridad”¹

Estas frases pronunciadas por Florence Nightingale, considerada como la fundadora de la Enfermería moderna, con ocasión de su Discurso sobre la Salud en la Exposición Universal de Chicago en 1893, siguen hoy vigentes y nos pueden servir de inspiración cuando hablamos de abordar la atención a la cronicidad desde la perspectiva de la Enfermería en las prisiones españolas.

La Organización Mundial de la Salud en su documento Salud 21, Salud para todos en el Siglo XXI, marca como objetivo la necesidad de reducir las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, EPOC y asma) que se combinan para crear los mayores problemas sanitarios de la Región Europea y que son, en gran medida, derivadas del estilo de vida.²

Según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en su Informe General de 2014³, las principales causas de mortalidad natural en las prisiones españolas durante dicho año fueron la cardiopatía isquémica y los tumores seguidas por las causas digestivas.

En el estudio multicéntrico realizado en nueve prisiones españolas en 2014 por el Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)⁴, se encontró una prevalencia de dislipemia del 34.8%, de hipertensión arterial (HTA) del 17.8%, de diabetes del 5.3%, de sobrepeso-obesidad del 51.9%

y de tabaquismo del 70.4%, lo que nos da una idea del gran trabajo que tenemos por delante los profesionales que trabajamos en los centros penitenciarios.

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a preguntarnos: *¿Qué podemos hacer desde la consulta de enfermería para abordar estas enfermedades que tienen tanta trascendencia debido a su alta mortalidad?*

En primer lugar, no debemos olvidar que la atención a la cronicidad requiere un trabajo en equipo. La colaboración y coordinación entre todos los miembros del mismo (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería...) es lo que va a posibilitar la mayor eficacia de nuestras intervenciones en beneficio del usuario.

En la actualidad nos encontramos con que la consulta de enfermería se reduce, en muchos casos, a la toma de constantes una y otra vez a los pacientes crónicos, siempre los mismos, lo que perpetúa su condición de enfermos sin remedio, dependientes del equipo sanitario⁵. Nuestro objetivo principal debe ser conseguir el adecuado control de la enfermedad por el propio paciente, para lo que debemos fomentar su autonomía y el aumento de la propia responsabilidad en el cuidado de su salud, siendo los profesionales los encargados de acompañarle, asesorarle y ayudarle en este proceso.

También es frecuente que en la consulta de enfermería en los centros penitenciarios se haga un enfoque segmentado por patologías. Para una gestión más eficiente de las enfermedades crónicas, que suelen presentarse asociadas, es necesario dar el salto a un enfoque integral, donde se considere al paciente en su

totalidad y teniendo en cuenta todas sus circunstancias vitales⁶. Por ello es importante la personalización de la atención, de forma que haya un único enfermero referente para cada paciente.

El programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFyC) recomienda la intervención en personas de bajo riesgo cardiovascular mediante exámenes periódicos de salud⁷. Por ello, la consulta de enfermería no se debe limitar a los pacientes ya diagnosticados, sino que tenemos la obligación de conocer y haber valorado en consulta, por lo menos una vez, a todos los internos que tenemos a nuestro cargo, en la búsqueda no solo de patologías sino también de factores de riesgo modificables, que son susceptibles de intervenciones enfermeras de promoción de salud. No debemos olvidar que, como se refleja en el estudio del grupo de Enfermería de la SESP anteriormente citado, en nuestros centros penitenciarios hay un porcentaje nada desdeñable de patologías infradiagnosticadas (27.3% de dislipemia y 8.9% de HTA).

El enfermero no puede ser un profesional que solo realiza técnicas (toma de constantes, vacunación, pruebas de mantoux...) sino que debe emplear en su trabajo el método científico que se concreta en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que consta de cinco fases: Valoración – Diagnóstico Enfermero – Planificación – Ejecución – Evaluación⁸.

VALORACIÓN

En esta fase se debe reunir y registrar toda la información necesaria para detectar problemas de salud reales o potenciales, recabando datos contenidos en la historia clínica y también aportados por el propio paciente durante la consulta de valoración.

En este sentido, se debe realizar:

1. *Anamnesis* donde se incluya la edad, los antecedentes personales (HTA, enfermedad cardiovascular, diabetes, dislipemia, etc.), antecedentes familiares (enfermedad cardiovascular precoz, obesidad, dislipemia, HTA) los hábitos tóxicos (tabaco, café, alcohol y otras drogas), y el tratamiento médico prescrito.

2. *Valoración por patrones* (de Marjory Gordon)⁹:

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud:

¿Cómo considera el sujeto que es su salud? ¿Qué conocimientos tiene sobre su enfermedad? ¿Tiene capacidad para el autocuidado? ¿Cómo es su adherencia al tratamiento pautado? Valorar la adherencia con el Test de Morisky-Green¹⁰:

Tabla 1. Valoración del Test de Morisky-Green: Para valorar adherencia adecuada se requiere contestar: 1 No; 2 Sí; 3 No; 4 No

TEST DE MORISKY-GREEN	SI	NO
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
¿Toman la medicación a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?		
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		

Patrón 2: Nutricional – metabólico:

¿Cuántas comidas hace? ¿Cuál es la frecuencia de consumo de los alimentos? ¿Toma grasas saturadas? ¿Toma alimentos salados? ¿Se hidrata adecuadamente?

Patrón 3: Eliminación:

¿Con qué frecuencia hace deposición? ¿Utiliza laxantes? ¿Tiene molestias al defecar? ¿Hay algún cambio en la eliminación urinaria? ¿Presenta sudoración?

Patrón 4: Actividad – Ejercicio:

¿Realiza alguna actividad laboral? ¿Realiza ejercicio físico? ¿De qué tipo? ¿Con qué intensidad y frecuencia?

Patrón 5: Sueño – Descanso:

¿Cuál es su patrón de sueño habitual? En caso de obesidad: ¿ronca mientras duerme? ¿Hace pausas de apnea? En caso de diabetes: ¿tiene hipoglucemias nocturnas? En caso de HTA: ¿presenta nicturia?

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo:

¿Cuál es su nivel de instrucción? ¿Qué capacidad de aprendizaje tiene? ¿Tiene alteraciones visuales, auditivas, táctiles?

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto:

¿Tiene problemas con su imagen corporal? ¿Tiene problemas de autoestima?

Patrón 8: Rol – relaciones:

¿Qué aspectos de las relaciones sociales dificultan el control de su enfermedad?

Patrón 9: Sexualidad – reproducción:

¿Tiene alteración de la libido, impotencia, dispareunia? Valorar su relación con la medicación.

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés:

Valorar en qué fase de adaptación está (negación, depresión, dependencia, autonomía, aceptación) ¿Vive situaciones estresantes, tiene ansiedad?

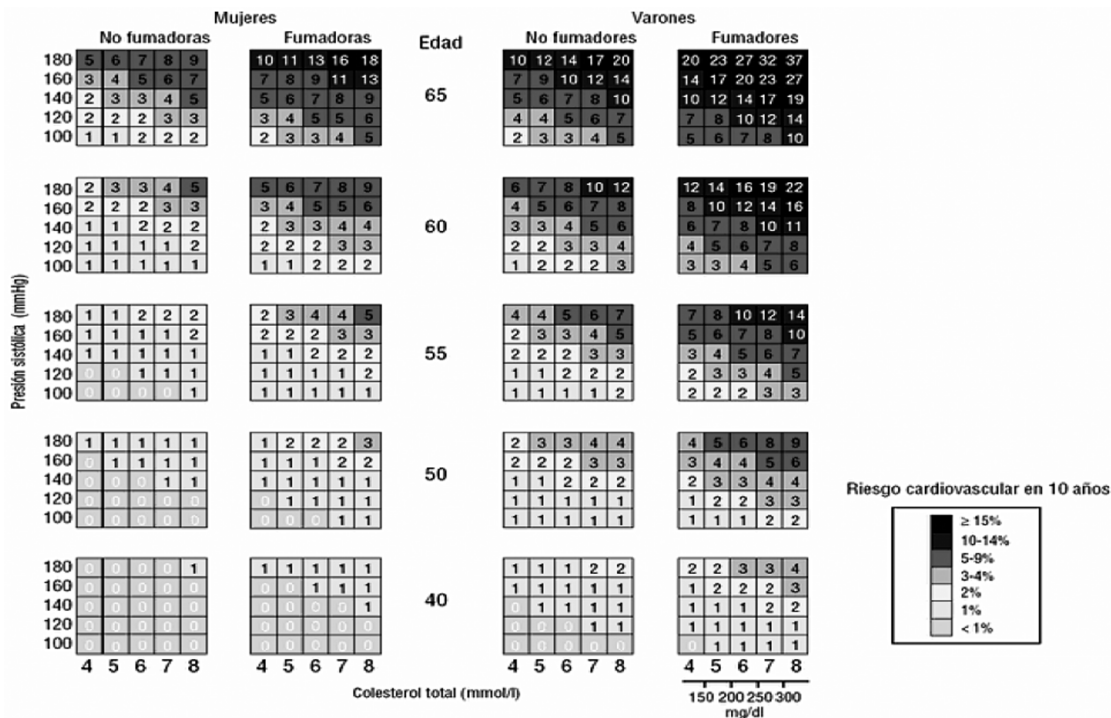
Patrón 11: Valores y creencias:

¿Cuáles de sus valores o creencias influyen directamente sobre su enfermedad o sobre la toma de medicación?

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

Fig 1. Tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular en diez años¹³.



3. Exploración Física:

Consiste en realizar control del peso, medir la talla y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), control de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca y medida del perímetro de cintura abdominal. El perímetro abdominal es mejor indicador de la grasa visceral y también del riesgo cardiovascular que el índice cintura-cadera¹¹.

En los diabéticos se debe hacer una inspección de los pies, valorando la higiene, la presencia de pulso pedio y tibial posterior, la coloración, la temperatura, los edemas, la presencia de heridas y rozaduras y la sensibilidad plantar (con monofilamento y diapason). En hipertensos hay que valorar la presencia de edemas y pulsos periféricos¹².

4. Pruebas complementarias:

1. Analítica de sangre:

Con hemograma, bioquímica con glucosa, perfil lipídico, hepático, hemoglobina glucosilada, índice albúmina/creatinina, creatinina sérica, iones sodio y potasio, ácido úrico, sistemático de orina. Es importante un ayuno de 12 horas antes de realizar la extracción sanguínea para evitar alteración de la glucosa y del perfil lipídico (HDL y triglicéridos)

2. *Electrocardiograma:* Para detectar isquemia, arritmias, defectos de la conducción.

3. *Cálculo del riesgo cardiovascular:* Mediante la utilización de la tabla del SCORE¹³ en todos los pacientes salvo los ancianos y diabéticos para los que no se puede utilizar, por lo que se recomienda el uso de la tabla de REGICOR¹⁴.

4. Medición del Índice tobillo – brazo (ITB):

Se debe realizar a todos los diabéticos para el diagnóstico de arteriopatía periférica y también se recomienda a los pacientes con alto riesgo cardiovascular.

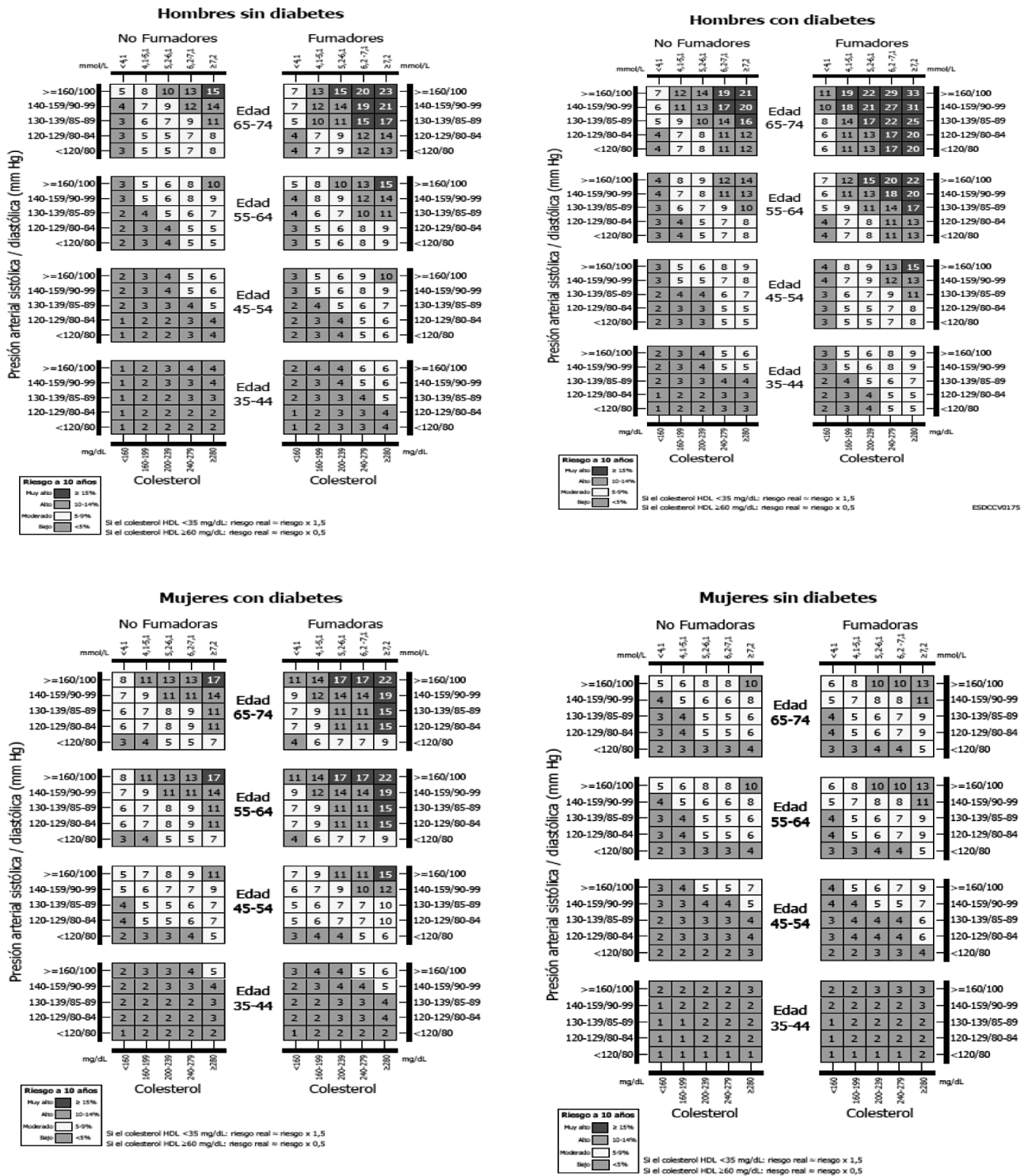
$$\text{ITB} = \frac{\text{Presión arterial maleolar}}{\text{presión arterial braquial}}$$

Un ITB próximo a 1 (>0.9) se considera normal y por debajo de 0.50 indica enfermedad arterial severa. Valores de ITB por debajo de 0.9 se asocian con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, mortalidad cardiovascular y mortalidad total¹⁵.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

En esta fase se debe analizar la información recogida con la intención de formular diagnósticos sobre problemas que el profesional de enfermería puede abordar de forma autónoma o en colaboración con otros profesionales del equipo. Para ello se deben utilizar las formulaciones de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Fig. 2. Tablas REGICOR para el cálculo del riesgo cardiovascular en diez años¹⁴.



PLANIFICACIÓN

En esta fase se deben fijar objetivos, establecer prioridades y diseñar intervenciones sobre los problemas reales o potenciales detectados. Para ello se debe utilizar las Clasificaciones de Intervenciones Enfermeras (NIC) y de Objetivos- Resultados de Enfermería (NOC). En la planificación debemos contar siempre con el acuerdo del paciente - usuario para asegurarnos del éxito de nuestras intervenciones.

EJECUCIÓN

Supone la puesta en práctica del plan diseñado. Es esencial registrar todas las intervenciones realizadas por enfermería, como única manera de dar continuidad al trabajo realizado, tanto por parte del mismo profesional como de otros enfermeros que tuvieran que intervenir, porque no podemos evaluar un proceso del que no tenemos registro y sobre todo, porque es nuestra única defensa jurídica.

EVALUACIÓN

Una evaluación detallada implica examinar lo que ocurrió en todas las demás etapas. Suponiendo que el diagnóstico y los resultados sean adecuados, la pregunta final que hay que contestar en esta fase es: ¿hemos logrado los objetivos fijados durante la planificación?

CORRESPONDENCIA

Sofía-Victoria Casado Hoces
Centro Penitenciario Madrid VI- Aranjuez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayuso-Gil ME. Florence Nightingale. Salamanca: Fundación Emmanuel Mounier; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998 [citado 15 Ago 2016]. Disponible en: www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf.
3. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2014. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior; 2015.
4. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV; GESESP: Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014; 16(2): 38-47.
5. Martínez-Riera JR. Consulta de Enfermería. En: Martínez-Riera JR, Pino-Casado R. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2014. pp 116-125.
6. Cuadernos SEMAP 1. El papel de la enfermería familiar y comunitaria en la cronicidad. Madrid: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria; 2013.
7. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Actualización 2014. SEMFYC. *Aten Primaria.* 2014; 46 (Supl 4): 3-15.
8. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8º Ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.
9. Programa de atención al adulto. Atención primaria Área 9. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2009.
10. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez-Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008; 40(8): 413-7
11. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad.* 2007; 03: p. 7-48.
12. Guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 1. Guías de práctica clínica del SNS. Vitoria-Gasteiz; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: 2012.
13. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60(5): 476-85.
14. Tablas para el cálculo del riesgo coronario a diez años. Adaptación de las tablas de Framingham a la población española. Barcelona: Generalitat de Catalunya: ca2012.
15. San-Vicente-Blanco R, Pérez-Irazusta I, Ibarra-Amarica J, Berraondo-Zabalegui I, Uribe-Oyarbide F, Urraca-García-de-Madinabeitia J, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Vitoria-Gasteiz; Osakidetza: 2008.

Pacientes de alto riesgo cardiovascular. ¿Se pueden suprimir los hipolipemiantes?

V Pascual-Fuster

Coordinador del Grupo de Atención Primaria de la Sociedad Española de Arterioesclerosis

La dislipemia se define como un aumento de las concentraciones séricas de colesterol y/o triglicéridos, o una reducción aislada del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL). En relación a las fracciones del colesterol, el unido a las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) ejerce un papel aterogénico, mientras que se comporta como protector el c-HDL. La dislipemia es una patología habitualmente asintomática y cuya importancia estriba en su relación con el incremento del riesgo cardiovascular (RCV). La concentración elevada de c-LDL y/o niveles bajos de c-HDL son factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y la manifestación de sus complicaciones vasculares^{1,2}. Debido al carácter multifactorial de la enfermedad cardiovascular (ECV) y a que la coexistencia de varios factores de riesgo potencia la acción aterogénica de la dislipemia, los criterios de intervención se basaran más en el RCV global que en el parámetro o parámetros lipídicos alterados^{1,2}.

**¿Qué pacientes son de alto y muy alto RCV?,
¿cuáles son los objetivos de control lipídicos?, ¿cómo conseguirlos?**

Las guías europeas¹⁻³ consideran al paciente que presenta antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica, o ECV documentada por pruebas invasivas o no invasivas, como de muy alto RCV y establecen que se debe alcanzar un objetivo terapéutico para el c-LDL por debajo de 70 mg/dL o bien reducir sus niveles basales en un 50%. También son considerados de muy alto RCV: los pacientes con diabetes mellitus y lesión de órgano diana (como proteinuria) y/o presencia de otros factores de riesgo como tabaquismo, marcada hipercolesterolemia o HTA; los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada con un filtrado glomerular estimado (FGe) < 30 mL/min/1,73m² y aquellos en prevención primaria con el cálculo del RCV por las tablas Score ≥ 10; estableciéndose para todos ellos idénticos objetivos terapéuticos (Tabla 1). Además, en pacientes con RCV muy alto y trigliceri-

demia >200mg/dL se requiere un control del colesterol no-HDL <100mg/dL¹.

En la Tabla 1 aparecen los pacientes que son considerados de alto RCV y el objetivo terapéutico marcado para el c-LDL (por debajo de 100 mg/dL)¹, en ellos un objetivo secundario en caso de hipertriglicéridemia es el colesterol no-HDL <130mg/dL¹.

En los pacientes de alto y muy alto RCV, las estatinas deben ser consideradas como el tratamiento hipolipemiante de elección para conseguir el objetivo preconizado y reducir el RCV¹⁻³. También se recomienda modificar el estilo de vida, incluyendo aumento de la actividad física, control del peso y cese del hábito tabáquico. Además de estos cambios, se debería prescribir terapia con la estatina más adecuada según su eficacia y el nivel basal de c-LDL del paciente.

La Guía 2013 de ACC/AHA⁴, aunque no marca un objetivo de control para el c-LDL, establece cuatro categorías de riesgo cardiovascular que se pueden beneficiar del tratamiento con estatinas:

- Pacientes con antecedentes de enfermedad vascular arteriosclerótica.
- Pacientes con c-LDL superior a 189 mg/dl.
- Diabéticos tipo 1 o tipo 2 con edad entre 40 y 75 años.
- Pacientes en prevención primaria de alto riesgo cardiovascular.

Las estatinas reducen la síntesis de colesterol en el hígado mediante la inhibición de la actividad de la HMG-CoA reductasa y producen una disminución de la colesterolemia. En el metaanálisis CTT sobre datos de más de 170.000 pacientes participantes en 26 ensayos clínicos aleatorizados⁵, se comunicó que el tratamiento con estatinas produjo una reducción proporcional del 20% en la mortalidad cardiovascular por cada reducción de 1,0 mmol/l (39 mg/dl) del c-LDL. Las estatinas para las que es esperable una reducción de c-LDL superior al 50% con la máxima dosis comercializada son atorvastatina (80 mg/día) y rosuvastatina (20 mg/día)^{1,4}.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

Tabla 1. Recomendaciones de objetivos de control de c-LDL en pacientes de alto y muy alto RCV¹⁻³.

RCV	Características definitorias	Objetivo c-LDL
Muy Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular documentada por métodos invasivos o no invasivos • IM previo, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o en otras localizaciones, ictus isquémico o enfermedad arterial periférica • Pacientes con diabetes y afectación de órgano diana como proteinuria o con algún factor de riesgo cardiovascular como tabaquismo o marcada hipertensión o hipercolesterolemia. • Riesgo a 10 años según SCORE ≥ 10 • Pacientes con Enfermedad Renal Crónica: FGe < 30 mL/min/1,73m² 	<p>< 70 mg/dl o, al menos, reducción $\geq 50\%$ < 100 mg/dl</p>
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo a 10 años según tabla SCORE $\geq 5\%$ y $< 10\%$ • Pacientes con diabetes sin otro factor de riesgo cardiovascular marcado (excepción: los pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 sin factores de riesgo cardiovascular que pueden ser considerados de bajo o moderado riesgo) • Un factor de riesgo marcadamente aumentado, como dislipemia familiar o hipertensión grave • Pacientes con Enfermedad Renal Crónica: FGe 30-60 ml/min/1,73m² 	

Tabla 2. Cambios medios adicionales del perfil lipídico en pacientes que reciben estatinas en combinación con otros hipolipemiantes. Datos adaptados de^{8,9}.

Fármaco	LDL	HDL	Triglicéridos
Fitoesteroles	-10%	0	-6-9%
Ezetimiba	-18%	6%	-10%
Resinas	-15%	5%	15%
Fibratos	-8%	10%	-36%
Ácido nicotínico	-14%	16%	-20%
Omega 3	0,7%	3,4%	-30%

Conviene tener presente el posible incremento de efectos secundarios musculares con la coadministración de las estatinas metabolizadas por el citocromo P450 3A4 (atorvastatina, lovastatina y simvastatina) con otros fármacos que utilizan la misma vía metabólica¹. En pacientes que presentan ERC, debemos considerar la mayor incidencia de miopatía con el tratamiento con estatinas, por lo que hay que vigilar las posibles interacciones farmacológicas en sujetos que con frecuencia están polimedicados, y en ellos resulta más adecuado el logro del objetivo de control de c-LDL, con la utilización de estatinas dotadas de una menor excreción renal: atorvastatina, fluvastatina y pitavastatina que son las que recomiendan las guías europeas para el tratamiento de la dislipemia en la ERC¹.

El beneficio de la terapia intensiva del tratamiento con estatinas se ha puesto de manifiesto en ensayos

clínicos como el TNT⁶ que compara en pacientes con cardiopatía isquémica, dos estrategias hipolipemiantes con la utilización de atorvastatina a dosis diferentes (80 mg versus 10 mg), y encuentra que el tratamiento con 80 mg/día de atorvastatina reduce la incidencia de infarto de miocardio y de ictus fatal y no fatal, en comparación con la administración de atorvastatina a una dosis de 10 mg/día que logra una menor reducción de c-LDL. También existe evidencia de que un tratamiento intensivo con rosuvastatina que consigue una mayor reducción de c-LDL respecto a la terapia convencional, es capaz de lograr regresión de la aterosclerosis aórtica⁷.

En caso de no alcanzar el objetivo propuesto de c-LDL con estatinas administradas a las dosis máximas toleradas o si están contraindicadas, puede utilizarse otros fármacos hipolipemiantes en combinación¹. En la Tabla 2 aparecen los cambios medios adicionales del

Tabla 3. Nivel de intensidad terapéutica hipocolesterolemiantes conseguido con con estatinas en monoterapia y con su combinación con ezetimiba¹¹.

Nivel de intensidad terapéutica hipocolesterolemiantes	Monoterapia	Combinación terapéutica
MUY ALTA INTENSIDAD (TMAI) Descenso de cLDL > 60%		Atorvastatina 40-80 + Ezetimibe 10 mg Rosuvastatina 10-20 + Ezetimibe 10 mg
ALTA INTENSIDAD (TAI) Descenso de cLDL 50-60%	Atorvastatina 80 mg Rosuvastatina 20 mg	Atorvastatina 20-40 + Ezetimibe 10 mg Rosuvastatina 10 + Ezetimibe 10 mg Simvastatina 40+ Ezetimibe 10 mg Pitavastatina 4 + Ezetimibe 10 mg
MODERADA-BAJA INTENSIDAD (TMI-TBI) Descenso de cLDL entre 30-50%	Atorva 10, 20, 30, 40 Rosuva 5, 10 Simva 20,40 Pitava 1, 2, 4 Prava 40 Fluva 80	Pravastatina 40 + Ezetimibe 10 mg Pitavastatina 1, 2 + Ezetimibe 10 mg Fluvastatina 80 + Ezetimibe 10 mg

perfil lipídico conseguidos por diferentes hipolipemiantes, cuando se combinan con estatinas^{8,9}.

El estudio IMPROVE IT pone de manifiesto en prevención secundaria, que una reducción intensiva del c-LDL (de 69 a 53 mg/dL) con la combinación estatina/ezetimiba comparado con simvastatina en monoterapia, produce un beneficio pronóstico en la morbimortalidad cardiovascular que es el esperable por la reducción del c-LDL lograda, además no detecta una curva en J en cuanto a peor pronóstico con concentraciones de c-LDL inferiores a 30 mg/dl¹⁰. Los resultados de este estudio tienen implicaciones prácticas ya que se ha propuesto un cambio de estrategia terapéutica pasando del tratamiento con estatinas de alta intensidad al tratamiento hipocolesterolemiantes de alta intensidad¹¹ (Tabla 3). Cuando sean precisos descensos por encima del 60% del c-LDL, es necesario utilizar terapia hipocolesterolemiantes de muy alta intensidad, es decir atorvastatina o rosuvastatina a dosis máximas en combinación con ezetimibe 10 mg.

¿Conseguimos los objetivos de control lipídicos? ¿Se pueden retirar los hipolipemiantes?

La tasa de pacientes que consiguen un buen control de sus niveles de lípidos, sobre todo en los de alto y muy alto RCV, es muy baja¹². La percepción del médico en cambio es diferente, ya que sobreestima con frecuencia el control de la dislipemia, tal como se ha puesto de manifiesto en el estudio LIPEDIA¹³, donde la mayoría de los médicos encuestados en relación al

tratamiento y seguimiento de sus pacientes diabéticos, considera que más del 50% consiguen los objetivos lipídicos marcados. Otros datos del estudio Hispalipid muestran que los facultativos valoran que el 40% de sus pacientes de alto riesgo tienen el c-LDL en objetivos, mientras que al revisar los datos reales, ello solo se cumple en el 15% de los casos¹⁴. En la misma línea de percepción errónea de la realidad de la clínica habitual apunta otro estudio¹⁵, en el que se recaba la opinión de médicos de atención primaria y cardiólogos en el seguimiento de los pacientes tras un síndrome coronario agudo.

Así pues, los médicos muestran una visión optimista del grado del control lipídico de sus pacientes, en cambio los datos existentes apuntan a que en los pacientes considerados de alto riesgo, no se actúa con la suficiente intensidad y existe inercia terapéutica en el 70% de los casos¹⁶, por lo que resulta prioritario el implementar medidas para mejorar el tratamiento y adecuarlo a la consecución y mantenimiento de los objetivos propuestos por las guías de práctica clínica.

Además se ha valorado que la inercia terapéutica, con la falta de intensificación del tratamiento de la hipercolesterolemia de pacientes de alto riesgo cardiovascular, se asocia a un riesgo claramente superior de desarrollar episodios isquémicos¹⁶. En los primeros 6 meses tras un síndrome coronario agudo, la sustitución del tratamiento con atorvastatina 80 mg/día por un tratamiento de menor intensidad hipoco-

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

lesterolemiante, se acompañó de la presencia de más recurrencias, lo que incrementó la morbimortalidad cardiovascular y los costes relacionados con la cardiopatía isquémica¹⁷.

Las consecuencias de la interrupción de la terapia con estatinas también ha sido estudiada en pacientes tras un ictus isquémico. En el primer año un 38,9% discontinuaron el tratamiento, y se demostró que la interrupción de las estatinas era un predictor independiente de la mortalidad por todas las causas¹⁸. Otros estudios apoyan la asociación de la interrupción del tratamiento estatínico con un mayor riesgo de infarto de miocardio y muerte cardiovascular. Sobre la base de los datos disponibles, la interrupción del tratamiento con estatinas se debe considerar cuidadosamente¹⁹.

Una revisión sistemática que incluyó 28 estudios, confirma un mayor RCV y mortalidad entre los individuos con mala adherencia al tratamiento con estatinas. Estos resultados hacen hincapié en la importancia del seguimiento y la adhesión a la terapia con estatinas²⁰. No parece pues, que en pacientes de alto y muy alto RCV tras conseguir el objetivo lipídico propuesto, resulte razonable la modificación del tratamiento hipolipemiante, a no ser que aparezcan efectos secundarios (especialmente hepáticos y musculares). Resulta recomendable la interrupción del tratamiento si en la analítica aparecen incrementos de los enzimas hepáticos, ALT > 3 veces el límite máximo de la normalidad, (descartadas otras causas de elevación como, esteatosis hepática). No se iniciará el tratamiento con estatinas, o si el paciente está en tratamiento se suspenderá o reducirá su dosis; en el caso de que en la analítica aparezca: CK > 5 veces el límite máximo de la normalidad (descartadas otras causas de elevación)²¹.

La interrupción del tratamiento con estatinas se puede considerar en personas de edad avanzada con una corta expectativa de vida por la presencia de cáncer y/o multimorbilidad (deterioro físico grave, deterioro cognitivo). En este caso la intervención terapéutica pasa de preventiva a paliativa, por lo que prima la mejora de la calidad de vida y evitar posibles efectos adversos sobre la reducción del RCV²².

CONCLUSIONES

La dislipemia es uno de los principales factores de RCV y nuestras intervenciones terapéuticas deben dirigirse a tratar el riesgo cardiovascular y no exclusivamente el colesterol²³. Resulta importante la evaluación global del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes, para adecuar el tratamiento a los objetivos específicos del c-LDL para cada categoría de riesgo¹⁻³. Además

en la elección final de un fármaco hipolipemiante y su dosificación, hay que considerar siempre los tratamientos concomitantes, la tolerancia y el estado clínico del paciente; intentando evitar caer en la inercia clínica. Sin olvidar que las modificaciones del estilo de vida son la base sobre la que se sustenta la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

En definitiva, en pacientes de alto y muy alto RCV tras conseguir el objetivo lipídico propuesto por las guías de práctica clínica, y en ausencia de efectos adversos, el tratamiento hipolipemiante debe mantenerse dado los importantes beneficios demostrados en reducción de morbimortalidad cardiovascular.

CORRESPONDENCIA

Dr. Vicente Pascual Fuster
Email: pascual_vic@gva.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011; 32: 1769-818.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23(11): NP1-NP96.
3. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Atherosclerosis*. 2012; 223(1): 1-68.
4. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Lloyd-Jones DM, et al. 2013 ACC/

- AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63: 2889-934.
5. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670-81.
 6. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005; 352(14): 1425-35.
 7. Yogo M, Sasaki M, Ayaori M, Kihara T, Sato H, Takiguchi S et al. Intensive lipid lowering therapy with titrated rosuvastatin yields greater atherosclerotic aortic plaque regression: Serial magnetic resonance imaging observations from RAPID study. *Atherosclerosis*. 2014; 232: 31-9.
 8. Pallares V, Pascual V, Godoy-Rocati. Dislipidemia y riesgo vascular. Una revisión basada en nuevas evidencias. *Semergen*. 2015; 41(8): 435-45.
 9. Meco-López JF, Pascual-Fuster V, Solà-Alberich R. La utilización de los esteroides vegetales en la práctica clínica: de la química a la clínica. *Clin Investig Arterioscler*. 2016. pii: S0214-9168(16)30027-4. doi: 10.1016/j.arteri.2016.04.001.
 10. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2015; 372(25): 2387-97.
 11. Masana L, Pedro-Botet J, Civeira F. IMPROVE-IT clinical implications. Should the "high-intensity cholesterol-lowering therapy" strategy replace the "high-intensity statin therapy"? *Atherosclerosis* 2015; 240(1): 161-2.
 12. Baena-Díez JM, Félix FJ, Grau M, Cabrera-de-León A, Sanz H, Leal M, et al. Risk Factor Treatment and Control in Relation to Coronary Disease Risk in the Spanish Population of the DARIOS Study 2011. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(9): 766-73.
 13. Pascual V, Ruiz E, Pintò X. Patient's care and management of dyslipidemia in type 2 diabetic patients in the clinical practice in Spain: The LIPEDIA study. *Clin Invest Arterioscler*. 2015; 27(2): 45-56.
 14. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernández R, et al. HISPALIPID Study Group Investigators. The gap between dyslipidemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. *Atherosclerosis*. 2006; 188: 420-4.
 15. Murga N, Ruiz E, Pascual V. Patient's care and management of dyslipidemia at discharge after an acute coronary syndrome in the clinical practice in Spain: The SINCOPA study. *Clin Investig Arterioscler*. 2015; 27(6): 272-9.
 16. Díaz A, Murga N, Camafort-Babkowski M, Lopez JC, Ruiz E, Ruiz-Baena, et al. Therapeutic inertia in hypercholesterolaemia is associated with ischaemic events in primary care patients. A case-control study. *Int J Clin Pract*. 2014; 68(8): 1001-9.
 17. Colivicchi F, Tubaro M, Santini M. Clinical implications of switching from intensive to moderate statin therapy after acute coronary syndromes. *Int J Cardiol*. 2011; 152(1): 56-60.
 18. Colivicchi F, Bassi A, Santini M, Caltagirone C. Discontinuation of statin therapy and clinical outcome after ischemic stroke. *Stroke*. 2007; 38(10): 2652-7.
 19. Marrs JC, Kostoff MD. Discontinuation of Statins: What Are the Risks?. *Curr Atheroscler Rep*. 2016; 18(7): 41.
 20. De Vera MA, Bhole V, Burns LC, Lacaille D. Impact of statin adherence on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014; 78(4): 684-98.
 21. Documento de consenso de Sociedades Médicas de la Comunidad Valenciana para el manejo clínico-práctico de la dislipemia. Madrid: SEMERGEN; 2016. Disponible en: http://www.semergencv.com/docs_2/dislipemia.pdf.
 22. Onder G, Landi F, Fusco D, Corsonello A, Tosato M, Battaglia M, et al. Recommendations to prescribe in complex older adults: results of the CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients (CRIME) project. *Drugs Aging*. 2014; 31(1): 33-45.
 23. Maiques-Galán A, Brotons-Cuixart C, Banegas-Banegas JR, Martín-Rioboó E, Lobos-Bejarano JM, Villar-Álvarez F, et al. Grupo de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares del PAPPS Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria*. 2016; 48 Supl 1:4-26.

Servicios de Farmacia y depósitos de medicamentos en las prisiones: adecuación legal

A Lozano-Blázquez

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

La estructura sanitaria en los Centros Penitenciarios (CP) está organizada con un modelo de consultas a demanda, programada y urgente, similar al instaurado en los Centros de Salud. Pero, aunque funcionalmente el sistema pueda asimilarse a un nivel primario de asistencia, la gran demanda de atención psiquiátrica y la elevada prevalencia de patologías infecciosas le confiere un carácter híbrido entre niveles Primaria-Especializada. Por otro lado, los Servicios Sanitarios Penitenciarios son, desde hace varios años, centros prescriptores de metadona. Además del Programa de Sustitutivos de Opiáceos, están en marcha los programas de prevención, control y tratamiento de tuberculosis, infección por VIH y hepatitis. Por lo tanto, la prestación farmacéutica incluye especialidades de Uso Hospitalario (UH) (especialmente antivirales y antipsicóticos), medicamentos sujetos a Especial Control Médico (ECM), medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH), psicótropos y estupefacientes. Es por ello que es necesaria la instauración de Servicios de Farmacia (SF) o Depósitos de Medicamentos (DM) en todos los CP al frente de Farmacéuticos Especialistas en Farmacia Hospitalaria (FEFH), para prestar una adecuada prestación farmacéutica a la población reclusa y conseguir el objetivo principal, *el uso racional del medicamento*, en beneficio de la Administración y de la población.

La Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, establece entre las funciones que debe desempeñar un SF, y por tanto el Farmacéutico, se encuentra “*garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control*”. Por otro lado, el RD 782/2013, establece que los almacenes mayoristas deben “*Suministrar los medicamentos únicamente a otros almacenes mayoristas*

o bien a oficinas de farmacia y servicios farmacéuticos legalmente autorizados, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2.8, garantizando que la entrega se realiza exclusivamente en los locales, que consten autorizados para el almacén mayorista, propios o por contrato, o para la oficina de farmacia o servicio farmacéutico al que van destinados estos medicamentos”.

La Administración Penitenciaria asume en su totalidad la prestación farmacéutica que comprende indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:

- 1.– Los medicamentos financiados por el SNS.
- 2.– Los medicamentos que sin pertenecer a la categoría anterior, hayan sido prescritos por un médico de Instituciones Penitenciarias (IIPPP) o por un especialista al que el interno haya sido derivado por este.
- 3.– Los productos de dermofarmacia e higiene y biocidas de uso externo prescrito por un médico de IIPP o SNS.
- 4.– Los efectos y accesorios sanitarios que dispongan del correspondiente CE.
- 5.– Las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados de acuerdo con lo establecido en el Formulario Nacional.
- 6.– La prestación de productos dietéticos dirigidos a determinados pacientes que padezcan determinados tratamientos metabólicos.
- 7.– Las vacunas individualizadas antialérgicas e individualizadas correspondientes a prescripciones por un médico de IIPP o especialista derivado.
- 8.– La medicación de prescripción hospitalaria.

La atención sanitaria en IIPP incluye varios programas, lo que supone una constante prestación farmacéutica en los CP, entre ellos se encuentran programas de gran relevancia en función de los frecuentes y graves problemas de salud de las personas que ingresan en prisión. Por otro lado, estos programas suponen un elevado impacto económico por el tipo de tratamiento que precisan los internos, tratamientos cada vez más complejos y costosos.

Los programas que se incluyen en IIPP son:

– **Salud Mental:** con una prevalencia de trastornos psiquiátricos en torno al 40% según los últimos estudios publicados como EUPRIS o PAIEM. Durante el año 2012 el 34,4 % de los ingresos hospitalarios fueron motivados por patología psiquiátrica. Según indicadores generales, los internos con tratamientos psicótropos/ 100 internos/mes fue 36,3.

– **Atención a las personas VIH:** mediante diagnóstico, control y tratamiento, seguimiento farmacoterapéutico, profilaxis de infecciones oportunistas, vacunaciones... La prevalencia de VIH en IIPP es del 6% (datos del 2012), siendo el gasto en fármacos antirretrovirales en el mismo año 22.122.687€ (en el año 2011 fue 26.107.857€).

– **Programa de prevención y control de infección por virus hepatitis C:** la prevalencia estimada en el 2012 fue de un 22% (12602 internos VHC positivos). El promedio de personas en tratamiento fue 278 pacientes en el mismo año, lo que supuso un gasto de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C de 1.927.324 € (año 2011 fue 3.152.658 €). Existe también una alta prevalencia de pacientes coinfectados (VHC-VIH).

– **Tuberculosis:** a nivel farmacoterapéutico incluye, la quimioprofilaxis y el tratamiento, en muchos casos multirresistencias por baja adherencia en el medio externo y adquisición de fármacos extranjeros. En el 2012 los casos de tuberculosis fueron 89. Indicadores 2012 (promedio internos 54170):

- o Internos en quimioprofilaxis/100int/mes: 0,4
- o Internos en quimioterapia /100 int/mes: 0,1

– **Tratamiento y prevención de Enfermedades de transmisión sexual.**

– **Programa de intervención en programaS de vacunación:** durante el ejercicio del 2012 el número de vacunas administradas en todos los CP fueron: vacunas hepatitis 27.263, tétanos 27.907, otras vacunas 15.424.

– **Programa de detección y tratamiento de conductas adictivas, reducción de daños, sustitución de opiáceos (Metadona y naltrexona, otros) :** solo un 20% de la población reclusa no consumía alguna droga antes de entrar en prisión. Durante el año 2012 recibieron tratamiento con metadona 11637 internos.

– **Atención sanitaria protocolizada a pacientes con otros problemas crónicos de salud:** Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, etc. En especial el programa de internos mayores de 70 años (Total 326), con pluripatología y multiterapia farmacológica.

- o Internos tratamiento antihipertensivos/100 int/mes: 5.8
- o Internos tratamiento hipoglucemiantes/100 int/mes: 2.4
- o Internos tratamiento insulina/100 int/mes: 1.1
- o Internos tratamiento hipolipemiente/100 int/mes: 4,8

– **Servicios específicos a la mujer:** métodos anti-conceptivos.

SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS EN IIPP

De los 66 CP, la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria considera a 34 de ellos como CP y 32 como CP “DEPENDIENTES” de la Supervisión del Farmacéutico del CP u Hospital Penitenciario al que está adscrito, pero sin la presencia continuada del farmacéutico en aquellos. En los 34 CP existe la presencia de un Farmacéutico, siendo solo 11 de ellos FEFH; en el resto de los CP Dependientes, no existe la figura de un Farmacéutico. El Farmacéutico al que se adscribe el CP Dependiente es el responsable de cuantas actividades se desarrollan allí y debe realizar una supervisión periódica a estos Centros, lo cual es considerado claramente insuficiente y muy lejano a la legislación, en la que se establece la presencia constante de un Farmacéutico mientras que el SF o DM esté en funcionamiento.

Del total de los Centros (66), sólo 16 están legalizados como SF, de los cuales 9 están bajo la supervisión de un FEFH, los otros 7 están bajo la responsabilidad de un Farmacéutico no especialista. Sólo 10 Centros tienen la autorización de DM, existiendo únicamente en 5 de ellos un Farmacéutico (4 son no especialistas y 1 FEFH). Los 40 Centros restantes no están legalizados, pero en ellos sí que se ejerce actividad como tal, ya que en todos se presta una atención farmacéutica a los internos del mismo. La mayoría de ellos no han sido legalizados por las autoridades competentes por no existir la presencia FEFH o un Farmacéutico y hacerlo dependiente del SF del Centro Hospitalario de referencia.

PROPUESTA ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS

Para que todos los Centros se ajustaran a la legislación vigente se debería:

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del XI Congreso Nacional y XIX Jornadas de la SESP
Castellón de la Plana, 10, 11 y 12 de noviembre de 2016 – www.congresosesp.es

- 1) **Establecer un SF en todos los Centros penitenciarios**
 - El SF estaría bajo la titularidad de un Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria.
- 2) **En los CP “DEPENDIENTES”, se podrían contemplar varias opciones:**
 - **CP con menos de 500 internos:**
 - o Establecer un DM bajo la titularidad de un Farmacéutico, que estaría bajo la responsabilidad del Jefe del SF al que esté vinculado.
 - o Vinculado al SF del CP, del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de su área de referencia o dependiente del SF del Hospital de la Red Sanitaria Pública.
 - o La presencia y actuación profesional de la persona farmacéutica responsable del depósito, exigirá su disponibilidad laboral con una dedicación que en ningún caso será inferior a 10 horas semanales.
 - o El Farmacéutico responsable del DM estará integrado en la plantilla del SF al que esté vinculado. Este Farmacéutico compartirá responsabilidad además con la persona responsable del SF al que esté adscrito el depósito, en relación con las funciones de supervisión y control que le corresponden a dicho SF.
 - **CP con más de 500 internos y menos de 1000:**
 - o Establecer un DM bajo la titularidad de un Farmacéutico, que estaría bajo la responsabilidad del Jefe del SF al que esté vinculado.
 - o Vinculado al SF del CP, del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de su área de referencia o dependiente del SF del Hospital de la Red Sanitaria Pública.
 - o La presencia y actuación profesional de la persona farmacéutica responsable del depósito, exigirá su disponibilidad laboral con una dedicación que en ningún caso será inferior a una jornada 20 horas semanales.
 - o El Farmacéutico responsable del DM estará integrado en la plantilla del SF al que esté vinculado. Este Farmacéutico compartirá responsabilidad además con la persona responsable del SF al que esté adscrito el depósito, en relación con las funciones de supervisión y control que le corresponden a dicho SF.
 - **CP con más de 1000 internos:**
 - o Desvincularlo del CP al que dependen.
 - o Establecer un SF.
 - o El SF estaría bajo la titularidad de un Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria.

CORRESPONDENCIA

Ana Lozano Blázquez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Coroidopatía Serpiginosa Vs Coroidopatía Serpiginosa presuntamente tuberculosa (TBC Serpiginosa-like coroiditis)

JM Antolín-Mugarza, M Alonso-Alcañiz

CP Ocaña I. Servicio Médico. Ocaña. Toledo

Introducción: La coroiditis serpiginosa (CS) es una uveítis posterior bilateral de curso crónico y progresivo, donde se alternan fases activas y fases quiescentes. Generalmente se manifiestan en adultos sanos en forma de fopsias, miodesopsias o disminución de visión. La CS afecta predominantemente al epitelio pigmentario de la retina, la coriocapilar y la coroides. Se inicia generalmente en la región peripapilar, con extensión centrífuga desde la papila adquiriendo un patrón frecuentemente descrito como en serpiente. Estos episodios de inflamación recurrente son causa de una pérdida indolora aunque progresiva de la visión, de forma que resulta esencial identificarlos y tratarlos de forma precoz y agresiva. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la exploración oftalmoscópica aunque, con frecuencia, ésta es insuficiente para determinar la actividad del cuadro y establecer así la actitud terapéutica más adecuada.

En general, se considera que la CS es de causa autoinmune; sin embargo, se han descrito cuadros clínicos similares en relación con microorganismos infecciosos entre los que destaca el *Mycobacterium tuberculosis*. Este tipo de cuadro se denomina coroiditis serpiginosa presuntamente tuberculosa (TB-SLC).

Caso Clínico: Varón de 35 años que acude a consulta por presentar escotoma negativo central en ojo derecho de unos días de evolución. De manera previa presentaba una agudeza visual normal. Refiere que fue tratado de TBC (HRSE) en 2002, discontinuando el tratamiento de forma precoz después de 3-4 meses.

Exploración Física: – BEG.

– ACP: Normal.

– Funduscopia: en OD presenta lesiones grisáceo-amarillentas subretinianas multifocales y lesiones coriorretinianas extensas en polo posterior y cercanas al nervio óptico en diferentes fases de cicatrización.

Pruebas complementarias: – Analítica: QuantiFERON TB +.

– Angiografía con fluoresceína: lesiones hipofluorescentes en tiempos precoces y en tiempos tardíos.

– Rx Tórax: mínimos tractos fibrosos y pequeñas opacidades redondeadas en LSD (granulomas), compatible con lesiones residuales tras TBC.

Diagnóstico: TB-SLC.

Tratamiento: – Cimidón B6 300/50: 1 comp/24h/9m.

– Prednisona 30 mg: 2 comp/24 h.

Evolución: El pronóstico visual en la CS está influido de forma determinante por la tendencia a la recurrencia del proceso inflamatorio y suele ser bastante desfavorable cuando afecta a la mácula.

Conclusiones: La Tuberculosis latente puede asociarse a una infección ocular. La unilateralidad al diagnóstico y un inicio en el área macular son algunos de los signos clínicos que nos deben hacer sospechar en una probable etiología infecciosa. Dada la mala evolución que presenta, resulta esencial identificar y tratar la TB-SLC de forma precoz y agresiva.

Palabras clave: coroiditis serpiginosa; uveítis; tuberculosis.

Un programa de detección y tratamiento con el objetivo de eliminar la hepatitis C en una prisión: The JAILFREE-C study

JR Pallas-Álvarez, C Cobo, N Fontecilla,
A Estébanez-Gallo, S Llerena, J Crespo

Sanidad. El Dueso, Santoña, Cantabria

El Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C en España (2015-16), considera como una prioridad la población penitenciaria infectada. Se ha diseñado un Proyecto en la prisión de El Dueso (Cantabria) para la población de larga estancia.

Objetivos: 1) Elaborar un protocolo sistemático de detección de VHC 2) Evaluar la eficacia y seguridad de un régimen antiviral libre de Interferón, incluyendo el porcentaje de reinfección.

Métodos: El Proyecto fue desarrollado en el primer cuatrimestre del 2016 en tres fases consecutivas: 1) serología viral, PCR y genotipado 2) tratamiento de los infectados por VHC y 3) seguimiento de los pacientes 30 meses. Todos los ingresos son serológicamente analizados en la primera semana y tratados inmediatamente en caso de ser VHC+. Variables a analizar: 1) Variables demográficas, clínicas y virológicas, incluyendo resistencia basal NS5A y un análisis profundo de la complejidad en la secuencia de nucleótidos de la cuasiespecie mediante el uso de una plataforma de pirosecuenciación masiva (454 GS-FLX) 2) Eficacia, seguridad y control de calidad a lo largo del estudio y 3) porcentajes de infección persistente, reinfección y superinfección del VHC.

Resultados: 436 presos han sido incluidos en este estudio. El 98% son varones (edad media 59 años). Setenta pacientes fueron anti-HCV+ (16%), y 52 (74%) fueron RNA-HCV+. Los genotipos fueron GT3 (56%), GT1 (36%), y GT4 (8%). Siete pacientes fueron coinfectados por el VIH (13,4%), y ninguno coinfectado por VHB. La distribución de la fibrosis fue: F0-1 51.9%; F2 11.5%; F3 13.4% y F4 23%. La media de la escala MELD fue 8. Todos los pacientes con viremia han sido tratados con LDV/SOF +/- RBV 12 semanas (49) o 8 semanas (3). Todos presentaron respuesta al final del tratamiento. No fueron informados efectos adversos graves y sin discontinuidad del tratamiento. Tasas NS5A SAR fueron halladas en el 19% de los pacientes, más frecuentes en el genotipo 3 (36%). La diversidad viral de la HVR1 fue alta, independientemente del genotipo-VHC. En el 4º cuatrimestre del 2016 la RVS a la semana 12 estará disponible para todos los internos tratados, incluyendo las principales variables de este estudio a largo plazo.

Conclusiones: En esta prisión la prevalencia de VHC es x15 veces la descrita en la población general, encontrando un diferente perfil de genotipos VHC. Un programa de eliminación de esta naturaleza es concebido como una experiencia piloto que podría aplicarse a otras prisiones.

Palabras clave: VHC; antivirales de acción directa; eliminación viral; prisión.

Fibrosis e Infección por VIH en los presos con hepatitis C crónica ingresados en prisiones de Cataluña. Estudio Gráfico de Geisesp*

F Ruiz-Rodríguez¹, A Marco², P Saiz-de la Hoya³, C Solé⁴,
R Planella⁵, JJ Antón¹, Grupo Gráfico de GeiSESP

¹ CP Albolote. Servicios Médicos. Granada; ² Servicios Sanitarios del CP Model de Barcelona;

³ Fontcalent (Alicante); ⁴ Brians-1 (Barcelona); ⁵ Ponent (Lleida)

Objetivo: Estudiar la fibrosis y las características diferenciales en los presos de Cataluña infectados por VIH con hepatitis crónica C (HcC).

Material y Métodos: Se determinó la fibrosis mediante elastografía de transición (ET) en los internos con HcC de 7 prisiones durante 5 años (01.01.2010-31.12.2014). Se incluyeron casos con IQR <25% e índice de éxitos >75%. Si había varias determinaciones se utilizó la última. Se estudió el grado de fibrosis y las diferencias según infección por VIH. Se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, origen, antecedente UDI, consumo de alcohol, HbsAg, infección VIH, CD4/mm3, TAR, otras hepatopatías, genotipo y grado de fibrosis. Se consideró enfermedad hepática avanzada (EHA) la fibrosis ≥ 3 y riesgo alto de evento hemorrágico por varices esofágicas la ET ≥ 21 Kpa. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la prueba de la χ^2 y el test exacto de Fisher. Para determinar variables predictivas, se realiza un análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística, calculándose el odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se estudiaron 1782 internos, de 41,9 años (rango: 22-68). El 84,6% hombre, el 91,6% español, el 75,1% con antecedente de UDI, el 44,1% con infección VIH y el 91% con TAR. Mediana de CD4/mm3 471, 52,7% genotipo 1 y mediana de ET 9,7 Kpa. El 27,7% presentaba EHA y 380 (13,7%) cirrosis.

Los coinfectados tenían más edad (42,9 Vs. 41,1; $p < 0,001$) y eran más frecuentes en mujeres (53,1% Vs. 43,2%), en españoles (45,8% Vs. 28,5%), en UDI (49,9% Vs. 27,5%), si tenían otra hepatopatía (57,5% Vs. 27,3%), eran HbsAg+ (60,9% Vs. 27,2%), tenían EHA (56,5% Vs. 39,7%) o tenían cirrosis (59,5% Vs. 49,2%). El análisis multivariante confirmó la asociación con: a) ser mujer ($p = 0,013$; OR=1,36, IC= 1,07-1,75); b) ser español ($p < 0,001$; OR: 1,80, IC= 1,33-2,45); c) ser UDI ($p < 0,001$; OR: 2,72, IC= 2,23-3,33); d) tener otra hepatopatía ($p < 0,001$; OR: 2,56, IC=1,74-3,77); e) tener genotipo 1 ($p = 0,003$; OR: 1,62, IC=1,18-2,22); f) tener genotipo 4 ($p < 0,001$; OR: 1,94, IC=1,50-2,52); g) tener EHA ($p < 0,001$; OR: 1,62 (1,29-2,03); y h) tener cirrosis ($p = 0,026$; OR: 1,40, IC= 1,04-1,88).

Discusión: Se recomienda estudiar a los presos con HcC y detectar a los coinfectados (de más edad, y más frecuentemente mujeres, españoles, UDI y con otras hepatopatías) ya que éstos presentan más EHA y más cirrosis y, por tanto, en algunos casos puede ser prioritaria la intervención.

Grupo Investigador Gráfico: Alía C (CP Navalcarnero, Madrid), Almada G (CP Brians1, Barcelona), Campo E, CP Puerto-3, Cádiz), da Silva A (CP Quatre Camins, Barcelona), de Juan J (CP Córdoba), Domenech N (CP Brians 1, Barcelona), Faraco I (CP Sevilla), Ferrer V (CP Ourense), Gallego C (CP Quatre Camins, Barcelona), Guerrero RA (Programa Penitenciario ICS-Cataluña), Herrera FJ (CP Albolote, Granada), Herrero A (CP Albolocaser, Castellón), Hoyos C (CP Cáceres), Jiménez R (CP Sevilla), López-Burgos A (CP Sevilla), Mora A (CP Villena, Alicante), Pozo E (CP Villabona, Asturias), Quiñonero JT (CP Murcia), Ruíz A (CP Brians-2, Barcelona), Sarriera C (CP Homes, Barcelona), Sastre A (CP Brians-2, Barcelona), Texidó N (CP Brians-1), Touzón C (CP Lledoners, Barcelona), Valls I (CP Homes, Barcelona).

Palabras clave: Prisión; Hepatitis C; VIH; Fibrosis.

* Aunque se disponía de datos por ser práctica clínica habitual, la Administración Penitenciaria del Ministerio del Interior no autorizó en los internos ingresados en sus prisiones el análisis del estudio Gráfico. Por este motivo, sólo se presentan resultados de reclusos de Cataluña.

Grado de fibrosis y factores predictivos de Enfermedad Hepática avanzada en los reclusos de Cataluña con hepatitis C crónica. Subanálisis del estudio Gráfico de GeiSESP*

F Ruiz Rodríguez¹, A Marco², P Saiz-de la Hoya³, A Herrero⁴, JJ Anton¹, I Faraco⁵, Grupo Gráfico de GeiSESP

¹ CP Albolote. Servicios Médicos. ² Granada Servicios Sanitarios del CP Model de Barcelona;

³ Fontcalent (Alicante); ⁴ Albocaser (Castellón); ⁵ Sevilla

Objetivo: Estudiar la fibrosis en los presos de Cataluña con hepatitis C crónica (HcC).

Material y Métodos: Se determinó la fibrosis mediante elastografía de transición (ET) en los internos con HcC de 7 prisiones durante 5 años (01.01.2010-31.12.2014). Se incluyeron casos con IQR <25% e índice de éxitos >75%. Si había varias determinaciones se utilizó la última. Se estudió: edad, sexo, origen, antecedente UDI, consumo de alcohol, HbsAg, infección VIH, CD4/mm³, TAR, otras hepatopatías, genotipo y grado de fibrosis. Se consideró enfermedad hepática avanzada (EHA) la fibrosis ≥ 3 y riesgo alto de evento hemorrágico por varices esofágicas la ET ≥ 21 Kpa. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la prueba de la χ^2 y el test exacto de Fisher. Para determinar variables predictivas, se realiza un análisis bivalente y multivalente mediante regresión logística, calculándose el odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se estudiaron 1782 internos, de 41,9 años (rango: 22-68). El 84,6% era hombre, el 91,6% español, el 75,1% con antecedente de UDI, el 44,1% infectado por VIH y el 91% con TAR. La mediana de CD4/mm³ era 471. El 52,7% tenía genotipo 1 y el 19,7% genotipo 3. La mediana de ET fue 9,7 Kpa (rango: 4,3-72). El 27,7% presentaba EHA y 380 (13,7%) cirrosis. De ellos, 225 (59,2% de los cirróticos y 8,1% del total) con riesgo de eventos hemorrágicos.

Los casos con EHA tenían más edad (media 44,4 años Vs. 40,9; $p < 0,001$). La EHA se asoció: a) a ser varón (28,3% Vs. 23%), b) ser español (28,6% Vs 18,3%), c) ser UDI (29,9% Vs. 21,2%), d) tener otra hepatopatía (37% Vs 23,7%), e) tener infección VIH (35,3% Vs 21,7%), f) tener HbsAg+ (41,3% Vs. 25,7%) y g) tener genotipo 3 (33,9% Vs 26,1%). El análisis multivalente confirmó la asociación de EHA con: a) ser varón ($p = 0,003$; OR=1,54, IC= 1,16-2,04); b) ser UDI ($p < 0,001$; OR= 1,52, IC: 1,22-1,90); c) tener infección VIH ($p < 0,001$; OR= 1,85, IC: 1,56-2,19); d) presentar otra hepatopatía ($p = 0,003$; OR=1,79, IC=1,23-2,62); y e) tener genotipo 3 ($p < 0,001$; OR: 1,52, IC= 1,24-1,87)).

Discusión: La fibrosis es el mejor factor pronóstico de progresión de la enfermedad. Más de un cuarto de los presos (preferentemente los varones, españoles, con genotipo 3, coinfectados por VIH o con otras hepatopatías) presentan EHA. Se recomienda identificar a los infectados, estudiarlos e iniciar tratamiento para evitar la progresión por una infección generalmente eliminable.

Grupo Gráfico: Alía C (CP Navalcarnero, Madrid), Almada G (CP Brians1, Barcelona), Campo E, CP Puerto-3, Cádiz), da Silva A (CP Quatre Camins, Barcelona), de Juan J (CP Córdoba), Domenech N (CP Brians 1, Barcelona), Ferrer V (CP Ourense), Gallego C (CP Quatre Camins, Barcelona), Guerrero RA (Programa Penitenciario ICS-Cataluña), Herrera FJ (CP Albolote, Granada), Hoyos C (CP Cáceres), Jiménez R (CP Sevilla), López-Burgos A (CP Sevilla), Mora A (CP Villena, Alicante), Planella R (CP Ponent, Lleida), Pozo E (CP Villabona, Asturias), Quiñonero JT (CP Murcia), Ruíz A (CP Brians-2, Barcelona), Sarriera C (CP Homes, Barcelona), Sastre A (CP Brians-2, Barcelona), Solé C (CP Brians-1, Barcelona), Texidó N (CP Brians-1), Touzón C (CP Lledoners, Barcelona), Valls I (CP Homes, Barcelona).

Palabras clave: prisión; hepatitis C; fibrosis; enfermedad hepática avanzada.

* Aunque se disponía de datos por ser práctica clínica habitual, la Administración Penitenciaria del Ministerio del Interior no autorizó en los internos ingresados en sus prisiones el análisis del estudio Gráfico. Por este motivo, sólo se presentan resultados de reclusos de Cataluña.

Eficacia, seguridad y discontinuación del tratamiento de la Hepatitis C Crónica con antivirales de acción directa en las prisiones de Cataluña

C Touzón-López¹, C Solé², A da Silva³, R Planella⁴, A Sastre⁵, N Teixidó⁶, C Sarriera⁷, C Gallego³, G Almada⁶, L Rodríguez¹, I Valls⁷, A Ruiz⁵, J García-Vidal⁷, M Espinosa⁸, RA Guerrero⁸, A Marco⁷

¹ EAPP Lledoners. Serveis Mèdics. Barcelona;

² Puig de les Basses (Girona);

⁴ Ponent (Lleida);

Brians 16 y 25 (Barcelona);

⁷ Model de Barcelona;

⁸ Programa Penitenciario y Farmacia del Institut Català de la Salut

Objetivo: Se analizar la eficacia, seguridad y discontinuación del uso de AAD en práctica clínica en las prisiones de Cataluña.

Métodos: Se recogen los tratamientos con AAD iniciados entre el 01.10.2014 y el 30.04.2016. Se estudian las variables: edad, sexo, antecedente de uso de drogas intravenosas (UDI), RNA viral, genotipo, grado de fibrosis, infección por el VIH, retratamiento, uso de combinaciones sin interferon pegilado (pegINF), tiempo de tratamiento, discontinuación, causa de discontinuación y respuesta viral sostenida-(RVS) a las 12 semanas post-tratamiento. Cierre del estudio: 31.05.2016. El análisis se realizó por intención de tratar (ITT) y por tratamiento realizado (TR). Los datos descriptivos se expresan en números absolutos, porcentajes, medias y desviación estándar. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se prescribieron 207 tratamientos, 18 (8,7%, todos antes de marzo 2015) con pegINF y 189 sin pegINF. Edad media: 45,5 \pm 6,9 años. Características descriptivas: 97,6% hombre, 79,9% con antecedente UDI, 49,3% infectado por VIH, 73,9% con fibrosis ≥ 3 y 38,6% cirróticos. El 62,3% con genotipo 1 (75,8% 1a) y 19,3% genotipo 3. Se prescribió 12 semanas de tratamiento en el 78,3%. Se utilizó ribavirina en el 58,8% de los cirróticos, aunque su uso fue decreciente en el tiempo (100% en 2014, 61,5% en 2015 y 45,4% en 2016; $p < 0,001$). Hubo 8 (4,5%) discontinuaciones, 5 por excarcelación. Sólo 1 discontinuó por efectos adversos. Hubo RVS en el 91,1% por IT (123/135) y el 94,6% por TR. En 7 no hubo RVS (5,2%) y en 5 (3,7%) no pudo comprobarse ya que fueron excarcelados antes de finalizar el tratamiento o del análisis de RVS. No hubo diferencias estadísticamente significativas en tasa de RVS según edad, sexo, grado de fibrosis, retratamiento, año de inicio uso de RBV o tiempo de tratamiento. Hubo más fracasos en los casos con genotipo 3 (12% Vs. 4,1% en otros) pero sin diferencias significativas ($p=0,18$).

Discusión: Los presos tratados en prisiones de Cataluña con AAD presentan una tasa de RVS alta, similar a la obtenida fuera de prisión. Hay pocas discontinuaciones de tratamiento, pero podrían reducirse más si se utilizan siempre que sea posible pautas cortas y se implementa una buena coordinación intra-extrapenitenciaria para garantizar la continuidad del tratamiento.

Palabras clave: hepatitis C; tratamiento; AAD; prisión.

Interrupción del tratamiento de la hepatitis C crónica con antivirales de acción directa por causas de origen penitenciario en las prisiones de Cataluña

A Marco-Mouriño¹, M Espinosa², M Jordà³, E Amado², A Troncoso², E Turu⁴,
Grupo para el tratamiento de la Hepatitis C Crónica en prisiones de Cataluña*

¹ EAPP Model. Programa VIH y Hepatitis Víricas. Barcelona;

² Servicio de Farmacia de l'Institut Català de la Salut (ICS);

³ Servicio Farmacia de la Model;

⁴ Programa Penitenciario de l'ICS

**Grupo para el tratamiento de la Hepatitis C Crónica en prisiones de Cataluña:* Almada G (EAPP Brians-1), da Silva A (EAPP Quatre Camins), Domenech N (EAPP Brians-1), Gallego C (EAPP Quatre Camins), García-Vidal J (EAPP Model), Guerrero RA (Programa Penitenciari, ICS), Planella R (EAPP, Ponent), Sarriera C (EAPP Model), Sastre A (EAPP Brians-2), Solé C (EAPP Puig de les Basses), Ruiz A (EAPP Brians-2), Teixidó N (EAPP Brians-1), Touzón C (EAPP Lledoners), Valls I (EAPP Model)

Objetivo: Analizar la tasa de interrupción del tratamiento de la hepatitis C crónica (HcC) con antivirales de acción directa (AAD) por causa penitenciaria (ingreso en prisión, traslado entre prisiones o excarcelación).

Métodos: Se analizan los tratamientos con AAD realizados en presos de Cataluña en el periodo 01.10.2014-30.04.2016. Se comprobó si el tratamiento se inició fuera de prisión o durante el internamiento y si hubo discontinuidad asistencial en caso de ingreso en prisión, traslado entre prisiones o excarcelación. Se analizan las variables edad, sexo, origen, UDI, infección por VIH, genotipo, grado de fibrosis, tipo de combinación, tiempo de tratamiento y respuesta viral sostenida (RVS). Los datos descriptivos se expresan en números absolutos, porcentajes, medias y desviación estándar. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se trataron 212 pacientes (207 iniciados en prisión y 5 iniciados extrapenitenciariamente, pero que fueron encarcelados antes de finalizar el tratamiento). El 78,8% (n= 167) mantenía pautas \leq 12 semanas.

Hubo 8 discontinuaciones (3 por excarcelación, 2 por diagnóstico de otra enfermedad, 1 por abandono, 1 por efectos adversos y 1 por éxitus). La tasa de discontinuación por cualquier causa fue del 3,8% y hubo además 2 casos (0,9%) en que se finalizó el tratamiento, pero el interno fue excarcelado antes de poder comprobar si había RVS.

Los 5 pacientes que estaban en tratamiento al ingresar en prisión lo continuaron. No hubo tampoco interrupción de tratamiento por traslado entre prisiones. Sin embargo hubo 3 discontinuaciones por excarcelación y sólo en 1 caso se pudo comprobar la continuidad del tratamiento y que obtuvo RVS. Ninguna de las variables analizadas se asoció significativamente a la discontinuación del tratamiento.

Conclusión: Con el uso de AAD la discontinuación del tratamiento en presos es baja porque generalmente el tratamiento es de corta duración. La continuidad terapéutica no se altera cuando el paciente ingresa en prisión en tratamiento o es trasladado entre prisiones de Cataluña. Sin embargo debe mejorarse la coordinación intra-extrapenitenciaria para garantizar la continuidad terapéutica en caso de excarcelación.

Palabras clave: hepatitis C; tratamiento; AAD; prisiones.

Demora diagnóstica y en la curación de un caso de TB en prisión

JM Antolín, M Alonso-Alcañiz

CP Ocaña 1. Servicio Médico. Ocaña, Toledo

Introducción: La TB es, posiblemente, el problema de salud pública más relevante en prisión, no sólo por su alta incidencia, sino porque es, tal vez, la única enfermedad para la que el hecho de estar en prisión constituye, por sí mismo, un factor de riesgo¹.

Caso Clínico:

– Octubre-15. Varón de 38 años que ingresa en nuestro centro proveniente de otro CP. Consulta de ingreso: BEG, sin patologías de interés, salvo “algún resfriado últimamente”. No Tto. PPD previo negativo. Durante el primer mes acude de manera puntual a consulta a demanda solicitando anticatarrales.

– Noviembre-15: acude a consulta preocupado porque lleva “bastante tiempo resfriado”. EF: REG con febrícula; AP: MVC, roncus aislados. Resto: normal. Se solicita: analítica de control (SS+BQ normal y Serología negativa); Rx Tórax (¡se traspapela la petición vía Fax por mala coordinación entre CP y SESCAM!); PPD positivo (18 mm). Seguimiento Clínico: el paciente no volvió a consulta!!

– Enero-16: se reclama Rx Tórax.

– Febrero-16: Rx Tórax: sospecha de TB (demora diagnóstica). Consulta Programada: Anamnesis y EF: REG, inquieto, febril, taquipneico, disminución de peso y posible expectoración hemoptoica. TA: 90/50. AP: MVC con roncus en ambas bases. Plan Terapéutico: Aislamiento Respiratorio (AR); analítica (SS+BQ), agudeza visual, BK con C y antibiograma frente a HRZE (pre-Tto); TDO: 2 HRZE y 4 HR; 3 BK seriadas semanales a partir de la segunda semana del Tto.; EDO y Declaración individual; ECC (2 con AR, asintomáticos, con BK y C negativos. No casos secundarios).

– Marzo-16: BEG. BK positivas. Aumento de Transaminasas (x3).

– Abril y mayo-16: BEG. BK positivas. Plan: IC Especialista; Rx Tórax (buena evolución); mantener AR y Tto (HRZE); 3 Bk seriadas semanales con C y nuevo Antibiograma.

– Junio-16: 3 Bk seriadas negativas. Plan: ¿levantar AR?; nueva serie de BK con resultado + (¿escape bacilífero? ¿bacilos muertos?); mantener AR y Tto (HRZE).

– Julio-16: 3 Bk seriadas negativas durante 2 semanas. Plan: levantar AR; Tto (4 HR).

Conclusiones:

– La TB es principal problema de Salud Pública en las prisiones.

– Se debe evitar la demora diagnóstica: “Todo proceso respiratorio prolongado en el tiempo es TB hasta que no se demuestre lo contrario”.

– Se debe mantener el AR y el tratamiento de inicio hasta negativizar las BK seriadas con el objetivo de disminuir la Transmisión de la TB dentro de las prisiones.

– La transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las CCAAs facilitaría la coordinación.

Palabras clave: tuberculosis; prisiones; control; transferencias.

Analisis de hepatitis C en un centro penitenciario

M Alonso-Alcañiz, JA Malaga-Gil, B Lizcano-Molina,
L Piñel-Perez, M Ramos-García, M López-Fernández

CP Ocaña 1. Servicio Médico. Ocaña, Toledo

Objetivo: Analizar la situación actual de nuestros pacientes VHC positivos

Métodos: Estudio descriptivo transversal a 7 de junio de 2016, revisando manualmente las Historias Clínicas de los internos del centro (446 hombres).

Resultados: Un 14,6% de nuestros internos presentan VHC positivo, 21,3% de éstos coinfectados por VHI. 25% de los VHC positivo recibieron tratamiento con interferón pegilado y ribavirina, de los cuales el 43,7% presentaron fracaso terapéutico y el 56,3% restante mantienen carga viral indetectable.

Al 37,5% de pacientes con VHC positivo se les ha realizado una elastografía hepática para valorar el grado de fibrosis, de forma que el 58,2% de estos pacientes presentan un estadio F0-F1 y el 29,3% se clasifican como F3-F4.

Conclusión: La transmisión más común del VHC es la práctica de inyección poco seguras, la esterilización inapropiada de equipo médico en algunos entornos de atención sanitaria, la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar, las relaciones sexuales sin protección o la transmisión materno-fetal.

Según datos de la OMS, en todo el mundo hay 130-150 millones de personas infectadas con el VHC.

En el 10%-30% de las infecciones agudas, el virus desaparece espontáneamente sin tratamiento, dejando de ser detectable en sangre, mientras que el 70%-90% acaba padeciendo una hepatitis C crónica.

La cirrosis aparece hasta en el 20% de las hepatitis C crónica y suele tardar 20-30 años en desarrollarse.

Además, el 1%-5% de las personas con hepatitis C crónica acaba padeciendo hepatocarcinoma.

En Instituciones Penitenciarias la evolución de la prevalencia tanto de VIH como de VHC ha sido claramente descendente desde los años noventa hasta la actualidad.

El interferón inyectable de los tratamientos del VHC tiene duración prolongada, efectos adversos graves y supone una incomodidad tener que pincharse semanalmente.

Todo esto hace que el cumplimiento terapéutico sea bajo y no se alcance la curación por falta de adherencia al mismo.

Además el 50% de pacientes no son aptos para tratamiento con interferón.

Los nuevos fármacos antivirales pretenden conseguir una respuesta viral sostenida, lo que es equivalente a curación; esto cambia radicalmente la historia natural de la enfermedad, ya que en la mayoría de los pacientes se detiene la progresión de la fibrosis, revirtiendo en muchos de ellos y se reduce la incidencia de complicaciones hepáticas, disminuyendo también la morbimortalidad asociada a complicaciones extrahepáticas de la infección por VHC.

En nuestro caso, un 29,3% de internos con VHC serían candidatos a recibir tratamiento antiviral.

Palabras clave: VHC; interferon; tratamiento antiviral; elastografía hepática.

Teleconsultas en prisión utilizando la infraestructura de la Red SARA, un proyecto hecho realidad.

M Mateo-Soler, C Cobo, AM López, J Pallas, J Crespo, S Llerena, A Cuadrado

Centro Penitenciario “El Dueso”. Servicio Médico. Cantabria

Objetivos. Gracias a un programa de teleconsultas entre la prisión de El Dueso, situada en el norte de España y el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (HUMV) se ha realizado el seguimiento clínico de los pacientes infectados por VHC que han iniciado terapia antiviral.

Métodos: En el 1T de 2016 se estableció un sistema de teleconsultas entre el HUMV y la prisión de El Dueso mediante la herramienta de videocolaboración “Reúnete Red SARA”, a disposición de todas las administraciones públicas de España. El sistema emplea comunicaciones cifradas compatibles con la LOPD, utilizando los recursos públicos existentes.

Las teleconsultas se realizaron utilizando las mismas normas y métodos que las consultas presenciales y se solicitó a los pacientes consentimiento informado por escrito antes de la primera consulta.

Al finalizar cada teleconsulta se ha entregado al paciente un cuestionario de satisfacción autoadministrado y anónimo, compuesto por 11 preguntas a responder mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo).

Las preguntas formuladas fueron: 1. Pude ver bien al especialista a través de la pantalla; 2. Pude escuchar bien al especialista a través de los altavoces; 3. El especialista me pudo escuchar a mi sin problemas; 4. Me sentí cómodo hablando con el especialista a través de la pantalla; 5. Al iniciar la consulta no estaba más nervioso de lo habitual; 6. Durante la consulta estuve tranquilo; 7. Pude explicar lo que quería al especialista; 8. Entendí las indicaciones que me dio el especialista; 9. Estoy conforme con la puntualidad de la consulta; 10. Se respetó mi intimidad y confidencialidad en la consulta; 11. En general, estoy satisfecho con el servicio recibido.

Resultados: Se presentan los resultados de las 100 primeras encuestas de satisfacción, analizando por separado las sumas de las puntuaciones dadas a cada pregunta por todos los encuestados. Puntuación de cada pregunta: máximo 500 puntos. , mínimo 100 puntos.

Todas las preguntas obtuvieron una puntuación igual o superior a 420 puntos, excepto la nº 5 (397 puntos), lo que indica un alto nivel de satisfacción con el servicio de teleconsulta percibido por los pacientes.

Conclusiones: La teleconsulta es una modalidad de telemedicina bien aceptada por los pacientes que se encuentran en prisión y su empleo para seguimiento clínico de los tratamientos de la infección VHC puede extenderse a otros centros penitenciarios.

Palabras clave: teleconsultas; Red SARA; prisión; VHC.

Efectividad y seguridad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) y su impacto en la rigidez hepática en pacientes con hepatitis crónica VHC. Experiencia en un Centro Penitenciario

G Jiménez-Galán¹, C Alía¹, C Fernández², M Velasco³, E Pérez⁴, L Montero⁴

¹ Servicio Médico C.P. Madrid IV-Navalcarnero

² Servicio de Digestivo del H.U.F.Alcorcón

³ Servicio de Medicina Interna/Infecciosas del H.U.F.Alcorcón

⁴ Unidad de investigación del H.U.F.Alcorcón

Objetivo: Analizar las tasas de respuesta virológica sostenida de semana 12 post-tratamiento (RVS12) y de efectos adversos graves, así como describir las características basales de los pacientes que han iniciado tratamiento del VHC con AAD.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional a partir del registro de tratamiento de hepatitis C del centro penitenciario (C.P.). Se analizó una cohorte de 50 varones que iniciaron tratamiento con AAD entre el 03/02/2015 y el 30/06/2016. Las variables estudiadas son: genotipo (G), carga viral, coinfección por VIH, tipo y duración del tratamiento, tasas de respuesta viral sostenida de semana+12 (RVS12), el grado de fibrosis basal y al final de tratamiento (elastografía de transición; Fibroscan) ..

Resultados: Edad media 47,8 años. Mono infectados 64% y coinfectados 36%. Genotipo G1a 24 pacientes (48%) con 10 coinfectados, G3 14 (28%) con 2 coinfectados, G1b 7 (14%) con 4 coinfectados y G4 5 (10%) con 2 coinfectados. Los genotipos 1a y 1b agrupan el 78% de los 18 coinfectados. Recibieron tratamiento con Sobosbuvir+Ledipasvir (SOF+LDV) 38 pacientes (76%), 28 con y 10 sin RBV. Siete recibieron paritaprevir/ritonavir+Ombitasvir+Dasabuvir+RBV. La duración del tratamiento fue de 24 semanas en el 40% de 12 semanas en el 58% y de 8S en el 2% .

La tasa de RVS12 fue del 92% (23/25). El tratamiento fue bien tolerado, se produjo un abandono voluntario en la S5 por motivos ajenos al tratamiento. Se produjeron dos fracasos virológicos: un cirrótico compensado, F4 (30,7KPa), coinfectado, genotipo 1a, tratado 12S con SOF+LDV; y un cirrótico descompensado, F4 (74KPa), mono infectado, genotipo 1b, tratado con SOF+LDV 24S.

Se dispone de resultados de rigidez hepática al finalizar tratamiento en 32 pacientes. No se observó variación con respecto a valores basales en 22 casos y en 10 casos la rigidez hepática disminuyó ($p<0,05$). En estos 32 pacientes, la mediana basal de rigidez hepática se redujo de 17,4KPa (11,1-35,7) a 14 KPa (8,7-28,5); $p<0,001$.

Conclusiones: – El manejo del tratamiento con AAD en el C.P resultó seguro y efectivo y los resultados de RVS12 son semejantes a los registrados en la comunidad de Madrid, a pesar de tener una mayor frecuencia de pacientes con GTPs 1a y 3 y fibrosis muy altas

– Se observó una disminución significativa de la fibrosis tras el tratamiento.

Palabras clave: VHC; antivirales; elastografía; prisiones.

Prevalencia de comorbilidades en pacientes infectados por el VHC con antecedentes de drogadicción. Diferencias en el medio penitenciario entre coinfectados y no coinfectados por el VIH

C Mínguez-Gallego¹, EJ Vera-Remartínez¹,
M Serrano Balaguer², A Herrero Matías²

¹ Centro Penitenciario Castellón-I. Servicios Médicos. Albocácer. Castellón

² Centro Penitenciario Castellón-II. Servicios Médicos. Albocácer. Castellón

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de infección por el VHC y/o el VIH en el medio penitenciario es muy elevada, generalmente en relación al consumo previo de drogas intravenosas (UDI). Otras patologías han sido asociadas a estas prácticas de riesgo pudiendo deteriorar la evolución de su patología de base o complicar su tratamiento. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de patologías crónicas concomitantes en pacientes con antecedentes de UDI e infección por el VHC, con o sin coinfección por el VIH, y analizar las diferencias entre estos dos grupos.

Método: estudio retrospectivo de corte transversal. Se revisaron las historias médicas penitenciarias de todos los internos con antecedentes de UDI y serología positiva para el VHC que acudieron a consulta entre diciembre de 2015 y mayo de 2016 para control de su enfermedad. Se incluyeron en el estudio a todos los coinfectados por el VIH-1, y un número similar de pacientes mono infectados por el VHC seleccionados aleatoriamente (orden alfabético). Se recogieron datos relacionados con la presencia de otras enfermedades crónicas o factores de riesgo. Se realizó un análisis descriptivo de las variables (comparando los resultados de los VIH+ con los que no lo eran). Sólo se consideró la infección por VHC como comorbilidad cuando existía viremia. La infección por VIH no se incluyó como comorbilidad.

Resultados: se incluyeron 179 varones con una edad media de 43,5 años (IC95%: 42,5-44,5), 49,2% coinfectados por el VIH-1. Los pacientes sin coinfección presentaron una media de 2,2 comorbilidades/paciente frente a 2,7 en los coinfectados ($p=0,014$). No hubo diferencias en la media de comorbilidades psiquiátricas entre mono y coinfectados (0,8 vs 0,9; $p=ns$), pero con más comorbilidades médicas en estos últimos (1,8 vs 1,4; $p=0,036$). La patología más prevalente fue la infección activa por el VHC (68,1% en mono infectados vs 59,1% en coinfectados; $p=ns$), en segundo lugar entre los coinfectados el trastorno de personalidad (44,3% vs 29,7% en los mono infectados; $p=0,042$), y entre los mono infectados el trastorno ansioso-depresivo (38,5%, vs 29,5% en los coinfectados; $p=ns$). Entre las patologías médicas la dislipemia fue la más prevalente en los coinfectados (31,8%), y las alteraciones gastrointestinales entre los mono infectados (15,4%).

Conclusiones: los internos con serología positiva para el VHC y antecedentes de UDI, tenían de media al menos 2 patologías crónicas. En coinfectados esta media se acercaba a 3 comorbilidades. Aisladamente los trastornos psiquiátricos fueron más prevalentes, pero en conjunto los internos presentaban mayor número de patologías médicas.

Palabras clave: VIH; VHC; comorbilidades; prevalencia.

Obstáculos para iniciar tratamiento del VHC en una cohorte de pacientes presos coinfectados por VIH Y VHC

P Fernández-Montesinos-Aniorte, J Tomás-Quionero, FJ Ferrer-del Pino,
L Menéndez, H Albendín-Iglesias, C Galera-Peñaranda

Centros Penitenciarios Murcia I y II. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Objetivo: Analizar las causas que impiden iniciar tratamiento frente al VHC con los nuevos antivirales de acción directa en pacientes coinfectados, valorados en una Unidad Hospitalaria de VIH/VHC, referencia para la población reclusa de la Región de Murcia.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo desde el 1-1-2015 hasta el 15-7-2016, en la Unidad VIH/VHC del HUV Arrixaca de Murcia. Análisis retrospectivo de las causas para diferir el tratamiento frente al VHC, considerando variables demográficas (sexo, edad, raza, nacionalidad), clínico-epidemiológicas (genotipo VHC, fibrosis y TAR al evaluar/indicar tratamiento del VHC), y temporales (fecha de indicación e inicio del tratamiento y diferencia entre ambas).

Resultados: Se valoraron 42 pacientes, todos caucásicos y españoles excepto un varón senegalés de raza negra. 40 fueron varones, edad media 45 años, 15 con criterios de SIDA. Respecto al VHC 36 pacientes eran naive al tratamiento del VHC, 4 de los cuales tenían infección no replicativa, y 6 pacientes habían sido tratados previamente (3 con RVS). De los 35 pacientes susceptibles de tratamiento, 19 (49%) tenían genotipo 1, 1 (3%) genotipo 2, 9 (26%) genotipo 3, 5 (14%) genotipo 4 y 1 coinfectado por genotipos 1a y 4. Respecto al grado de fibrosis: 8 (24%) F0-1, 11 (31%) F2, 9 (26%) F3, 3 (9%) F4 y 4 (11%) pendientes de estudio.

Se inició tratamiento en 18 pacientes (51%) con demora media de 202 días (152 días con 1 motivo para diferirlo y 323 con 2 o más), y 17 no han iniciado el tratamiento a fecha de cierre de estudio, con 406 días de demora media (223 días con 1 motivo y 386 días con 2 o más) Las causas de demora para iniciar tratamiento fueron: presencia de enfermedad grave activa (7 pacientes), 12 estaban pendientes de completar pruebas, necesidad de cambiar TAR: 14, mal control de la infección por VIH: 3, errores administrativos: 3, proyecto de libertad/traslado próximo: 6. Tras completar estudio, 8 de los no tratados tenían fibrosis F0-1, por lo que se pospuso el inicio de tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento de la infección por VHC en pacientes coinfectados presos constituye una prioridad. Hemos indicado e iniciado tratamiento al 51% de los pacientes coinfectados remitidos desde las dos prisiones de la Región de Murcia. Las principales causas para no iniciar tratamiento fueron: bajo grado de fibrosis, demora en la realización de pruebas y necesidad de iniciar/modificar TAR. La mayoría de los pacientes deseaban ser tratados.

Palabras clave: VHC; VIH; coinfección; presos.

Tratamiento del VHC en una cohorte de pacientes presos coinfectados VIH/VHC. Seguimiento conjunto por una unidad hospitalaria y los médicos de instituciones penitenciarias

P Fernández-Montesinos-Aniorte, JT Quiñonero, P Romero, FJ Ferrer, H Albendín-Iglesias, C Galera-Peñaranda

Centros Penitenciarios Murcia I y II. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Objetivo: Analizar las características de los pacientes presos coinfectados por VHC/VIH que han recibido tratamiento con los nuevos AAD y seguimiento conjunto por una Unidad Hospitalaria de referencia y un Médico de Instituciones Penitenciarias.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes presos coinfectados VHC/VIH, que recibieron indicación de tratamiento para la infección por VHC, entre mayo de 2015 y julio de 2016, en la Unidad VIH/VHC del HUV Arrixaca.

La indicación del tratamiento era consensuada entre los médicos de la Unidad y de la prisión. La medicación, recogida en la farmacia hospitalaria, se administraba en la prisión, supervisado por su médico, con el apoyo de la Unidad hospitalaria para estudios diagnósticos y resolución de incidencias.

Resultados: Se valoraron 42 pacientes, 35 con hepatitis C replicativa y se inició tratamiento en 18 (51%): 17 varones, edad media 44 años, 5 con criterios de SIDA.

Con respecto a la infección por VHC, 16 pacientes eran naïve, 1 respondedor parcial y 1 intolerante al tratamiento previo. 9 (50%) tenían genotipo 1, 5 (27.7%) genotipo 3, 3 (16.7%) genotipo 4 y 1 coinfectado por genotipos 1a y 4. Se trató a 1 paciente F0-1 de Metavir, 6 F2, 8 F3, 2 F4 y 1 paciente con cirrosis clínica estadio B de Child-Pugh.

Los regímenes de tratamiento fueron de 12 semanas menos uno, de 24 semanas. Fueron: ledipasvir/sofosbuvir a 12 pacientes (9 genotipo 1, 2 genotipo 4 y 1 coinfectado por 1a-4); daclatasvir/sofosbuvir a 5 (todos genotipo 3); ombitasvir/paritaprevir/ritonavir a 1 con genotipo 4. Se asoció ribavirina a 5. A fecha de cierre del estudio, 9 pacientes finalizaron tratamiento, todos con CV indetectable. Hubo una pérdida de seguimiento de un paciente, tras quedar en libertad. Los únicos efectos secundarios referidos, en pacientes con rivabirina fueron astenia y anemia leves. Precisarón cambio de TAR por interacciones farmacológicas 8 pacientes (44%) y se administró tratamiento frente al VHC a un paciente controlador de élite sin TAR. No hubo modificaciones significativas de la CV del VIH ni de la cifra de CD4 entre inicio y final del tratamiento del VHC.

Conclusiones: La tolerancia al tratamiento del VHC con los nuevos AAD y los datos iniciales de respuesta en los pacientes coinfectados son similares a los obtenidos en los ensayos clínicos. El seguimiento conjunto por médicos de la unidad hospitalaria y de la prisión ha sido satisfactorio, con un correcto seguimiento y con una sola pérdida de seguimiento.

Palabras clave: VHC; VIH; coinfección; presos.

Eficacia de las terapias libres de interferón frente al VHC en el medio penitenciario

C Mínguez-Gallego, V Jorge-Vidal¹, M Serrano-Balaguer¹,
EJ Vera-Remartínez², A Herrero-Matías¹, J García-Guerrero²

¹ Centro Penitenciario Castellón-II. Servicios Médicos. Albocàsser, Castellón

² Centro Penitenciario Castellón-I. Servicios Médicos. Albocàsser, Castellón

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento de la infección crónica por el VHC en el medio penitenciario está considerada como una prioridad en todas las recomendaciones internacionales. Pese a ello, por motivos ajenos a la práctica clínica, sólo recientemente se han beneficiado de las nuevas combinaciones de antivirales de acción directa (AAD). El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia en prisiones del tratamiento sin interferón del VHC.

Método: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron en el estudio a todos los internos de dos centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana, infectados por el VHC, y tratados con combinaciones de AAD sin interferón durante el año 2015 y enero de 2016. La información del estudio procedió de las historias médicas de los pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de la eficacia según los datos basales de los pacientes tratados, y finalmente se compararon los resultados de los pacientes coinfectados por el VIH con los que no lo estaban.

Resultados: Durante el tiempo analizado 40 pacientes recibieron el tratamiento en estudio. Todos eran varones, con una media de edad de 46,2 años, y el 47,5% coinfectados por el VIH. El 35% tenía una fibrosis leve moderada (F1/F2), un 25% una fibrosis avanzada (F3), y el 40% eran cirróticos (F4). La mayoría (82,5%) estaban infectados por el genotipo (G) 1 – 1a (67,5%), 1b (10%); 1 (5%)—, únicamente el 12,5% lo estaba por el G-3, y el 5% por el G-4. El 55% nunca había recibido tratamiento previo frente al VHC. Sofosbuvir/ledipasvir fue la combinación más utilizada (75%), seguida de sofosbuvir con daclatavir (12,5%). Sólo 2 pacientes se trataron durante 24 semanas, y al 30% se le asoció ribavirina. Ningún paciente tuvo que abandonar el tratamiento. Hubo 2 fracasos virológicos, y en 4 casos se perdió el seguimiento. Por intención de tratar el 85% consiguió una respuesta viral sostenida (RVS). La pérdida de seguimiento fue más frecuente en los infectados por el VIH, pero la eficacia entre los que se conoció el desenlace fue la misma que en los mono infectados (93,7% vs 95%). Todos los pacientes con F3 o F4 consiguieron RVS, y no hubo diferencias según hubieran o no fracasado a tratamientos previos.

Conclusiones: En el medio penitenciario la eficacia de las pautas libres de interferón es similar a la de la población general. Las pérdidas de seguimiento por traslado o puesta en libertad reduce las tasas de éxito en el análisis por intención de tratar.

Palabras clave: centros penitenciarios; VHC; antivirales de acción directa; coinfección.

Riesgo cardiovascular en infectados por el VIH en una prisión

F Ruiz-Rodríguez, JA Cabrerizo, A Rodríguez-Martínez,
JJ Antón, FJ Herrera, JA Arance

C.P. Albolote. Servicio Médico. Albolote, Granada

Objetivo: Conocer la situación en cuanto al riesgo cardiovascular (RCV) de los infectados por el VIH en la prisión

Método: Estudio observacional, transversal, de los infectados por el VIH presentes en la prisión el 4/4/16, variables estudiadas: sexo, edad, vía de infección, tomar TARGA, familia de antiviral de base, haber usado o usar pauta con abacavir (ABC), recuento de CD4, logaritmo de la carga viral (CV), nadir de CD4, coinfecciones con virus hepatitis, antecedentes familiares y/o personales de enfermedad cardiovascular (ECV), tabaquismo, tensión arterial, tratamiento de la hipertensión, diabetes, cifras de lípidos, perímetro abdominal, peso, talla y realización de ejercicio habitual. El RCV se mide utilizando la ecuación de Framingham adaptada a VIH para RCV a los 5 años, la ecuación de Framingham adaptada a la población española (REGICOR) de predicción de RCV a 10 años y la ecuación reducida D:A:D de predicción de RCV a 5 años. Para cálculo de la p de variables cualitativas se utiliza el test exacto de Fisher y la χ^2 , las odds ratio con un índice de confianza del 95 %.

Resultado: n=68(4,78% de la población total), se obtuvieron los datos de 51(78,46%) varones y 14(21,54%) mujeres. Edad media de 44,7 años(24-56). Años desde la detección de 2 a 31 (media:20,47); CD4 media 637,8(172-1427). Antecedentes familiares de ECV 13(20%) sin diferencias entre sexos(p=0,45); antecedentes de cardiopatía isquémica 2 hombres(3 %)

Vía probable de transmisión entre varones la UDI (p<0,001, OR:32,6) y entre mujeres la sexual (p=0,004, OR:0,13), 1 mujer por transfusión y 3(5,88%) hombres por relaciones homosexuales.

Factores modificables: obesidad 23(35,38%) más frecuente en mujeres (p=0,54, OR:0,66); tabaquismo 62(95,38%) igual en ambos sexos (p=0,52, OR:1,88) con un índice tabáquico(ICAT) de 23,12 cigarrillos/año de media (2-72); hipertensión 9(13,84%) sin diferencias entre sexos (p=0,62, OR:0,17); sedentarismo 49(75,38%) más las mujeres (p=0,26, OR:0,45); diabéticos solo 1(1,53%) varón; hiperlipemia con índice aterogénico(IA) moderado(media:3,97, 2-6,5) más frecuente en mujeres(p=0,008, OR:0,14, IC:95%) y un colesterol total normal(media 164,43, 74-339); LDL elevado(media 106,38, 33-239) sin diferencias entre sexos(p=0,36); triglicéridos normales(media 106,38, 33-239) sin diferencias entre sexos(p=0,12, OR:0,32). Logaritmo de carga viral moda 0 y media de 0,65(0-5,05)

Mediante la ecuación de Framingham adaptada a VIH para RCV a 5 años la población estudiada tiene riesgo global medio(7,6%, 1-38,5) sin diferencias si toman o no TARGA(p=0,26); con la REGICOR el RCV, a 10 años bajo(3,1%, 1-14) tampoco hay diferencias si se toma TARGA(p=0,71) lo mismo que si se aplica la ecuación D:A:D para RCV (p=0,25) aunque con esta ecuación, que tiene en cuenta los CD4, el riesgo a 5 años es alto (24,35 %, 3,46-83,97).

La coinfección VHC se asoció significativamente con el riesgo alto en D:A:D (P=0,03). En REGICOR se asociaron a riesgo alto la diabetes(p<0,0001) y el tratamiento de la HTA(p=0,002).

Conclusiones: La población estudiada es de edad elevada con infección de larga duración, viro-inmunológicamente controlada; presenta como principales factores modificables de RCV tabaquismo, sedentarismo, LDL elevado y un índice aterogénico moderado, lo que sugiere necesidad de implementar programas REALISTAS de hábitos y dietas saludables. Cada una de las 3 ecuaciones utilizadas presenta unos resultados diferentes ¿cual usar?

Palabras clave: riesgo cardiovascular; VIH; prisiones.

Polifarmacia en la población drogadicta con serología positiva para el VHC de un centro penitenciario. Diferencias entre coinfectados y no coinfectados por el VIH.

C Mínguez-Gallego¹, EJ Vera-Remartínez²,
M Serrano-Balaguer¹, A Herrero-Matías¹

¹ Centro Penitenciario Castellón-II. Servicios Médicos. Albocàsser, Castellón

² Centro Penitenciario Castellón-I. Servicios Médicos. Albocàsser, Castellón

Antecedentes/Objetivos: los internos con antecedentes de consumo de drogas intravenosas (UDI) presentan con frecuencia patologías que precisan tratamientos farmacológicos. La polifarmacia puede conducir a toxicidad, falta de cumplimentación e interacciones, en ocasiones difíciles de prever. El objetivo de este trabajo es conocer la importancia de la polifarmacia en pacientes con antecedentes de UDI e infección por el VHC, y analizar las diferencias entre infectados o no infectados por el VIH (VIH+).

Método: estudio observacional de corte transversal. Se revisaron las historias médicas penitenciarias de todos los internos con antecedentes de UDI y serología positiva para el VHC que acudieron a consulta entre diciembre de 2015 y mayo de 2016 para control de su enfermedad. Se incluyeron en el estudio a todos los coinfectados por el VIH-1, y un número similar de pacientes mono infectados por el VHC seleccionados aleatoriamente (orden alfabético). Se recogieron datos epidemiológicos, y el número y clase de los fármacos prescritos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, y se compararon los resultados de los VIH+ con los que no lo eran. Se consideró polifarmacia a la toma de 5 ó más fármacos distintos (excluyéndose los antirretrovirales en los VIH+).

Resultados: se incluyeron 179 varones con una edad media de 43,5 años (IC95%: 42,5-44,5), 49,2% coinfectados por el VIH-1. Se detectó un 26,3% de pacientes con polifarmacia, y solo un 11,7% no tenía prescrito ningún fármaco. Los fármacos más consumidos fueron la gabapentina (11,3%), y la quetiapina (10%). El 74% de los pacientes tomaba algún fármaco de la familia ansiolíticos/hipnóticos/sedantes. El número medio de pastillas diarias era de 6,9 (IC95%: 6,2-7,6), y un 52,5% tomaba pautas de 3 veces/día. Los VIH+ consumían significativamente más fármacos distintos (3,8 vs 2,9; p=0,016), y un mayor porcentaje tomaba neurolepticos (46,6% vs 27,5%; p=0,008) o hipolipemiantes (10,2% vs 2,2%; p=0,031). Al incluir los antirretrovirales el número de pastillas/día consumido por los VIH+ es muy superior (8,5 vs 5,4; p<0,0001).

Conclusiones: la polifarmacia es muy frecuente entre los pacientes con antecedentes de UDI y serología positiva para el VHC en el centro penitenciario analizado, aún mayor en pacientes coinfectados. Algunos de los síntomas frecuentemente referidos por los pacientes podrían ser debidos a la toxicidad o interacciones entre estos fármacos.

Palabras clave: polifarmacia; VHC; VIH; prevalencia.

Tratamiento con Sofosbuvir/Ledipasvir en población penitenciaria española con Hepatitis crónica C

F Fernández-González¹, AM Matilla-Peña², P Gijón-Vidaurreta³,
D Rincón-Rodríguez², E Reigadas-Ramírez³, G Clemente-Ricote²

¹ Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”. Unidad de Acceso Restringido. Madrid

² Sección de Hepatología. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”. Madrid

³ Servicio de Microbiología Clínica. Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”. Madrid

Objetivos: Evaluación del tratamiento con Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV) en población penitenciaria española.

Pacientes y métodos: Recogida prospectiva de datos de los internos con hepatitis crónica C tratados en la Unidad de Acceso Restringido del Hospital Gregorio Marañón con SOF/LDV. Se incluyeron datos demográficos (Edad, género, vía de infección) y clínicos (Grado de fibrosis, función hepática, CHILD/MELD, carga viral VHC). El tratamiento consistió en SOF/LDV ± RBV durante 12 o 24 semanas según las guías clínicas, dando prioridad a los pacientes con F4.

Resultados: Un total de 83 internos infectados por VHC han iniciado tratamiento con SOF/LDV, 42 (50,6%) 12 semanas y 41 (49,4%) 24 semanas, asociando RBV en 77 pacientes (92,8%). Las dosis de RBV oscilaron entre 600 y 1.200 mg/día, con un promedio de 13,27 mg/kg/día (IC del 95%: 12,71 a 13,83).

La mediana de edad fue de 47 años (rango 21-60), 91,6% de los enfermos eran varones (más del 92% de la población reclusa española son hombres); el 81,98% de los pacientes tenía antecedentes de ADVP y 85,5% de consumo de alcohol. El 44,6% estaban coinfectados por VIH y ninguno por VHB.

En relación con el estado de fibrosis/cirrosis: 48 (57,8%) eran F4 (32 pacientes con un FibroScan mayor de 20 kPa). De los cirróticos 42 (87,5%) fueron Child-Pugh A y 6 (12,5%) fueron Child-Pugh B, 17 tenían una albúmina basal inferior a 3,5 g/dL, 31 tenían menos de 100.000 plaquetas/mm³ y 11 tenían un MELD>10.

La distribución de genotipos fue: 29 (34,9%) GT1 (23 GT1a, 3 GT1b, 3 sin subtipo), 39 (46,9%) GT3, 14 (16,9%) GT4 y 1 mezcla GT1a y GT3a.

El 22 de julio de 2016: 52 pacientes habían terminado el tratamiento, la tasa de respuesta viral observada al final del tratamiento fue del 100%. RVS12 94,7% (36/38). De los 71 pacientes con resultados de carga viral en la semana 4: 66 indetectable, 3 detectables y solamente dos cuantificables (32 y 79 UI respectivamente); semana 12: los 61 pacientes con carga viral indetectable. No hubo que suspender ningún tratamiento por efectos adversos y solamente hubo que reducir la dosis inicial de RBV en 7 pacientes. Dos pacientes abandonaron el tratamiento: uno en la semana 1 y otro en la semana 6. La información de actividad, seguridad y la tolerabilidad se actualizará en el Congreso.

Conclusión: Estos resultados muestran que la eficacia de SOF/LDV en población penitenciaria española es similar a la obtenida en la población general.

Palabras clave: hepatitis C; tratamiento; infecciones virales; antivirales de acción directa.

Regulación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por enfermeros e Instituciones Penitenciarias

MC Ruano-García, IV Fernández-Bobadilla-Fernández-Bobadilla

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Servicio de Farmacia. Sevilla

Objetivo: Conocer las normativas reguladoras de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por enfermeros y su aplicación en el sistema sanitario penitenciario español.

Métodos: Búsqueda de normativas implicadas:

– Decreto 307/2009, define la actuación de enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema Sanitario Público de Andalucía.

– Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

– Real Decreto 954/2015, que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por los enfermeros. Es la más reciente y la que debemos aplicar.

Resultados: Las normas definen la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y sujetos a prescripción médica por enfermeros.

Extraemos: 1.– Los enfermeros pueden indicar, usar y autorizar la dispensación de:

1-1. Medicamentos no sujetos a prescripción médica.

Requisito: Estar en posesión de la correspondiente acreditación.

Documento: Orden de dispensación

1-2. Medicamentos sujetos a prescripción médica.

Requisitos: – Poseer la correspondiente acreditación

– Seguir el protocolo o guía validado.

Documento: Orden de dispensación

2.– Acreditación de enfermeros para estas actuaciones:

2-1. Inicia procedimiento: El interesado.

2-2. Otorga: Persona titular de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

Esta acreditación se indica necesaria y obligatoria en el RD 954/2015.

3. – Organismo responsable de la Elaboración de protocolos y guías para la indicación, uso y autorización de dispensación por los enfermeros de medicamentos sujetos a prescripción médica: Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Los Centros Penitenciarios están autorizados como Centros o Servicios Sanitarios y cuentan con médicos, enfermeros y farmacéuticos. Los conceptos y normativas anteriores son de aplicación en estos establecimientos.

Conclusiones: En los CP los profesionales y funciones son:

• Médicos: Diagnóstico y Prescripción.

• Farmacéuticos: Adquisición y Dispensación.

• Enfermeros: Indicación de uso y autorización de dispensación.

1.– La organización sanitaria en CP depende de Sanidad Penitenciaria, encargada de elaborar la GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA de IIPP. Debe ser el organismo encargado de elaborar los protocolos y guías indicados para su aplicación en CP.

2.–La Coordinación de SP debería gestionar y emitir el certificado acreditativo a enfermeros de IIPP para solicitar la acreditación en la forma excepcional de la norma.

3.– Los farmacéuticos de CP pueden elaborar listados de medicamentos que precisan o no Receta Médica, adaptarlos a la GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA y a los protocolos y guías que se emitan.

Palabras clave: prescripción; indicación; enfermería; dispensación.

Manejabilidad de la actual Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias y propuesta de mejora

MC Ruano-García, IV Fernández-Bobadilla-Fernández-Bobadilla

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Servicio de Farmacia. Sevilla

Objetivo: Valorar la manejabilidad de la 6ª edición de GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA de Instituciones Penitenciarias y proponer listados auxiliares que la mejoren.

Métodos: Estudio del diseño y presentación de la GUÍA de IIPP para valorar si la información es útil y accesible para el personal sanitario que la utiliza. Nos centramos en el manejo de la GUÍA impresa, pues la consulta desde el ordenador no siempre es posible en la práctica. Se estudian las consultas más frecuentes que el personal sanitario ha dirigido al Servicio de Farmacia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, durante el último año, y considerado sólo las que se pueden resolver manejando la GUÍA.

Se valora también la manejabilidad por parte del citado Servicio de Farmacia.

Resultados: Las consultas provienen principalmente de los Centro Penitenciarios Sevilla-1, Alcalá de Guadaíra y el propio Hospital. El personal que consulta incluye Médicos, Personal de Enfermería y Administrativos. Valoramos las consultas sobre inclusión de medicamentos en GUÍA, modo de adquisición, sustituciones, composición, presentaciones, laboratorios y códigos por considerar que deberían poder resolverse manejando la GUÍA. En total 117 consultas. Comprobamos que al utilizar la GUÍA no es fácil encontrar la resolución debido a:

- La principal clasificación de la GUÍA ordena los medicamentos por grupos terapéuticos siendo un dato desconocido generalmente por el personal sanitario.
- Partiendo de una marca comercial o principio activo y buscando en el índice alfabético la GUÍA no aporta la información del Grupo Terapéutico, por lo que es difícil completar la información.
- No se especifican los Laboratorio, ni códigos, ni modos de adquisición de medicamentos, lo cual sería de gran utilidad para la emisión de pedidos.

Por la valoración del Servicio de Farmacia encontramos:

- Los Grupos terapéuticos de la GUÍA tienen un grado de definición inferior al de la clasificación ATC, y algunos no coinciden porque en la GUÍA se les asigna otro.
- No hay un anexo de los medicamentos que se deben tener para URGENCIAS médicas.

Conclusiones: La presentación de la GUÍA de IIPP es mejorable.

Los Servicios de Farmacia pueden elaborar y difundir al personal sanitario los siguientes listados auxiliares, una vez seleccionadas las presentaciones y laboratorios:

- 1.- Listado alfabético por Marca y Principio Activo de medicamentos incluidos indicando además el Grupo terapéutico con su descripción y Código.
- 2.- Listado ordenado por Grupos Terapéuticos indicando código, descripción, Principio Activo, Laboratorio y Modo de adquisición.
- 3.- Listado de medicamentos necesarios para URGENCIAS.

Palabras clave: Guía Farmacoterapéutica; manejabilidad; grupos terapéuticos.

Encuestas nutricionales a un grupo de internos de un módulo de respeto

M Crespo-Leiro, M Fraga, M Crespo

Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense). Servicios Médicos

Objetivo: Analizar la frecuencia de ingesta de determinados grupos de alimentos en una muestra de población de internos de un módulo de respeto y sus preferencias dietéticas.

Método: Se realizó una encuesta nutricional a 51 internos de un módulo de respeto que aceptaron participar voluntariamente. Tras completar la encuesta, se les facilitaba un vale para que pudiesen adquirir en el economato del módulo algunos alimentos o productos de higiene.

Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados: El 65% de los encuestados decían preferir los cereales, verduras, hortalizas y legumbres frente al 35% que mostraban su preferencia sobre carnes, embutidos y alimentos azucarados. Sólo el 4% decían preferir los alimentos precocinados sobre la comida preparada de forma tradicional. El 54% se decantaban por los productos adquiridos en el economato y el 46% por la comida preparada en la cocina del centro.

En lo referente a la frecuencia de ingesta de determinados grupos de alimentos, el 10% decían no consumir nunca carne, el 30% la consumía menos de una vez por semana y el 60% entre 1 y 6 veces por semana. No comían nunca pescado el 14%, menos de una vez por semana el 33%, entre 1 y 6 veces por semana el 49% y a diario el 4%. En cuanto a frutas, el 6% no consumían nunca, el 16% menos de una vez por semana, el 46% entre 1 y 6 veces por semana y el 32% comían fruta a diario. Nunca comían verduras el 12%, menos de una vez por semana el 28%, de 1 a 6 veces por semana el 58% y diariamente el 2%. Los embutidos eran consumidos a diario por el 16% de los internos, entre 1 y 6 veces por semana por el 64%, menos de una vez por semana el 18% y nunca el 2%.

El 35% de los internos escogieron en el economato canjear el vale por chocolate, el 19% por coctel de frutas, el 16% por dentífrico, 12% por galletas, 10% por sardinas en conserva y 8% por yogures.

Conclusiones: Existe una discrepancia entre las preferencias que refieren los internos con la frecuencia de ingesta de ciertos grupos de alimentos y con las adquisiciones que realizan en el economato.

Los hábitos de los internos llevan a que su ingesta sea deficitaria en pescado, verduras, frutas y legumbres y, por el contrario, excesiva en embutidos y alimentos azucarados.

Palabras clave: encuesta; nutricional; internos; prisión.

Tasa de violencia de género en las pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias de Barcelona

J Muriel, A Pascual, JM Carreño, A Marco

Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias de Nou Barris.
Institut Genus y Agencia de Salud Pública de Barcelona

Objetivo: Estudiar cuántas y cómo son las mujeres que inician tratamiento para su drogodependencia y refieren haber padecido violencia de género (VG).

Material y Métodos: Se recogen los casos de mujeres que iniciaron tratamiento en 2015 en el centro de atención y seguimiento de drogodependencias (CAS) de Nou Barris de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). En todos los casos, se preguntó por antecedentes de VG en un screening protocolizado en historia clínica. Se analizaron las siguientes variables: edad, procedencia, droga principal de consumo, nivel de instrucción, trabajo, antecedentes penales, estancia en prisión, pareja actual, hijos y número, patología dual y diagnóstico en caso de patología dual. También se recogió si había o no hijos bajo la tutela de los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA). Se determinó la tasa de VG y las características descriptivas de las mujeres afectadas. Los datos se expresan en números absolutos, porcentajes, medias y desviación estándar. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Iniciaron tratamiento 96 mujeres de 46,6 años de media (rango: 20-73). Tres de ellas (3,1%) habían sido derivadas por la autoridad judicial o por centros de acogida. La principal droga-problema era el alcohol (61,5%). El 14,5% tenía antecedentes penales, el 11,5% había estado en prisión y el 7,3% tenían hijos bajo tutela del EAIA. El 34,4% presentaba patología dual.

La tasa de VG fue del 14,6% (n=14). Las mujeres con VG eran más jóvenes (40,9 años Vs 47,6 años en las que no referían VG; p=0,03), pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas.

Discusión: La tasa de VG en mujeres drogodependientes es del 14,6% y es más alta que la observada para violencia física y/o sexual en mujeres españolas (12,5%)¹, aunque es difícil la comparación porque el cuestionario y los encuestadores eran diferentes. En nuestro estudio, ninguna de las variables estudiadas en las mujeres drogodependientes resultó predictiva de VG. Se sugiere que dada la tasa observada y la importancia de lo detectado debe mantenerse el screening de VG en todas las mujeres que inician tratamiento por su drogodependencia.

Palabras clave: drogodependencias; violencia de genero; asistencia; epidemiología.

¹ Macroencuesta violencia contra la Mujer 2015. Avance de resultados. Hay salida a la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 10 julio 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>.

Calidad de los registros de enfermería

SV Casado-Hoces¹, MS Arranz¹, D González-Tejedor²,
F Sternberg¹, E García-Valencia¹

¹ Centro Penitenciario Madrid VI. Aranjuez, Madrid

² Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivos:

1. Valorar cualitativamente la información recogida en los registros de enfermería.
2. Valorar el uso de los registros específicos de enfermería.
3. Valorar el uso del lenguaje enfermero estandarizado.
4. Valorar la identificación de los profesionales que realizan las anotaciones.

Metodología: El estudio, que es observacional retrospectivo, se realizó entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2016. Se obtuvo una muestra aleatoria de 251 internos presentes en el Centro Penitenciario de Aranjuez durante dicho periodo. No se establecieron criterios de exclusión.

Se realizó la revisión de la carpeta de enfermería de la historia clínica, revisando además las hojas de evolución médica en los casos en que ésta estaba vacía o era inexistente. La información recogida fue registrada en una hoja elaborada específicamente para el estudio. En todos los casos se extrajo información de las hojas de evolución médica respecto a alergias medicamentosas, patologías padecidas, tratamiento prescrito y realización de TITL.

El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 21.

Resultados: La media de edad de los internos de la muestra fue de 41 años, 96% varones y 4% mujeres. El 49% de los pacientes padecían al menos una patología, teniendo prescrito tratamiento médico un 42%. Presentaban alergias medicamentosas un 10% de los pacientes. Habían completado TITL el 16%.

Información registrada por enfermería: Edad 62%, antecedentes personales 55%, antecedentes familiares 4%, hábitos tóxicos 57%, alimentación 53%, ejercicio 47%, higiene 5%, alergias a medicamentos 3%, diagnóstico médico 26%, tratamiento médico 35%, adherencia al tratamiento 16%, entrega de medicación crónica 8%, diagnósticos enfermeros 6%, patrones funcionales de Gordon 38% (los más frecuentes son los patrones 2 y 4), peso 75%, talla 61%, IMC 54%, TA 78%, FC 67%, T^a 13%, SpO₂ 8%, perímetro abdominal 18%, glucemia capilar 10% (4% eran pacientes diabéticos). Mantoux positivo 42%, negativo 34%, TITL registrado con fecha de inicio y fin 4%, completado en el pasado 5%, no realizado 2%, TBC pasada 2%, vacunas 83%, serología 27%, glucosa 33%, colesterol 38%, triglicéridos 36%, educación para salud 45%, negativa a recomendaciones médicas 13%, carpetas de enfermería vacías 7%, habiendo, en ese caso, 5% de datos enfermeros registrados en hojas de evolución médica. Anotaciones sin firma o con firma ilegible en 82%.

Conclusiones: Los registros enfermeros se usan en un porcentaje elevado, sin embargo sería deseable que su uso se incrementara y se registraran en mayor medida datos básicos como el IMC, el perímetro abdominal o la analítica de sangre. Sería deseable mejorar registros como el de TITL o el de educación para la salud.

La utilización del lenguaje enfermero estandarizado es muy escaso, siendo necesario plantear medidas de mejora.

Aparece un alto porcentaje de anotaciones sin firma o con firma ilegible, lo que es necesario corregir debido a que la historia clínica es un documento legal.

Palabras clave: registros; calidad; enfermería.

Atención Especializada por Telemedicina a la población reclusa del Centro Penitenciario Madrid IV (CPMIV) en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA)

R García-Berriguete¹, MJ Granados-Díaz-Pintado¹, JD Cosín Marquina¹,
M Vegue González¹, MT Alonso Salazar², V Castilla Castellano²

¹ C.P. Madrid IV. Subdirección Médica. Navalcarnero, Madrid

² Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid

Introducción: La Sanidad Penitenciaria, presta los servicios de Atención Primaria a la población reclusa y coordina con los Servicios Autonómicos de Salud la Atención Especializada. Desde el HUFA en colaboración con la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, se elaboró un proyecto de Atención en consultas externas del Hospital a través de un sistema de Telemedicina a la población reclusa del CPMIV

Objetivo: Diseñar, desarrollar y evaluar un sistema de Telemedicina para atender las necesidades de consultas externas y urgencias de los pacientes del CPMIV Favorecer la formación de los profesionales

Método: Constitución de un grupo de trabajo con tres subgrupos: Admisión de pacientes y Sistemas de Información, Cartera de Servicios y Organización Asistencial e Informática y Comunicaciones.

Diseño y elaboración del proyecto, estableciendo las necesidades técnicas y organizativas de cada área: Instalación de una Estación de trabajo de Telemedicina en ambos Centros, Asignación de Agendas específicas y Citación a través del Servicio de Admisión.

Identificación de las necesidades y posibles mejoras

Inicio el 5 de marzo 2013, según un calendario establecido para cada especialidad. Evaluación de resultados a través de los datos recogidos de los registros del centro y encuestas de satisfacción a usuarios y profesionales.

Resultados: Hasta julio de 2016, se realizaron en el HUFA 4469 consultas a pacientes del CPMIV, 2474 presenciales y 1997 por telemedicina lo que supone un 44,64% de reducción en los traslados al Hospital. Se realizan con periodicidad semanal Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Digestivo y Urología; a demanda Neurología, Neumología, Nefrología, Unidad del dolor, Alergia, Endocrinología y Hematología. La encuesta realizada refleja un grado de satisfacción bueno o muy bueno del 68% entre los pacientes y cercana al 100% entre los profesionales

Conclusiones: La telemedicina ha supuesto mejoras en la coordinación entre el CPMIV y el HUFA, un impacto positivo organizativo, económico y de calidad percibida, y sobre la formación continuada del personal sanitario penitenciario. Queda pendiente incorporar especialidades como Dermatología y Radiodiagnóstico.

Palabras clave: telemedicina; prisión; atención especializada; gestión.

Visión retrospectiva en investigación de enfermería penitenciaria

AI Saldaña-Hernández, JA González-Gómez

CP Murcia 2. Servicios Médicos. Carboneras. Almería

Introducción: La investigación es un proceso científico que valida y mejora la praxis enfermera, obteniendo información para generar conocimientos propios. La SESP tiene como uno de sus objetivos fundamentales dignificar el trabajo sanitario en prisiones, haciendo especial énfasis en el terreno de la formación e investigación de la sanidad penitenciaria. Tras años de evolución de investigación enfermera en sanidad penitenciaria nos parece interesante y productivo para el desarrollo nuestra profesión ver como ha sido su evolución en este ámbito.

Objetivo: Conocer la evolución en investigación científica relacionada con enfermería penitenciaria dentro de los últimos 10 años.

Metodología: Revisión bibliográfica descriptiva en julio 2016, en español, inglés y portugués.

Descriptores: Enfermería penitenciaria and cuidados. Han sido excluidos aquellos artículos en los que no hacían referencia a prisión, no aparecía el año de publicación, circulares del Ministerio de Interior, aquellos que hacían referencia a régimen, derecho y cultura social exclusivamente.

Han sido incluidos aquellos artículos científicos referenciados públicamente, publicados entre los años 2006-2016, y que no cumplieran ningún requisito de exclusión descrito anteriormente.

Resultados: Se han encontrado un total de 1.434 artículos científicos en las cuatro bases de datos: Google Scholar: 1420 artículos. Lilacs: 4 artículos. Dialnet: 4 artículos. Scielo: 6 artículos.

De este total cumplen los criterios de admisión 235 artículos, los cuales han sido clasificados por áreas y años de publicación. Se ha visto el porcentaje de incidencia por área temática, así como relación de área y año de publicación.

Autolisis(6)(2.55%),Calidad(35)(14.90%),Derecho Sanitario(17)(7,23%), Praxis Enfermera(67)(28,51%),Drogadicción(15)(6,38%),Salud Mental(44)(18,72%), Sexualidad(13)(5,53%), TBC (14)(%,96%),VIH, Hepatitis B Y C(24)(10.21%).

Por años de publicación 2006(9) 2007(9), 2008(9), 2009(13), 2010(16), 2011(18) ,2012(65) ,2013(24) ,2014(25) ,2015(36) y 2016 (11 pendiente de terminar el año).

Conclusiones: Se aprecia un aumento de artículos a partir del 2011, creciendo significativamente en 2012.

Todos los congresos de sanidad penitenciaria celebrados han tenido carácter nacional excepto en 2012 que fue internacional, coincidiendo en el año que más publicaciones científicas se han observado.

Hay mas publicaciones los años de celebración de congreso.

El tema más investigado es el de praxis enfermera, seguido por el de salud mental y calidad.

Relacionando las áreas temáticas con los años la investigación en salud mental ha tenido una continuidad a lo largo de estos. Dato previsible dado el perfil de los clientes de la institución.

Recomendamos seguir investigando en otras áreas, demostrando la evolución y mejora de la práctica asistencial, unificando criterios y consiguiendo que se haga más patente nuestro rol independiente.

Palabras clave: enfermería penitenciaria; investigación enfermera; mirada retrospectiva.

Ventajas de la telemedicina para el tratamiento de la hepatitis C en un centro penitenciario

MJ Granados-Díaz-Pintado¹, M Vegue¹, C Alía¹,
E. Álvaro², García-Berriguete¹, JD Cosín¹

¹ Servicio Médico CP Madrid IV. Navacarnero, Madrid

² Servicio Médico CIS Victoria Kent Madrid. Navacarnero, Madrid

Objetivo: Conocer si existen diferencias en el número de consultas que realizan los pacientes en tratamiento de hepatitis C de forma presencial o mediante telemedicina en el centro penitenciario (CP).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y unicéntrico a partir de los registros de tratamiento de hepatitis C y del registro de consultas y salidas del CP. Muestra de 50 penados varones que han iniciado tratamiento de hepatitis C con Antivirales de Acción Directa seleccionados de forma correlativa a partir del 03.02.2015. Variables a estudio: número de consultas realizadas, número de salidas al centro hospitalario, CP de procedencia y otras relativas a la infección por VHC y su tratamiento. Análisis estadístico mediante SPSS 22.0. análisis univariante y bivariante mediante el test de Chi cuadrado y U de Mann-Whitney con significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Realizaron consultas presenciales 19 pacientes (38%) en 3 hospitales distintos y por telemedicina 31 pacientes (62%) en los servicios de enfermedades infecciosas y digestivo de un mismo hospital. La media de consultas durante el tratamiento del total de pacientes fue 3,24, encontrándose diferencias significativas ($p=0.000$) entre los que recibieron atención presencial, con una media de 4,63 consultas, y en los tratados por telemedicina, que realizaron 2,39. El número total de salidas hospitalarias para tratamiento de hepatitis C fue 90, de las que 88 corresponden a los que recibían atención especializada de forma presencial y 2 a los tratados por telemedicina. No se encontraron diferencias significativas en el estudio de las variables edad, coinfección por VIH, genotipo, carga viral, kilopascales y grado de fibrosis al inicio del tratamiento, fármacos prescritos y duración del tratamiento comparando los pacientes en tratamiento presencial con los tratados por telemedicina.

Conclusiones: La atención especializada para el tratamiento de la hepatitis C por telemedicina ha permitido mejorar la utilización de los recursos y reducir costes al disminuir notablemente el número de salidas hospitalarias que se realizan por este motivo.

– Los pacientes tratados mediante telemedicina realizaron menos consultas, el 51% de las que precisaron los tratados presencialmente. Dado que no se observan entre ambos grupos diferencias significativas en las variables relacionadas con la enfermedad que han sido estudiadas, este hallazgo puede ser debido a que la telemedicina facilita una mejor comunicación entre los profesionales hospitalarios y penitenciarios, sin poder precisar en qué medida han podido influir las distintas formas de organizar la actividad asistencial de los diferentes servicios hospitalarios implicados en el tratamiento.

Palabras clave: telemedicina; transferencia de pacientes; prisiones; terapia de hepatitis C.

Revisión bibliográfica sistemática del estado de salud oral y necesidades de tratamiento de la población reclusa

Fernando Ruiz Rodríguez¹, F Ruiz-Rodríguez¹, AM Carrillo², P Galindo²

¹ Servicio Médico del Centro Penitenciario de Albolote (Granada)

² Profesores Titulares del Dpto. de Estomatología de la Universidad de Granada

Introducción: La población reclusa suele presentar una gran afectación de la salud oral y una gran cantidad de necesidades de tratamiento insatisfechas, debido, fundamentalmente, a que sufren las desventajas de los grupos marginales.

A pesar de que la atención médica especializada que reciben los internos de los centros penitenciarios se presta a través de los servicios de salud dependientes de los organismos gestores del Sistema Nacional de Salud, existen muchos problemas derivados del propio sistema de prisiones, y esto hace que la propia asistencia sea insuficiente.

Objetivo: Esta revisión sistemática está incluida en el marco de un programa de educación, en proyecto, que pretende mejorar el estado oral de la población reclusa mediante la información para la prevención de la enfermedad dental y la promoción de la salud oral en dicha población.

Se hace imprescindible, por tanto, que el primer paso sea un estudio actual del estado de salud de la población, por lo que el objetivo de esta revisión sistemática es analizar y revisar la literatura existente publicada desde el año 1990 hasta junio de 2016 que evalúe la salud oral y las necesidades de tratamiento de la población reclusa.

Material y Método: Pregunta clave: ¿cuál es el estado de salud oral y la necesidad de tratamiento de la población reclusa?

Estrategia de búsqueda: se ha realizado una búsqueda electrónica en la base de datos MEDLINE-Pubmed de artículos publicados en inglés entre enero de 1990 y 2016.

Se han obtenido 325 artículos y mediante los criterios de inclusión se han reducido a 26.

Resultados: La naturaleza de los estudios publicados se centra principalmente en la evaluación clínica o del estado de salud de los internos, y el grado en que se satisfacen las necesidades dentales en esta población.

El estado de salud bucal de los internos es pobre mostrando más dientes cariados y ausentes, con un índice CAOD similar o ligeramente mayor a la media de la población no institucionalizada en aquellos grupos comparados por edad o grupo étnico.

La revisión sistemática ha identificado los problemas para los servicios de salud penitenciarios en poblaciones con altas necesidades de tratamiento. También demuestra la escasez de conocimiento para informar a los servicios de salud penitenciario acerca de cómo solucionar estos problemas.

Conclusiones: La mayoría de las investigaciones publicadas demuestran que la salud oral es más pobre en poblaciones institucionalizadas cuando lo comparamos con individuos no institucionalizados, y que la salud dental es percibida como menos importante que otros aspectos de la salud.

Palabras clave: salud oral; revisión.

Prevalencia de trastornos de la personalidad en el centro penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)

V Ferrer-Castro, G Flórez, M Crespo, V Ferrer,
L García-Marcos, M Pérez-Rivas

Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense). Servicios Médicos

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos de la personalidad en internos penados de nuestro centro penitenciario.

Métodos: Se realizaron entrevistas semi-estructuradas para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad utilizando el cuestionario Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; Loranger et al, 1994), adaptada para el CIE-10 y el DSM-IV, a internos que cumplían condena, durante un mínimo de 6 meses, en nuestro centro penitenciario entre mayo de 2014 y febrero de 2016.

Las variables se expresan como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Participaron en el estudio 204 internos penados, 176 hombres (86,2%) y 28 mujeres (13,73%). Eran españoles 179 internos (87,75%) y extranjeros 25 (12,25%), y llevaban en prisión una media de 75,08 meses.

Fueron diagnosticados de algún trastorno de la personalidad 160 (78,43%) de los 204 internos que participaron en el estudio.

El trastorno de personalidad que observamos con mayor frecuencia en la población penada de nuestro centro fue el narcisista (N=43, 21,08%), seguido del trastorno antisocial (N=38, 18,63%) y del trastorno paranoide (N= 29, 14,22%). Otros diagnósticos fueron: Trastorno evitativo (N=17, 8,33%), Bordelain /N=15, 7,35%), Histriónico (N=13, 6,37%), Dependiente (N=2, 0,98%), Obsesivo (N=2, 0,98%) y Esquizotípico (N=1, 0,49%).

Conclusiones: La prevalencia de trastornos de personalidad hallada en la población penada que participó en el estudio (78,42%) es muy superior a la observada en población general (10-15%).

Estudios realizados en medios forenses o penitenciarios indican un mayor riesgo de conductas delictivas y violentas en personas diagnosticadas de trastorno de personalidad, especialmente si presentan trastorno antisocial de la personalidad. También se han relacionado con el incremento de conductas violentas reactivas los trastornos narcisista y paranoide. Son precisamente estos tres tipos de trastornos de personalidad los diagnosticados con mayor frecuencia en los internos que participaron en el estudio.

Palabras clave: prevalencia; trastorno; personalidad; penados.

Relación entre la edad de inicio del consumo de drogas y el diagnóstico de psicopatía

V Ferrer-Castro, G Flórez, M Crespo, V Ferrer,
L García-Marcos, M Pérez-Rivas

Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense). Servicios Médicos

Objetivo: Determinar la posible correlación entre la edad de inicio en el consumo de drogas el diagnóstico de trastorno psicopático de la personalidad.

Métodos: Se realizaron entrevistas para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad utilizando el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada (PCL-R) y la Evaluación Exhaustiva de la Personalidad Psicopática (CAPP) y el historial de consumo de tóxicos adaptado del Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) a internos que cumplían condena, durante un mínimo de 6 meses, en nuestro centro penitenciario entre mayo de 2014 y febrero de 2016.

Las variables se expresan como frecuencia y porcentaje. Para determinar la asociación entre psicopatía y edad en el inicio de consumo de tóxicos se realizó el test de ANOVA.

Resultados: Fueron diagnosticados de trastorno psicopático de la personalidad 38 de los 204 internos participantes en el estudio (18,63%).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 14,55 años en los psicópatas frente a 16,31 años en los no psicópatas ($p=0,002$). Para cocaína estos valores fueron respectivamente de 17,32 años y 19,82 años ($p=0,005$) y en el caso del cánnabis de 14,58 años frente 17,02 años ($p=0,007$). No hallamos diferencias significativas en la edad de inicio del consumo de heroína, metadona, otros opiáceos, benzodiazepinas, anfetaminas, alucinógenos ni inhalantes.

La correlación entre número de drogas consumidas y edad de inicio del consumo es significativamente mayor para el factor 2 del PCL-R (antisocialidad y estilo de vida) (0,573, -0,375) que para el factor 1 (relación interpersonal y emocional) (0,168, -0,196).

Conclusiones: Existe correlación entre el número de drogas y la puntuación en el factor 2 ($p < 0,001$) del PCL-R y entre la edad de inicio en el consumo y la puntuación en el factor 2 ($p < 0,001$) que son superiores a las halladas con el factor 1; estas últimas tienen menor significación estadística, $p=0,016$ en el caso de la correlación entre el número de drogas y el factor 1 y $p=0,005$ en el caso de la edad de inicio en el consumo y el factor 1.

El consumo de drogas vuelve a los internos más psicopáticos, pero lo hace a costa del aumento de la puntuación en el factor 2; es decir, el consumo de drogas aumenta la puntuación en los ítems del PCL-R que miden la antisocialidad y el estilo de vida.

Palabras clave: edad; consumo; drogas; psicopatía.

Estudio descriptivo sobre el trastorno de adaptación en prisión

JJ García-Jimenez, JA González-Gómez, E Pérez-García, I Jareño Vilar, AI Lopez Navas

C.P. Murcia-I. Psicología. Sangonera la Verde, Murcia

El ingreso en prisión, tanto para reincidentes como para primarios, es una situación altamente estresante, donde tendrán que poner en acción todos sus mecanismos cognitivos, emocionales y conductuales para aceptar e intentar adaptarse a la nueva situación. Estos mecanismos se basarán en sus estrategias de resolución de conflictos, y aceptación de la realidad, siendo a nivel emocional donde mayor sufrimiento exista. El recluso prototípico presenta unas estrategias de afrontamiento deficitarias (por este motivo, principalmente están en prisión), basadas en la evasión mediante el consumo de tóxicos y la reactividad violenta.

El estrés generado por el ingreso en prisión podría ser propicio para la presencia del trastorno adaptativo, definido este por el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) por cinco criterios diagnósticos, basados en la aparición de síntomas emocionales y/o conductuales dentro de los tres primeros meses tras vivir un suceso estresante externo, y que tras la desaparición de este suceso, los síntomas también remiten dentro de los seis meses posteriores. Está caracterizado por un malestar psicológico intenso junto con un deterioro del funcionamiento en las distintas áreas como la social, laboral o de ocio. Esta sintomatología no tiene su origen en otro trastorno mental o en la vivencia de un duelo normal.

El propósito del presente estudio es analizar la evolución de la sintomatología psicológica de los presos cuando entran en prisión, con medidas repetidas al ingreso y transcurrido un mes. Se valorará los distintos factores que pueden influir en esta sintomatología, así como en su adaptación al medio penitenciario.

La muestra está compuesta por un total de 45 reclusos, donde 29 son primarios y 16 reincidentes, todos hombres, que ingresaron en el Centro Penitenciario de Murcia-I durante los meses de enero y febrero del año 2016. Se ha utilizado el Cuestionario de Sintomatología Psicológica (Symptom Check List), SCL-90-R (Derogatis, 1975), junto con tres cuestionarios elaborados para la ocasión sobre variables socio-demográficas, delictivas y conductuales.

Los resultados encontrados reflejan que la sintomatología psicológica presentada por los internos disminuye con el tiempo de estancia en prisión y que la participación en las distintas actividades facilita la adaptación al medio carcelario, sin que en ninguno de ellos se pueda diagnosticar el Trastorno Adaptativo.

Palabras clave: trastorno adaptativo; estrés; síntomas psicológicos; recluso; afrontamiento.

Monoterapia con antipsicóticos inyectables de acción prolongada: ¿realidad o mito?

MA Celdrán-Hernández¹, M Monedero², G Hervás³,
V Jorge⁴, C Ruano⁵, MA Mur⁶, C Salinas⁷, C Huerta⁸

¹ Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Servicio de Farmacia. Alicante; ² CP Madrid V; ³ CP Albolote;

⁴ CP Castellón II; ⁵ Hospital Psiquiátrico Penitenciario Sevilla; ⁶ CP Zuera; ⁷ CP Málaga; ⁸ CP Madrid IV

Objetivo: A pesar de la escasa evidencia científica del uso de la combinación de antipsicóticos, se observa que la frecuencia de utilización oscila entre un 26-45%.

El objetivo es analizar el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración (LAI) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y evaluar si es posible la monoterapia con todos o alguno de los antipsicóticos LAI comercializados.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico.

Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se registraron las siguientes variables: nombre del centro, número total de internos y fármacos antipsicóticos prescritos, desglosando el número de internos con antipsicótico LAI en monoterapia y el número de internos con antipsicótico LAI más antipsicótico oral.

Se revisaron las historias farmacoterapéuticas correspondientes a todos los internos distribuidos en 2 hospitales psiquiátricos y 11 centros penitenciarios españoles. Se seleccionó una muestra de 12.860 internos que cumplía criterios de estabilidad clínica durante los últimos tres meses anteriores a la fecha de la recogida de datos: 31 de marzo de 2016. Se excluyeron del estudio a aquellos que tuvieran pautados antipsicóticos a dosis infraterapéuticas, antipsicóticos en pauta PRN (si precisa) o antipsicóticos en indicación distinta a la esquizofrenia (DSM-5).

Resultados: Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de frecuencias de los distintos antipsicóticos LAI prescritos, obteniendo los siguientes resultados globales:

Porcentaje medio de internos con antipsicótico LAI en hospitales psiquiátricos: 38,5%.

Porcentaje medio de internos con antipsicótico LAI en centros penitenciarios: 13%.

Nº total de tratamientos con antipsicóticos LAI: 320; en monoterapia 133 (42%), en politerapia 187 (58%).

Los resultados obtenidos, desglosados por antipsicótico y evaluando regímenes monoterapéuticos e integración en regímenes politerapéuticos junto a otros antipsicóticos orales, son los que siguen:

Risperidona monoterapia: 28/78 (36%) versus risperidona politerapia: 50/78 (64%) Flufenazina monoterapia: 5/17 (29%) versus flufenazina politerapia: 12/17 (71%) Paliperidona monoterapia: 63/149 (42%) versus paliperidona politerapia: 86/149 (58%) Zuclopentixol monoterapia: 19/44 (43%) versus zuclopentixol politerapia: 25/44 (57%) Olanzapina monoterapia: 0/2 versus olanzapina politerapia: 2/2 (100%) Aripiprazol monoterapia: 18/30 (60%) versus aripiprazol politerapia: 12/30 (40%)

Conclusiones: Se observa un porcentaje superior de internos que tienen prescrito un antipsicótico LAI junto a un antipsicótico oral (58%) frente a los que lo tienen prescrito en monoterapia (42%), resultado acorde a los datos hallados en otras publicaciones.

Si bien la paliperidona es el antipsicótico LAI más utilizado en nuestro medio, es el aripiprazol el que aparece con más frecuencia en monoterapia.

Palabras clave: Antipsicóticos LAI; esquizofrenia; monoterapia; politerapia.

Consulta Psiquiátrica en centro penitenciario

J Valdés-Valdazo, C Bazús, MA Heredero, S Nuñez,
FL Rodríguez, A Serrano, MA Cañas, MJ González-Dios

Complejo Asistencial Universitario de León. Psiquiatría. León

Introducción a lo largo de la historia, se ha venido diciendo que la mayoría d los presidiarios tenían una enfermedad psiquiátrica grave, así como gran temor al enfermo psiquiátrico por etiquetarlo de violento.

Objetivos: con el siguiente estudio intentamos recopilar los diagnósticos (si es que lo tienen) observados en las nuevas consultas durante el 2015 e intentar comprarlo con los delitos de violencia más frecuentes.

Metodología: se trata de un estudio retrospectivo y observacional donde en un primer momento se analiza los diagnósticos más frecuentes en las nuevas consultas y a continuación se contrastan con los delitos violentos de las condenas.

Resultados: según los datos recogidos durante el año 2015 en la prisión de León, de las 69 consultas nuevas atendidas, hasta un 39,1% no tienen diagnóstico en el eje I. Y tan solo un 15,9% de las consultas fueron etiquetadas con un diagnóstico grave en el eje I (4,3% trastorno bipolar y 11,6% de trastorno psicótico). El resto, diagnósticos leves (orgánico, ansiedad, TDAH, TOC...). Además analizando el tipo de delito cometido por los enfermos mentales considerados graves (trastorno bipolar y trastorno psicótico), tan solo un 11% de estos presos son condenados por un delito violento.

Palabras clave: psiquiatría; consulta; trastornos; agresividad.

Perfil del usuario de salud mental penitenciario: desmontando un mito

C Manso-Bazús, J Valdés-Valdazo, MA Heredero-Sanz, S Núñez-Sevillano, FL Rodríguez-Fernández, A Serrano-García, A Rojo-Zaldívar, A Mallo-Roca

Complejo Asistencial Universitario de León. Psiquiatría. León

Introducción Existe en la población cierta tendencia a asociar la delincuencia con la inmigración y la enfermedad mental con la violencia. Es preciso estudiar de forma rigurosa si existe alguna base para esta asociación puesto que constituye un importante estigma tanto para los inmigrantes como para los enfermos mentales.

Objetivos: Determinar un perfil de paciente recluso que es valorado en la consulta de psiquiatría de la prisión y si existe algún tipo de asociación con la inmigración o con la violencia.

Metodología: se trata de un estudio realizado en la prisión de Mansilla de las Mulas (León) retrospectivo y observacional donde recogemos los datos sociodemográficos, incluyendo las nacionalidades, sexo y condena de los presos que consultaron con los servicios de psiquiatría de la cárcel durante 2015.

Resultados: de un total de 69 consultas nuevas, 49 resultaron ser de origen español (71%) las siguientes nacionalidades más frecuentes fueron el Magreb con 7 (10%) e Iberoamérica (8,6%). De estas consultas tan solo 9 fueron de mujeres (13%) con una media de edad de 36,84 años. En cuanto al factor condena, nos encontramos hasta un 56,5% debidos a un delito violento. La proporción de pacientes con delitos violentos no es mayor entre reclusos extranjeros (χ^2 , $p=0,19$) ni entre pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) (χ^2 , $p=0,62$). Tampoco los reclusos extranjeros tienen mayores tasas de TMG respecto a los nacionales (χ^2 , $p=0,56$).

Conclusiones: a pesar de las creencias en la sociedad que asocia inmigración con delincuencia o enfermedad mental, esto no queda demostrado en los datos recogidos en este estudio, donde se demuestra que la proporción de delitos violentos no es mayor entre los extranjeros ni entre los pacientes afectados de TMG. Creemos importante des-estigmatizar esta creencia puesto que vivimos en un mundo cada vez más global.

Así encontramos que el perfil de preso en las cárceles españolas es: hombre, español, sin TMG, consumidor de tóxicos (en general, politoxicómano) y condenado por un delito violento.

Palabras clave: trastorno mental grave; violencia; inmigración; perfil.

Bibliografía:

1. Vicens E; Tort V; Dueñas RM; Muro A; Pérez-Arnau F; Arroyo JM et al. "The prevalence of mental disorders in Spain prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Dec; 21 (5): 321-32. Publicación electrónica 26 Jun 2011.
2. K Arbach; A Andrés Pueyo. "Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20". *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28 (3); 174-186.
3. Vicens E. "Violencia y enfermedad mental". *Rev Esp Sanid Penit* 2006; 8:95-99.

Consumo de tóxicos en las cárceles españolas

MÁ Heredero-Sanz, J Valdés-Valdazo, C Manso-Bazus, S Núñez-Sevillano,
FL Rodríguez, A Serrano-García, L Tulleuda-Roca, I Pérez-Martínez

Complejo Asistencial Universitario de León Departamento de Psiquiatría. León

Introducción es comúnmente sabido que en las cárceles se consume todo tipo de tóxicos además de ser enorme el consumo de benzodiazepinas.

Objetivos: actualmente el patrón de consumo de tóxicos está cambiando, el objetivo del siguiente estudio es averiguar cuáles son los tóxicos más consumidos en las cárceles así como intentar esclarecer el porcentaje de pacientes demandantes de benzodiazepinas.

Metodología: estudio observacional y retrospectivo donde se recoge la historia de consumo de tóxicos así como si el objetivo de la consulta tendría entre otras cosas la obtención de benzodiazepinas.

Resultados: el mayor porcentaje (55%) se encuentra en la franja de los politóxicos (siendo el más frecuente el cannabis) y existe un porcentaje no despreciable (24,6%) de no consumidor de tóxicos. En cuanto a la demanda de benzodiazepinas hasta un 72,46% corresponde a los pacientes cuyo objetivo era la obtención de ansiolíticos, esto contrasta con el porcentaje de presos que se reconocen como consumidor habitual de benzodiazepinas (10,1%).

Conclusiones: este estudio demuestra la altísima proporción de consumidores de benzodiazepinas (hasta casi 2 terceras partes de las consultas) en la población reclusa. Esto debería de ponernos sobre aviso durante en el ejercicio de nuestra profesión y hacer una valoración minuciosa antes de prescribir estos fármacos tanto en la población reclusa como en la población general.

Palabras clave: tóxicos; presos; frecuencia.

Participación de Catalunya en el proyecto europeo MEDICS (Mentally Disturbed Inmates Care and Support)

V Humet, A Muro, J Martín J, RA Guerrero, E Turu

Centro Corporativo ICS. Institut Català Salut. Departamentos Salud +Justicia. Barcelona

Objetivo: Presentar la aportación catalana al proyecto europeo MEDICS, que pretende conocer el criterio de los trabajadores penitenciarios sobre las causas, métodos de manejo y propuestas de mejora, en la atención y cuidado de los reclusos que presentan trastornos psicopatológicos (TP).

Material y Métodos: MEDICS se ha realizado en Italia, Croacia, Inglaterra, País de Gales y Cataluña entre 2014–2016. Se diseñaron 7 cuestionarios anónimos, voluntarios y diferenciados para cada uno de los 7 colectivos analizados: directores, profesionales de tratamiento, funcionarios de vigilancia, profesores, facultativos, enfermeros y voluntarios. En Cataluña participaron, de marzo a mayo de 2015, tres centros: dos de 250 reclusos y uno de 950. Se presenta el grado de participación, las características descriptivas de los colectivos participantes y las principales respuestas obtenidas. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Distribución entre los trabajadores penitenciarios de 744 cuestionarios y obtención de 174 cumplimentaciones (23,4%). Hubo más participación en sanitarios y profesionales del equipo de tratamiento (88% y 36% respectivamente). Por edad, eran mayores los médicos a otros trabajadores penitenciarios, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El 40,7% eran hombres y el 57,7% mujeres. Entre los profesionales no sanitarios, destaca que el 70% de los funcionarios de vigilancia eran licenciados. La mayoría (62,4%) consideró el trabajo penitenciario su mayor conocimiento en salud mental.

De las respuestas destacan: a) los directores afirman que los centros pueden proporcionar una atención adecuada cooperando con el sistema nacional de salud; b) los funcionarios de vigilancia estiman que pueden contribuir a reducir los problemas de intranquilidad en los internos; c) los profesionales de tratamiento reclaman formación continuada para identificar y manejar adecuadamente los casos con TP; d) el 71% de los profesores aceptaría alumnos con TP; e) los médicos enfatizan la importancia de formar en Salud Mental a los trabajadores penitenciarios en contacto con internos; f) el 84% de enfermeros considera que lo esencial en la recuperación es el tratamiento psicológico individual o grupal y la planificación de actividades; y g) los voluntarios, apuestan por incrementar las visitas familiares.

Discusión: Algo menos de un cuarto de los profesionales participaron en el proyecto MEDICS. Muchos de los participantes (67%) eran licenciados universitarios. Hay preocupación profesional sobre los TP, pero no discriminación y algunos grupos (médicos y profesionales no sanitarios, sobre todo) consideran básica la formación continuada en este ámbito y el trabajo en equipo multidisciplinar.

Palabras clave: prisión; trastornos mentales; europa; atención sanitaria; equipo multidisciplinar.

Manejo de la polifarmacia antipsicótica en el medio penitenciario

G Hervas-Leyva, M Celdrán, C Ruano, I Algora,
C Huertas, G Sanz, C Salinas, B Sánchez

Centro Penitenciario de Albolote. Farmacia. Albolote, Granada

Objetivos: Es conocido que asociar varios antipsicóticos o forzar las dosis de los mismos, no presenta ventajas sobre la monoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos bipolares. El uso de más de un antipsicótico debe reservarse a determinadas situaciones clínicas, como puede ser: pacientes refractarios al tratamiento, o periodo de inicio en un cambio del mismo.

Los potenciales inconvenientes de la politerapia son: aumento de interacciones medicamentosas, de efectos secundarios, de los costes asociados al tratamiento y disminución de la adherencia.

Nuestro objetivo es conocer el manejo farmacológico de los antipsicóticos típicos y atípicos en esquizofrenia y trastornos bipolar en el medio penitenciario.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, realizado en febrero de 2016.

Se seleccionan todos los pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos (clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, periciazina, flufenazina y perfenazina) y atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, sertindol, ziprasidona, aripiprazol, zuclopentixol, anexapina, amisulpride y papiperidona). Tanto en sus presentaciones orales como las depot en aquellos que las tengan.

Se excluyen los fármacos usados en dosis infraterapéuticas para la indicación en estudio.

Resultados:

- Centros penitenciarios; 3. 710 internos
139 (4%) en tratamiento antipsicótico, de los cuales:
53 (33%) con politerapia antipsicótica, de los cuales:
el 47%, 25/53 inyectable depot + antipsicótico oral
el 53%, 28/53 politerapia oral
 - Hospitales psiquiátricos penitenciarios: 450 internos
414 (92%) en tratamiento antipsicótico, de los cuales:
170 (41%) con politerapia antipsicótica, de los cuales:
el 66,5%, 113/170 inyectable depot + antipsicótico oral
el 33,5% 57/170, politerapia oral
- Conclusiones
- El porcentaje de tratamientos en politerapia antipsicótica es elevado, aunque acorde a los datos de encontrados por otros autores. La complejidad de estos pacientes y el temor a una descompensación pueden ser la causa de que no se retire el antipsicótico oral cuando se ha iniciado un inyectable depot.
 - Dado que todos los antipsicóticos comparte los mismos efectos secundarios y es por tanto más probable su incidencia cuando estos se suman, hemos establecido llevar a cabo reuniones periódicas con los médicos para revisar el balance beneficio riesgo de dichos tratamientos y simplificar aquellas combinaciones que no se estimen favorables.

Palabras clave: polifarmacia; antipsicóticos; balance beneficio-riesgo; esquizofrenia.

La metadona 15 años después. Perfil actual de los pacientes en tratamiento con metadona en un centro penitenciario.

B Toledo García, MA Lario, M Vegue, G Jiménez-Galán,
R García-Berriguete, MJ Granados

C.P. Madrid IV Navacarnero. Servicios Sanitarios. Navacarnero, Madrid

Objetivo: Describir algunas características de los pacientes en PMM (programa de mantenimiento con metadona) en un centro penitenciario (CP). Estudiar los psicofármacos prescritos y la prevalencia de infecciones VIH y VHC y su seguimiento. Comparar los resultados con los registros del PMM del mismo CP del año 2001.

Método: Estudio descriptivo, transversal y unicéntrico a partir de los registros del PMM, Sanit97 y del registro de VHC. Criterio de inclusión: pacientes en PMM el 05.07.2016. Variables de estudio: edad, dosis de metadona, psicofármacos prescritos, serologías VIH y VHC, tratamiento antirretroviral y situación RNA-VHC. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados: En julio del año 2016 se encuentra en PMM el 6,1% de la población del CP (65 pacientes) y el 32,6% recibe dosis superiores a 80 mg, mientras que en el año 2001 estaban en PMM el 32,6% de los internos del CP (353 pacientes) recibiendo dosis superiores a 80 mg el 60%.

En el estudio realizado el año 2016 la edad media es 45,35 años y la dosis media de metadona 74,23 mg. Tienen prescritos psicofármacos el 77% de los pacientes, el 64,6% benzodiazepinas, el 43,1% antidepresivos, el 29,2% neurolepticos y el 20% nuevos anticomociales. Presentan infección VIH 28 pacientes (43,1%), todos con tratamiento antirretroviral, 27 pacientes (96,4%) con carga viral <50 cop/ml y 1 paciente (3,6%) pendiente de estudiar resistencias para cambiar el tratamiento. Con serología VHC+ hay 43 pacientes (66,2%) de los que 10 son RNA-, 14 en respuesta viral sostenida, 12 sin criterio de tratamiento por fibrosis no significativa y 7 pendientes de tratar o de completar estudio.

La dosis media de metadona es más alta (84,6 mg) en los pacientes VIH+ que en los VIH- (66,49 mg) ($p < 0,05$). También se observa asociación entre dosis mayor de metadona y prescripción de psicofármacos ($p < 0,03$) y entre menor edad y prescripción de psicofármacos ($p < 0,05$). No se aprecian diferencias entre la dosis de metadona y la situación virológica del VHC.

Conclusiones:

- En 15 años los usuarios del PMM del CP han disminuido notablemente. También hay una disminución importante del número de pacientes con dosis superiores a 80 mg, siendo los pacientes VIH, posiblemente por su mayor historia de dependencia e interacciones farmacológicas, los que reciben dosis más altas.
- Los pacientes con psicofármacos prescritos reciben dosis significativamente mayores de metadona.
- Los pacientes en PMM en el CP presentan un adecuado seguimiento médico de VIH y de VHC.

Palabras clave: metadona; prisiones; tratamiento de sustitución de opiáceos; trastornos relacionados con sustancias.

Discapacidad intelectual y prisión

V Tort Herrando, R Dueñas, E Vicens, C Zabala, M Martínez, DM Romero

Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Unitat Polivalent de Psiquatria. CP Quatre Camins. Penitenciaria. Barcelona

Introducción: La prevalencia de discapacidad intelectual (DI) en el entorno penitenciario ha estado escasamente valorada. En España, a pesar de diversas aproximaciones o estimaciones no existen datos fiables respecto a las personas que sufren de Discapacidad Intelectual.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de DI en una muestra de la población penitenciaria española, ubicada en módulos residenciales 2) Obtener datos sobre la prevalencia de DI en unidades y hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Métodos: 1) Se realizó una administración del TONI II en una submuestra (n: 398) de un estudio de prevalencia en cárceles españolas (Vicens E, et al 2009) para identificar los internos con DI., 2) Se revisaron la memorias del Área Psiquiátrica Penitenciaria del Parc Sanitari Sant Joan de Deu para determinar los pacientes con diagnóstico principal de DI, 3) Se revisaron datos de documentos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para obtener la prevalencia de discapacidad intelectual en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

Resultados: Los datos del TONI II fueron que un 3,77% de la población estudiada presenta un Coeficiente Intelectual (CI) por debajo de 70, y un 7,54% presentaba una inteligencia límite. Siendo mayores cuando valoramos la hospitalización psiquiátrica.

Conclusiones: Los datos de DI en población penitenciaria presentan unos tasas elevadas, especialmente aquellos que precisan una atención psiquiátrica especializada. Lo que pone de relieve que son necesarios recursos (penitenciarios y comunitarios) para una mayor atención de las personas con DI durante el recorrido en el ámbito penal.

Palabras clave: discapacidad intelectual, retraso mental, delito, prisión.

En el laberinto de las drogas. Drogas y cárcel & Manuel. Relato biográfico

JR Borraz-Fernández

CP El Dueso. Sanidad. Santoña, Cantabria

Objetivo: Conocer vivencias y sentimientos de una persona drogodependiente

Metodología: Estudio descriptivo cualitativo, basado en un relato biográfico con dos entrevistas en profundidad en la prisión.

Se realizaron en consulta de enfermería durante una hora y veinte minutos cada una; previo consentimiento informado y autorización de la Institución.

Se estructuró en categorías.

El informante es una persona drogodependiente; ha vivido la mayor parte de su vida en prisión por causa de su toxicomanía.

Resultados: Lo inicios. Con 10 años se separan mis padres. Dejo lo estudios y conozco el mundo de la droga. Me tengo que buscar la vida y comienzo a robar para ayudar en casa.

Jugando con drogas. Con 13 años, inicio el consumo de cocaína porque los mayores del círculo consumían y te sientes más gallo. Carecíamos de formación sobre drogas y su marginación social.

En casa. Nunca robé en mi casa ni utilicé el dinero de mi madre para drogarme. Robaba para consumir y ayudar a mi madre. Me gusta creer que en mi casa no sabían que consumía hasta los 35 que pedí ayuda. Trabajaba en lo que encontraba, nunca vendí drogas, no he sido traficante ni camello.

Los amigos. El círculo de drogas era mi mundo social y económico; el robo y la estafa me permitían un estatus social y un nivel económico entre mis amigos. Posteriormente, siento vergüenza de consumir con ellos.

No consumí heroína porque un amigo murió de sobredosis

Mi familia. El ser drogadicto ha afectado a mis relaciones familiares.

Nunca he querido tener familia propia por no implicarla en la mala vida que llevo yo.

Mi madre nunca hablaba de drogas —calla y lo lleva en silencio—, mi hermana ponía morro. Compraba y me aislaba consumiendo y comiendo techo. Noto que mi familia tiene miedo por si llego coloco.

Con 44 años, estoy harto, deseo volver con mi familia y dejar de consumir.

El trabajo de la abstinencia. He tenido largos periodos sin consumir, pero recaigo por falta de trabajo.

Participé en un proyecto de ayuda al drogodependiente.

Me veo en un laberinto, sé que hay salida pero no la encuentro.

La cárcel y yo. Llevo toda la vida entrando y saliendo de prisión, desde los 16 años he entrado en 23 ocasiones. Ahí y con 37 años me engancho a la heroína porque me relajaba más, pero nunca me he pinchado.

Aquí me he sentido ayudado por el equipo sanitario. Participo en programas como agente de salud.

Jugando con mi salud. Es la que más afectada por mis consumos y la mala vida que he llevado. Y digo, si lo paso tan mal, ¿porque vuelvo? Nunca lo he entendido.

Conclusiones: Este relato, pone de manifiesto las singularidades propias del caso que deben ser conocidas por la enfermería, con el fin de prestar cuidados específicos a cada persona drogodependiente.

Palabras clave: drogas; biografía; atención de enfermería; cualitativa.

Doctor, tengo ansiedad

M Alonso Alcañiz, JM Antolín Mugurza, JA Málaga Gil,
B Lizcano Molina, J Gutiérrez Parriego, E Alonso Martín

C.P. Ocaña I. Enfermería. Ocaña, Toledo

Descripción del caso: Paciente de 31 años que acude por palpitaciones de varias horas de evolución, que han aparecido en reposo, tras fumar marihuana.

El paciente refiere desde niño palpitaciones que sobre todo aparecían con el sobreesfuerzo, cediendo en reposo. Nunca estudiadas, con diagnóstico de presunción de “ansiedad”.

En el último año los episodios eran mas frecuentes, tardaban más en ceder y no aparecían con ejercicio intenso como previamente, aunque si lo relacionaba con el consumo de marihuana que llevaba a cabo de forma habitual desde hacía varios años.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, estable hemodinámicamente.

Se le realizó ECG que mostraba taquicardia de QRS ancho, a 170 pulsaciones por minuto.

Se puso perfusión de amiodarona, cediendo el cuadro en pocos minutos, mostrando ECG de ritmo sinusal a 85 pulsaciones por minuto, sin otros hallazgos, cediendo las palpitaciones.

Se ingresó al paciente, con monitorización de constantes vitales y ECG para estudio.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular con pulso.

Diagnóstico diferencial: Dada la edad del paciente y su estabilidad hemodinámica, podríamos dudar entre una taquicardia supraventricular con conducción aberrante o una taquicardia ventricular con pulso.

Comentario final: Tuvimos la “suerte” de poder registrar la arritmia, lo que nos permitió derivarlo para estudio de la misma sin mayor repercusión sobre su estado vital. Pero...¿y si nuestro paciente hubiera seguido teniendo episodios sin diagnosticar, achacándolo a ansiedad, como había ocurrido hasta ahora?

Palabras clave: taquicardia; ventricular; ansiedad; electrocardiograma.

Tofos gotosos en paciente joven

M Alonso-Alcañiz, JR Rebolledo-García, L Piñel-Pérez,
M Ramos-García, MJ Rodríguez-Osorio, C Carrero-Téllez

C.P. Ocaña I. Enfermería. Ocaña, Toledo

Motivo de Consulta: Paciente de 33 años diagnosticado de artropatía gotosa severa que acude a consulta por un cuadro de aumento de dolor articular a nivel de tobillos y rodillas fundamentalmente.

El paciente refiere que lleva varios días sin tomar medicación (febuxostat 120/24h y colchicina 1 mg/24h).

Evolución de la Enfermedad: Inicio de sintomatología a los 12 años a modo de parestesias. A los 14 años se le diagnosticó de hiperuricemia, pero no inició tratamiento hasta hace 6 años con colchicina, alopurinol, metilprednisolona y prednisona, sucesivamente, sin mejoría, según refiere.

Refiere que habitualmente el dolor es más acusado en manos y rodillas, aunque presenta dolor en todas las articulaciones.

Además comenta que suele asociarse picor intenso por todo el cuerpo, y que suele empeorar cuando está más nervioso. También suele presentar calambres

Última analítica 15 días antes, con hematología y coagulación normal; bioquímica normal salvo ácido úrico (9,4 mg/dl) con PCR normal; en Febrero 2015 el ácido úrico era 11,1 mg/dl y en octubre 2015, 10,2 mg/dl.

Antecedentes Familiares: Familia materna diagnosticada de gota.

Exploración: Tofos gotosos en codos, manos, rodillas y tobillos.

Discusión: La gota es una enfermedad metabólica, con predisposición hereditaria, que suele aparecer por consumo excesivo de determinados alimentos o bebidas alcohólicas, aunque no siempre es así. Es una enfermedad frecuente que afecta sobre todo a varones entre 30 y 50 años.

Ocurre por depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones y otros tejidos, causando una respuesta inflamatoria, pudiendo inducir daño tisular permanente.

El desarrollo de tofos intradérmicos se correlaciona con enfermedad avanzada y se asocian al uso prolongado glucocorticoides, diabetes, obesidad, consumo de determinados fármacos (diuréticos tiazídicos, ciclosporina, aspirina) e insuficiencia renal crónica.

En nuestro caso, el paciente no tenía ninguno de estos factores de riesgo, pese a lo cual padecía abundantes tofos gotosos y artritis gotosa con deformidades articulares.

Palabras clave: tofos; gota tofacea; artritis gotosa.

Historia de enfermería en prisiones

ÁM López-Sánchez, J Borraz-Fernández, MP Fernández-Prieto

CP El Dueso. Sanidad. Santoña, Cantabria

Objetivo: Conocer la historia de enfermería en las cárceles.

Método: Búsqueda bibliográfica.

Resultados: La primera referencia que encontramos es de la Congregación de los Hermanos Enfermeros Obregones en 1634. Con posterioridad Concepción Arenal analiza la realidad social, benéfica y penitenciaria denunciando la necesidad de suplir las carencias existentes en los servicios de enfermería. Continúa un periodo de sucesión de convocatorias para plazas de practicantes siendo la de 1947 relevante por su cuantía de 80 plazas de practicantes de Sanidad Penitenciaria. Así mismo se transcribe al BOE el Reglamento del Hospital Central Penitenciario de Mujeres Raimundo Fernández Cuesta señalando el papel de las Hermanas Enfermeras. En 1949 se crea la escala Auxiliar de Sanidad Penitenciaria, en 1956 aparecen los practicantes mayores de 1ª y 2ª clase y los practicantes de 1º, 2º y 3º clase. En 1970 se crea el Cuerpo de ATS de IIPP que en 2011 cambia la nomenclatura por la de Cuerpo de Enfermeros de IIPP.

Discusión. La actividad de la enfermería penitenciaria está recogida en el artículo 324 del RD120/1981 *de 8 de Mayo* y esta legislada por la Constitución Española y las Leyes General de Sanidad, General Penitenciaria, Ordenación de las profesiones sanitarias, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y Reglamento Penitenciario. El Cuerpo de Enfermeros de IIPP está constituido por 597 Enfermeras/os distribuidos en 70 Centros Penitenciarios, 2 hospitales psiquiátricos, 31 CIS y tres unidades de madres. El 60% son mujeres y el 50% son menores de 37 años. La ratio de enfermeros/presos es de 1/110.

Conclusiones: La asistencia de Enfermería está presente en las cárceles al menos desde el Siglo XVII hasta nuestros días. Practicantes, Visitadoras, Religiosas/os, Auxiliares del Cuerpo de Sanidad, ATS y enfermeras han prestado o prestan esta asistencia a las personas privadas de libertad, aportando su papel organizativo, gestor, educador y asistencial.

En la actualidad, la asistencia de enfermería a los presos, se presta de forma equivalente a la población general en sus tres vertientes: dependiente, independiente e interdependiente, con las características propias del entorno penitenciario.

Para el futuro próximo, de acuerdo con la disposición adicional sexta de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del 2003, la Sanidad Penitenciaria y con ello la Enfermería deberá integrarse en el Sistema Nacional de Salud y de este modo, se asumirán las competencias al mismo nivel que las propias de los profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: enfermería; prisión; historia; penitenciaria.

Dolor abdominal en paciente joven

M Alonso-Alcañiz, JM Antolín-Mugurza, JR Rebolledo-García,
M López-Fernández, AM Gallego-Rodrigo

C.P. Ocaña I. Enfermería. Ocaña, Toledo

Motivo de Consulta: Paciente de 40 años, fumador de un paquete de tabaco/día y bebedor de 4-5 cervezas/día (hasta el ingreso en nuestro centro 1 año antes), con epigastralgia de repetición desde 2009 y VHB positivo, sin otros antecedentes personales médico-quirúrgicos ni antecedentes familiares de interés.

Refiere desde hace 3 semanas estreñimiento que no mejora pese a Duphalac ocasional y Micralax ocasional.

Refiere desde hace una semana vómitos ocasionales, por lo que ha disminuido la ingesta, y aumento progresivo de dolor abdominal, que ahora es continuo y le impide dormir.

Exploración: Mal estado general, palidez mucocutánea por cortejo vegetativo acompañante.

Abdomen con defensa voluntaria a nivel de hipocondrio dcho, sin signos irritativos peritoneales, con aumento del perímetro abdominal respecto a exploración previa (una semana antes); no se palpan masas; peristaltismo disminuido con lucha al estimularlo. No pérdida de peso.

Evolución de la Enfermedad: Se remite a Urgencias hospitalarias bajo la impresión diagnóstica de “suboclusión intestinal”, donde se realiza:

- analítica de sangre: AST 56 mU/ml, GPT 107 mU/ml, PCR 29 mg/l, leucocitos 12.400/l; resto normal.
- gasometría arterial con FiO2 21%: pH 7,52, pCO2 45, pO2 72, bicarbonato 26 mmol/l, lactato 11 mg/dl.
- coagulación: normal.
- Rx tórax (sin hallazgos) y Rx abdomen :dilatación de asas de intestino delgado y grueso con niveles hidroaéreos. Ausencia de gas distal.
- TAC abdomino-pélvica: engrosamiento mural asimétrico y estenótico de colon descendente proximal con afectación de grasa extramural adyacente, compatible con neoplasia. Adenopatías regionales en la grasa pericólica. Hígado con nódulo hipodenso, indeterminado.

Se realiza intervención quirúrgica urgente (hemicolecotomía izq con colostomía terminal), donde se detectan implantes en epiplon y peritoneo regional. Se realiza TAC torácica (estudio de extensión): pequeñas adenopatías hiliares derechas. Imágenes nodulares bilaterales en LLII, posiblemente metástasis.

Alta al Centro Penitenciario por evolución favorable, con cita en Oncología para iniciar quimioterapia.

Discusión: El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España, si se cuenta hombres y mujeres, con cifras entre 28.500 y 33.800 nuevos casos cada año. Afecta a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años.

Casi todos los casos de esta afección se diagnostican en mayores de 50 años y la frecuencia de la enfermedad aumenta de manera progresiva después de esta edad, con una edad media de presentación de 70 años. Entre 6 y 8% de los casos ocurren en menores de 40 años, generalmente asociadas a formas familiar y hereditaria de la afección, iniciándose típicamente alrededor del tercer decenio.

Cuando se presenta en personas jóvenes suele tener peor pronóstico por retraso en la consulta y en el momento del diagnóstico presentan tumores avanzados. Los motivos de las crecientes tasas de cáncer colorrectal en los adultos jóvenes no se conocen, pero se cree que puedan estar relacionados con la genética, los factores ambientales y menos detecciones de cáncer temprano en ese grupo de edad. En este caso presentamos a un paciente joven con cáncer de colon no asociado a formas familiar ni hereditaria, con enfermedad diseminada al momento del diagnóstico.

Actualmente, las técnicas de detección temprana del cáncer de colon solo están indicadas para personas mayores de 50 años, y sólo se realizan en personas más jóvenes con signos de cáncer y/o con antecedentes familiares. Pero incluso, en el caso de personas más jóvenes, la presencia ciertos síntomas como la anemia o los problemas digestivos, suele atribuirse a otros problemas médicos y no a relacionarlos con cáncer.

Palabras clave: cáncer; colon; detección precoz.

Población penitenciaria: nuevos determinantes de salud, nuevas necesidades asistenciales

JP Golf Zaragoza, P Sardà

Centre Penitenciari Quatre Camins. Servicions mèdicos.La Roca del Vallès, Barcelona

Resumen: Introducción: La mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha reducido mucho los últimos años en la población penitenciaria española, modificando la morbi-mortalidad de otras enfermedades crónicas y el perfil de edad de la población. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la morbi-mortalidad de los hombres reclusos en el centro penitenciario de Quatre Camins de Cataluña.

Métodos: Estudio de tendencias entre los años 1990 y 2015. La población de estudio fueron los hombres reclusos en el centro penitenciario durante el periodo estudiado. Se describió la población según edad y nacionalidad. Se calculó la evolución de las tasas de mortalidad para las principales causas y de las prevalencias de enfermedad crónica e infecciosa. Se valoró la significación de la tendencia mediante modelos de regresión de Poisson Robusta.

Resultados: Se observó una disminución de la población española y un aumento de la extranjera. Se redujo la proporción de reclusos mayores de 40 años y aumentó la de 21 a 40, principalmente entre extranjeros. El tiempo de permanencia en el centro aumentó. La tasa de mortalidad disminuyó para casi todas las causas y de manera muy importante para la infección por VIH, excepto la mortalidad por cáncer que aumentó. Disminuyó la prevalencia de casi todas las patologías crónicas, excepto la prevalencia de las demencias, que aumentó.

Discusión: Además de los avances terapéuticos de los últimos años en enfermedades infecciosas, el aumento de la población joven, principalmente extranjera, probablemente sea una causa importante de la disminución de mortalidad y de morbilidad por la mayoría de las enfermedades crónicas de nuestra población. El aumento de la mortalidad por cáncer y de la prevalencia de las demencias quizás tenga relación con la exposición a los hábitos y al entorno propio al medio penitenciario.

Palabras clave: prisión; reclusos; envejecimiento; mortalidad; morbilidad; enfermedad crónica.

Cronicidad y educación para la salud

ÁM López-Sánchez, O Corral, E Requena, JR Borraz, C Cobo

CP El Dueso. Enfermería. Santoña, Cantabria

Introducción. El envejecimiento de la población penitenciaria es evidente determinando que la actuación sanitaria en nuestras prisiones se dirija hacia la asistencia a patologías crónicas. Las enfermeras/os juegan un papel importante en esa asistencia aportando planes de cuidados al paciente crónico y a la comunidad.

Objetivo: Priorizar los planes de educación para la salud acorde a las necesidades.

Método: Realizamos en el Centro Penitenciario un estudio transversal en Junio 2016 analizando las patologías crónicas más frecuentes, la adherencia al tratamiento, los recursos disponibles y una encuesta poblacional sobre una muestra representativa (N=25) basada en edad, sexo, nacionalidad y tiempo de condena explorando los 10 pilares básicos de los hábitos de vida saludables. Establecemos los diagnósticos enfermeros de cronicidad de la Comunidad, priorizamos los planes de cuidados y determinamos las actividades de Educación para la Salud.

Resultados: Participan en la encuesta el 88% (N=23). El 34% no desayuna. El 44% ingiere diariamente menos de 1l/día. El 28% no consume alcohol y el 96% considera que no es un hábito cotidiano. El 16% realiza vida sedentaria. El 12% no tiene ningún hábito tóxico. El 52% no utiliza los recursos que les ofrece el centro en materia de drogas. El 88% hace un uso adecuado de los medicamentos prescritos. El 34% está en tratamiento crónico por enfermedad común de los que el 25% tiene mala adherencia y el 49% con psicofármacos con buena adherencia. El 80% considera tener los conocimientos necesarios en materia de sexo y el 84% emplea el preservativo con parejas desconocidas. El 44% no usa protección solar en época veraniega. El 76% considera realizar una conducción responsable. El 24% afirma no dormir bien. El 24% no tiene amistades entre el resto de internos. El 80% emplea los recursos del centro no relacionados con la droga.

Discusión. Las necesidades de Educación para la Salud en nuestro Centro han de ir dirigidas a fomentar el empleo de los recursos del centro en materia de prevención en el consumo de drogas, incrementar la adherencia al tratamiento sobre todo crónico, informar del uso adecuado de los protectores solares, poner en el valor que corresponde el consumo de tóxicos intensificándolo sobre las drogas legales (Alcohol/Tabaco) y el THC y promoción de los hábitos saludables de alimentación, higiene personal, actividad física y sexualidad responsable.

Conclusiones: Las actividades de EpS en una comunidad penitenciaria requieren estudio de necesidades reales de quienes la componen.

Palabras clave: educación para la salud, Sanidad Penitenciaria, cronicidad.

Proceso de reetiquetado de medicamentos en dosis unitaria en un centro penitenciario. “Sígueme”

MP Baz-Sánchez, L Valladolid, MD Quiroga,
MA Antxia, MI Sánchez-Martitegui, S Ramos

Centro Penitenciario Araba. Centro de salud Zaballa CP. Nanclares de la Oca, Álava

Objetivo: describir el proceso de reetiquetado de medicamentos para la preparación y dispensación de medicación en dosis unitaria en un centro penitenciario.

Método: se utiliza el programa de Dale color a tu dosis unitaria cedida por el Servicio de Farmacia del Hospital de Parapléjicos de Toledo, adaptado a nuestro centro. Con este programa se imprimen las etiquetas con las que se va a identificar los medicamentos con su nombre comercial, principio activo, dosis, lote y caducidad, aportando a cada etiqueta un formato en color diferente para su diferenciación.

Resultados: Primero se realiza una aproximación de la cantidad de medicamentos necesarios para la preparación de la dosis unitaria. Se calcula la medicación necesaria para 15 días de preparación de unidosis, de tal manera que no se reetiquete en exceso. A continuación, se imprime con el programa Dale color a tu dosis unitaria las etiquetas de los medicamentos a reetiquetar. Posteriormente se pega la etiqueta por detrás del blíster y después se corta de tal manera que cada unidad de medicamento queda identificado. Todo este trabajo se realiza de manera manual.

Solamente se reetiqueta la medicación comercializada en blíster que una vez cortado individualmente pierde la identificación. Para el reenvasado de medicamentos en envase multidosis se utiliza otro sistema. Los medicamentos, una vez cortados en unidades, y que queden correctamente identificados con su lote y caducidad (formato de dosis unitaria) no sería necesario su reetiquetado.

Conclusiones: la identificación correcta de todos los fármacos que se dispensan en sistema de dosis unitaria permite conocer en todo momento el medicamento del que se trata, su caducidad y lote. Así, ante cualquier alerta de seguridad de medicamento es posible retirar los lotes afectados. Además, ante una posible requisa de medicación, conocemos en todo momento el fármaco del que se trata y su caducidad. De esta manera, se aporta seguridad y trazabilidad en la preparación y dispensación de medicamentos en el centro penitenciario. Con este proceso también reducimos el gasto farmacéutico, ya que permite en todo momento la devolución de los medicamentos, evitando desechar la medicación incorrectamente identificada.

Palabras clave: reetiquetado; unidosis; identificación; preparación.

Cuantificación de medicamentos reetiquetados en dosis unitaria en un centro penitenciario. “Medicación que habla”

MP Baz-Sánchez, L Valladolid, S Ramos,
MI Sánchez-Martitegui, MA Antxia, ML Quiroga

Centro Penitenciario Araba. Centro de salud Zaballa CP. Nanclares de la Oca, Álava

Objetivo: cuantificar la medicación que se reetiqueta en dosis unitaria en un centro penitenciario.

Método: estudio cuantitativo en el que se recogieron los datos de medicamentos que han sido reetiquetados entre julio 2015 a junio 2016.

Se utilizó el programa de Dale color a tu dosis unitaria cedida por el Servicio de Farmacia del Hospital de Parapléjicos de Toledo, adaptado a nuestro centro. Con este programa se imprimen las etiquetas con las que se va a identificar los medicamentos con su nombre comercial, principio activo, dosis, lote y caducidad, aportando a cada etiqueta un formato en color diferente para su diferenciación. Con cada impresión de etiquetas se genera un registro con los datos de los medicamentos junto con el día y la hora de impresión.

Solamente se reetiquetó la medicación comercializada en blíster, que una vez cortado individualmente perdía la identificación, descartando los medicamentos que se comercializan en envase multidosis. También se excluyeron los medicamentos que una vez cortada la unidad quedaba correctamente identificada con su lote y caducidad (formato de dosis unitaria).

Resultados: Los medicamentos reetiquetados durante el periodo de estudio por orden descendente fueron los siguientes: clonazepam de 0.5 y 2 mg 3375 unidades/mes (27,57%), tramadol retard 100 y 150 mg 917 unidades/mes (7,49%), fluoxetina 708 unidades/mes (5,79%), venlafaxina 75 mg, venlafaxina retard 75 y 150mg 580 unidades/mes (4,74%), oxcarbazepina 547 unidades/mes (4,47%), amitriptilina 25 y 75 mg 498 unidades/mes (4,07%), duloxetina 30 y 60 mg 424 unidades/mes (3,46%), atomoxetina 40 mg 358 unidades/mes (2,93%), levetiracetam 500 y 1000 mg 333 unidades/mes (2,72%), ribavirina 200 mg 309 unidades/mes (2,53%) y otros 4192 unidades/mes (34,25%). Como media se reetiquetan 12241 unidades al mes.

Conclusiones: el medicamento que más se reetiqueta es el clonazepam (27,57%), suponiendo un porcentaje elevado del reetiquetado, junto con antidepresivos (18%) y antiepilépticos (10,22%) suponen el 55,79% de los medicamentos reetiquetados. Un porcentaje importante del tiempo de reetiquetado se vería reducido sustancialmente si el clonazepam, los antidepresivos y los antiepilépticos se comercializaran en formato de dosis unitaria.

Palabras clave: cuantificación; identificación; reetiquetado; etiqueta.

Realización de espirometrías en el seguimiento de pacientes con patologías crónicas en un centro penitenciario

MV Planelles-Ramos, M Jiménez-Pérez, R Lázaro-Monge, S Granero-Chinesta, D Sánchez-Alcón, EJ Vera-Remartínez, J Maicas-González

Centro Penitenciario Castellón I. Enfermería. Castellón de la Plana

Fundamento: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad crónica progresiva caracterizada por la limitación del flujo aéreo. Representa la cuarta causa de muerte en el mundo.

Objetivo: Estimar el porcentaje de pacientes con criterios diagnósticos de EPOC en una muestra de internos a los que se les realiza un seguimiento de otras patologías crónicas dentro de la consulta programada de enfermería en un centro penitenciario.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, trasversal y retrospectivo de una muestra de pacientes que realizaron una espirometría forzada en un centro penitenciario durante 2015. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas. Se realizaron hasta 3 espirometrías forzadas por paciente, tomando resultados de la mejor, con espirómetro modelo DATOSPIR MICRO, correctamente calibrado. Establecemos diagnósticos de EPOC mediante La Global Initiative for Chronic Obstructive Disease (GOLD) y mediante el Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (FEV1). Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas que se expresaron en forma de medias con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas. Se realiza análisis comparativo mediante T-Student (cuantitativas) Ji-Cuadrado de Pearson (Cualitativas). Se utilizó el programa IBM-SPSS Statistics v.20. Todos los pacientes dieron consentimiento autorizado para participar.

Resultados: 124 pacientes seguidos por patologías crónicas, 3 pérdidas por traslado. La muestra quedó constituida por 121: 94 (77,7%) varones y 27 (22,3%) mujeres. Media de edad de 50,1 años IC 95 % (48,1 a 52,1) mínimo 27 y máximo 77. Fumadores 61 (50,4%) con un índice de tabaquismo importante (>30 paquetes/año) del 18%. Se establece diagnóstico de EPOC (GOLD) en 41 (33,9%): leve 22 (18,2%), moderado 17 (14%), grave 2 (1,7%). Se diagnostican como EPOC (FEV1): 33 (27,3%). Moderado 29 (24,0%), grave 3 (2,5%) y muy grave 1 (0,8%).

Conclusiones: La EPOC está infradiagnosticada en nuestro centro. Aparecen un porcentaje importante de diagnósticos en una muestra que presenta otras comorbilidades. La prevalencia del hábito tabáquico es elevada en esta muestra, como lo es en general en la población penitenciaria. Se hace imprescindible, establecer estrategias de intervención antitabáquica de forma sistemática, así como incluir la realización de espirometrías de forma programada a todos los internos que puedan estar en situación de riesgo de desarrollar esta patología o por el sólo hecho de presentar factores de riesgo, como lo es la edad o fumar.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedad crónica; espirometría; hábito de fumar.

Diagnóstico de la atención de salud en los Centros de Cumplimiento Penitenciario en las provincias de San Felipe y Los Andes. V Región, Chile

DR Iturrieta-Henríquez¹, C Tetelboine², P Lobos³, C Quiñones⁴, M Matus⁵

¹ Universidad de Valparaíso. Escuela de Medicina. San Felipe, Chile

² Doctorado en Ciencias Colectivas de la Salud. UAM. México.

³⁻⁴ Centro de Cumplimiento Penitenciario de Los Andes

⁵ Centro de Cumplimiento Penitenciario de San Felipe

Introducción: Según antecedentes de La Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos, al sistema de cárceles en Chile, le falta “buena salud y atención médica especializada”. En este sentido la Salud Pública, debe velar por una atención de salud integral, un servicio público que debe ser de calidad para todos los usuarios de la red de salud, utilizando un criterio de inclusión para todas las personas y por ende también para aquellas que están privadas de libertad.

Objetivos: Analizar las condiciones para la atención de salud y enfermedad de los internos y la valoración que realizan de esta los internos/as, profesionales y funcionarios, en los Centros de Cumplimiento Penitenciario de San Felipe y Los Andes en el año 2014.

Métodos: Se adoptó un enfoque cualitativo, con un diseño con una orientación etnográfica, realizado mediante la observación, entrevistas semiestructuradas y grupos focales, aplicadas a internos, internas, funcionarios y profesionales vinculados a la atención de salud. La información fue analizada a partir del análisis de contenido.

Resultados: Ambas cárceles cuentan con una “Unidad de enfermería”, la atención de salud se lleva a cabo por solicitud espontánea. En ambos CCP’s, se cuenta y es visible un equipo de salud. Los paramédicos, son la figura troncal del proceso de atención. El médico, tiene escasas horas de servicio y tiene la facultad de derivar. Para efectos de resolver las urgencias, la decisión queda a criterio del funcionario de turno.

Al visitar los espacios de uso cotidiano se reconocen espacios sobrepoblados, insalubres, poco dignos, sin higiene y claramente deteriorados.

El equipo involucrado en la atención, relata un servicio claramente protocolizado y ordenado.

Los internos/as verbalizan valoraciones que refieren un contraste entre la calidad humana y la calidad profesional de los funcionarios de salud, llegando a situaciones de malos tratos y violencia.

Discusión: Las condiciones de habitabilidad y de atención de salud en las cárceles de San Felipe y Los Andes no permiten que las personas privadas de libertad tengan una buena salud.

Conclusión: Los funcionarios y profesionales tienen una valoración positiva de los procesos de atención de salud y condiciones para ésta, sin embargo dichos relatos se contraponen a lo expresado por los internos/as quienes en su mayoría demandan una atención oportuna y humana. Los desafíos futuros están en concretar acciones vinculadas a la promoción de la salud, y el abordaje integral de los temas de Salud Mental.

Palabras clave: atención de salud; enfoque de salud basado en los derechos humanos; cultura carcelaria.

Conciliación de la medicación en un centro penitenciario

M Nogales, FJ Marijuan, P Etxeandia, R Velasco, MJ González-Casi, P Baz

Centro Penitenciario Araba. Centro de salud Zaballa CP. Nanclares de la Oca, Álava

Objetivo: Describir los resultados de un programa de conciliación en un centro penitenciario (CP).

Método: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en el CP durante el periodo estudio (1/07/2015-30/06/2016), procedente de otro CP y de libertad. También se incluyeron aquellos que tuvieron alguna transición asistencial (ingreso en el hospital y un regreso del hospital al CP).

En los pacientes que ingresaban de otro CP se revisó la historia clínica en papel. En los que ingresaban de libertad se comprobó la prescripción electrónica de atención primaria y la información farmacoterapéutica de la historia clínica electrónica (HCE) (evolutivos, informes de alta...). En los pacientes que ingresaban en el hospital se contrastó la prescripción hospitalaria con la prescripción de CP. Los pacientes que regresaban al CP tras el ingreso hospitalario se revisaron la prescripción hospitalaria y el informe de alta.

Dado que el hospital público de referencia, los centros de salud comunitarios y el centro de salud penitenciario comparten la misma HCE, se puede acceder a la información clínica del paciente.

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes (edad media: 39 años), 343 fueron hombres y 57 mujeres.

Se realizó conciliación de la medicación en 504 transiciones asistenciales: 330 provenían de otros CP, 120 procedían de libertad, 37 fueron ingresos hospitalarios y 17 regresaron del hospital.

En cuanto a la procedencia de los pacientes encontramos que había más discrepancias en los pacientes que ingresaban de otros CP (50%), seguidos de los que provenían de libertad 34%, los que reingresaban en el CP desde el hospital 9,5% y, por último, aquellos que ingresaban en el hospital 6,38%.

De las 504 conciliaciones se encontraron 94 discrepancias que requirieron aclaración (18,6%). Las discrepancias más frecuentes fueron la omisiones 56,3%, seguido de los cambios de dosis 3,9%, cambio de frecuencia 6,3%, comisión 2,1%, cambio de vía 1,06%, cambio de horario 1,06%, medicamento contraindicado 1,06%. El 69,15% de las discrepancias fueron errores de conciliación, mientras que el 30,85% finalmente fueron discrepancias justificadas.

Los pacientes que tuvieron alguna discrepancia tomaron como media 5 medicamentos.

Conclusión: La conciliación de la medicación por parte del farmacéutico en un CP, en colaboración con los médicos, se considera una estrategia para disminuir los errores de medicación, aumentando la seguridad de nuestros pacientes. Es importante instaurar esta práctica en el trabajo diario del farmacéutico del CP, especialmente en las transiciones asistenciales y prestando especial atención a los pacientes que provienen de otro CP.

Palabras clave: conciliación; medicación; transición; discrepancia.

Diabetes diagnosticada y control óptimo de la enfermedad en presos de Cataluña

M Pagarolas-Soler, P Alonso-Gaitón, N Saperá-Miquel, J Valiente-Soler,
M Sánchez-Roig, Grupo de Trabajo de Diabetes Diagnosticada

¹ Centro Penitenciario Brians 2. Área Sanitaria. Sant Esteve Sesrovires, Barcelona
Diferentes centros penitenciarios: CP Brians 2 (Barcelona), CP Quatre Camins (Barcelona),
CP Homes de Barcelona (Barcelona), CP Ponent (Lérida)

Objetivo: Determinar la prevalencia de diabetes diagnosticada (DD) y el nivel de control de la enfermedad en presos de Cataluña.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, transversal realizado en 4 prisiones de Cataluña en abril-mayo 2016. Se calculó la prevalencia de DD en la población internada y en los casos de DD se recogieron las variables: centro penitenciario, sexo, edad actual y al diagnóstico, IMC, origen, estudios, uso de drogas, síndrome metabólico, infección VIH o VHC, otras comorbilidades, tipo de diabetes, porcentaje de Hb1Ac, tratamiento, actividad física, conocimientos de actuación en hiper o hipoglucemia, y participación en actividades educativas. Se consideró control óptimo si Hb1Ac < 7,5% y de alto riesgo si Hb1Ac > 9%¹. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la prueba de la χ^2 . Para determinar variables asociadas al control se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 4307 pacientes, 100% hombres, de 50,2 años de edad media (rango: 26-84). Se detectaron 93 DD (prevalencia 2,16%), 23,7% tipo 1 y 76,3% tipo 2. El 22,6% en tratamiento con insulina, el 51,6% con antidiabéticos orales (ADO) y el 25,8% con ambos. Los de tipo 1 eran más jóvenes (42,4 Vs 52,6 años; $p < 0,001$), más delgados (76,4 Kg Vs 87,1; $p = 0,02$), diagnosticados más jóvenes (25,2 años Vs 44,1; $p < 0,001$), más consumidores de drogas (100% Vs 83,1%; $p = 0,03$) y decían saber actuar ante hiper o hipoglucemias (63,6% y 72,7% Vs. 40,8% y 45,1%; $p = 0,05$ y $p = 0,02$, respectivamente).

El 52,4% de los DD tenía un control óptimo, pero el 20,2% un control de alto riesgo. El óptimo era más frecuente en diabéticos tipo 2, en casos con síndrome metabólico, en tratados con ADO, en participantes en actividades educativas y en los que sabían cómo actuar ante hipoglucemias, pero el análisis multivariante sólo lo asoció al tratamiento con ADO ($p = 0,003$; OR=3,97, IC: 1,60-9,88).

Discusión: La prevalencia observada de DD es muy inferior a la de la población española² posiblemente porque está subestimada. El control óptimo es bajo y el de riesgo muy alto³, aunque los resultados pueden estar sesgados por la corta estancia en prisión en algunos casos y por el tipo de población, frecuentemente drogodependiente y con pocos hábitos saludables. Se recomienda aplicar programas de diabetes en prisión o mejorar los actuales con objeto de incrementar el diagnóstico y el control de la enfermedad.

Palabras clave: diabetes mellitus; preso; síndrome metabólico; complicación aguda.

¹ Recomendaciones de la International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Disponible en: <http://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/debut/nivel-ideal-glucosa-sangre>.

² Prevalencia de la Diabetes en España: Estudio DI@BET.es. Disponible en: <http://www.adc.cat/not/not-271.pdf>.

³ Graciani A, et al. Control de la glucemia de pacientes diabéticos en España mediante objetivos individualizados: un estudio de base poblacional. Rev Esp Cardiol 2014; 67:151-3.

Tratamiento directamente observado de larga duración y adaptación al régimen penitenciario

S De Diego-Gómez, C Otero, M Vegue, C Huerta, JD Cosín, MA Sastre

C.P. Madrid IV Navacarnero. Servicios Sanitarios. Navacarnero, Madrid

Objetivo: Describir los tipos de tratamiento directamente observado (TDO) de larga duración administrados en un centro penitenciario (CP). Conocer los motivos para indicar esta forma de prescripción. Evaluar el nivel de adaptación al régimen penitenciario de los pacientes que reciben estos tratamientos.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y unicéntrico realizado el 22.06.2016 a partir de los registros del programa Sanit97 adaptado al CP y del Sistema de Información Penitenciaria. Criterio de inclusión: pacientes en TDO prescrito por 30 o más días. Variables de estudio: edad, indicación para la prescripción en TDO, fármacos dispensados y número de expedientes sancionadores incoados como indicador de adaptación al régimen penitenciario. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados: Se encuentran en TDO de larga duración 83 pacientes, un 7,5% de la población total del CP. Tienen indicación de TDO por presentar situación de dependencia por enfermedad médica 16 pacientes (19,3%), por enfermedad psiquiátrica 44 pacientes (53,0%), por tratamiento VHC 12 pacientes (14,5%) y por riesgo de uso inadecuado de la medicación 11 pacientes (13,3%). Ingresaron ya en TDO 39 pacientes (47%) y comenzaron en este CP 44 (53%). Reciben neurolépticos depot el 19,3%, neurolépticos por vía oral el 51,8%, anticolinérgicos el 14,5%, antidepresivos el 26,5%, benzodiacepinas el 48,2%, nuevos anticomiciales el 13,3%, tratamiento para TDAH el 4,8%, antihipertensivos el 12,0%, antidiabéticos orales, el 7,2%, insulina el 6%, antituberculosos el 2,4%, antiretrovirales el 7,2%, naltrexona el 4,8%, tratamiento VHC el 14,5% y otros tratamientos el 34,9%.

Se observa asociación estadísticamente significativa entre la indicación por presentar situación de dependencia por enfermedad médica y la adecuada adaptación al régimen penitenciario ($p=0.000$), mientras que los que reciben TDO por riesgo de uso inadecuado de la medicación presentan inadaptación al régimen de la prisión ($p=0.004$). Los tratamientos con antihipertensivos ($p=0.004$), antidiabéticos orales ($p=0.013$) e insulina ($p=0,031$) se asocian a buena adaptación al régimen carcelario mientras que los neurolépticos ($p=0,035$) y los nuevos anticomiciales se asocian a inadaptación al régimen penitenciario.

Conclusiones: Los pacientes en TDO de larga duración por encontrarse en situación de dependencia por enfermedad médica presentan buena adaptación al régimen penitenciario.

Se confirman los resultados de estudios anteriores que relacionan la utilización de neurolépticos en prisión con la inadaptación al medio penitenciario. Además, también se asocia el tratamiento con los nuevos anticomiciales y la inadaptación de los pacientes al régimen de la prisión.

Palabras clave: terapia por observación directa, cumplimiento de la medicación, prisiones, sanción.

Diabetes y drogas en prisión: análisis de necesidades

J Valiente-Soler¹, N Saperá¹, P Alonso¹, M Pagarolas¹, M Sánchez-Roig², A Coll³

¹ Centro Penitenciario Brians 2. Área Sanitaria. Sant Esteve Sesrovires, Barcelona

² CP Quatre Camins

³ Institut Català de la Salut; Centre Corporatiu

Objetivo: Detectar necesidades socioeducativas del paciente ingresado en prisión con diabetes mellitus (DM) en tratamiento farmacológico en relación a complicaciones agudas en un entorno de consumo de drogas.

Material y método: Diagnóstico socioeducativo mediante entrevista dirigida en una prisión de hombres de Barcelona, en enero-mayo 2016. Participaron pacientes con DM en tratamiento farmacológico consumidores de drogas por muestreo no probabilístico intencional y de accesibilidad al escenario. Se recogieron datos sociodemográficos y exploraron conocimientos y habilidades del manejo de complicaciones agudas, hábitos del consumo de drogas e intervenciones socioeducativas. Se realizó análisis cuantitativo inferencial mediante programa SPSSv.21 y discusión del grupo investigador.

Resultados: Participaron 20 pacientes, el 75% españoles y el resto de origen norteafricano. Solo un 10% no tenían formación académica. La media de estancia en prisión era de 1612 días. El 75% eran diabéticos tipo 2 y el 25% tipo 1. Los diabéticos tipo 2 eran más mayores que los tipo 1 (51,1 vs 41,8 años). El 50% fueron diagnosticados en prisión, el 30% en asistencia primaria y el resto en hospital. El 90% recibieron conocimientos sobre DM, estaban tratados con insulina el 35%, antidiabéticos orales un 50% y un 15% con ambos. El 65% realizaban actividad física (8,6h/semana); no conocían las complicaciones agudas (hipoglucemia 45% e hiperglucemia 55%) y reconocían riesgos de vivir solo en celda un 64,5%. En el manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia no modificaban la actividad física (63,2% vs 58%); el 36,8% modificaban dosis de medicación en los dos casos y solo un 21,1% no la administraba ante una hipoglucemia; un 47,4% disminuía la ingesta de azúcares e hidratos de carbono en la hiperglucemia y un 63,2% los aumentaba en la hipoglucemia. El inicio de consumo de drogas fue con edad media de 20,2 años (rango: 15-45) y un 30% refirió consumos en prisión. El 55,6% consumía a cualquier hora del día y el 39% de noche. La droga más utilizada fuera de prisión fue la cocaína (75%) vs el cannabis en prisión (55%). Conocían el riesgo de consumir drogas el 90%; había participado en programas de reducción de daños el 45% pero ninguno había recibido educación sobre diabetes.

Discusión: Es preciso incorporar técnicas de diagnóstico socioeducativo¹ en prisión para detectar necesidades del paciente diabético consumidor de drogas y diseñar intervenciones socioeducativas, o mejorar los programas de reducción de daños² para que el que paciente adquiera conocimientos y habilidades en el manejo de su patología.

Palabras clave: diabetes mellitus; drogas; educación para la salud; análisis de necesidades.

¹ Cabrera F. La evaluación participativa: concepto y fases de desarrollo [Internet]. Madrid: Cáritas Española; 2005 [cited 2016 Jul 1]. Disponible en: http://catalag.ub.edu/record=b2084863~S1*cat.

² Arenas C. (Coord.) Guía de Mediación en Salud en el Medio Penitenciario. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario. Madrid. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Mediacion_en_Salud_en_Prision.pdf.

Estudio de la prevalencia del asma en un centro penitenciario

B Enrich, R Planella, C Gallego, Ll Camí

CP Ponent. Medicina. LLeida

Introducción: Por la elevada prevalencia que han tenido las enfermedades infecciosas en el medio penitenciario han sido objeto de más atención y estudio, pero su control y seguimiento como el envejecimiento progresivo de la población penitenciaria ha conllevado un aumento progresivo de otras enfermedades crónicas como son la hipertensión arterial, la Diabetes o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La última revisión de la GEMA 4.0 (2016) registra una prevalencia variable del asma en España es del 10%.

Objetivos: Objetivo principal: Estudiar la prevalencia del ASMA en una población penitenciaria.

Objetivos secundarios: Clasificación de la gravedad del asma y registro del tratamiento habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en un centro penitenciario. Se realizó un corte trasversal del 23.6.2016 de los pacientes que tenían activo uno o más de uno de los códigos de ASMA (J45, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9) que constan en la historia clínica informatizada del Instituto Catalán de la Salud- e-CAP.

Resultados: De una población de 652 internos el 3.68% están diagnosticados de ASMA. El 91.6% son fumadores. Esta registrada la exposición a algún toxico inhalado en el 50% de los individuos (cannabis/cocaína 58.33%, cannabis 8.3%, cocaína: 33,3%). El 70,83% estaban diagnosticados de ASMA previamente a su ingreso en prisión. El 8.3 % de los diagnosticados tenia realizada una espirometría en el último año. El 58.3% de los casos está en tratamiento crónico con broncodilatadores, el 50% de los pacientes en tratamiento usan corticoides inhalados (CI), el 14.28% de estos asociados a Broncodilatadores de larga duración y el resto con broncodilatadores de corta duración.

Conclusiones: Hemos observado menor diagnóstico respecto la población general, pero tenemos un registro similar a otros estudios en poblaciones penitenciarias (Vera et al 4.6% IC 3.5-6.1). Al igual que se objetiva en otros estudios hay un uso más generalizado de los CI (LIAISON study 2016), pero no hay registro de seguimiento, adherencia ni tampoco planes de acción individuales. A raíz de los resultados se realizara formación actualizada de diagnóstico/manejo/tratamiento tanto a médicos como enfermeras y se implementara un protocolo de detección/seguimiento de los pacientes, presentándose los resultados de dicha intervención en próximas revisiones.

Palabras clave: prisión; asma; broncodilatadores; corticoides.

Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un centro penitenciario

B Enrich, R Planella, C Gallego, Ll Camí

CP Ponent. Medicina. LLeida

Introducción: Por la elevada prevalencia que han tenido las enfermedades infecciosas en el medio penitenciario han sido objeto de más atención y estudio, pero su control y seguimiento como el envejecimiento progresivo de la población penitenciaria ha conllevado un aumento progresivo de otras enfermedades crónicas como son la hipertensión arterial, la Diabetes o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El estudio EPISCAN registra una prevalencia del EPOC en la población general del 10.2% en la población española entre 40-80a.

Objetivos: Objetivo principal: Estudiar la prevalencia de la EPOC en una población penitenciaria.

Objetivos secundarios: Clasificación de la gravedad de la obstrucción según GOLD. Clasificación de la gravedad multidimensional según GESEPOC y registro del tratamiento habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en un centro penitenciario. Se realizó un corte transversal del 23.6.2016 de los pacientes mayores de 40 años de una población penitenciaria que tenían activo uno o más de uno de los códigos de EPOC (J40, J41, J41.0, J41.1, J41.8, J42; J43, J43.0; J43.1, J43.2; J43.8, J43.9; J44; J44.0; J44.1; J44.8; J44.9) que constan en la historia clínica informatizada del Instituto Catalán de la Salud- e-CAP.

Resultados: De los 652 internos, 252 son mayores de 40 años (38.65%). El 5.95% están diagnosticados de EPOC (prevalencia EPOC EPISCAN del 10.2%). 94.12% son fumadores. En el 68.42% esta registrada la exposición a algún toxico inhalado (cannabis/cocaína 38.5%, cannabis 15.38%, cannabis/cocaína 15.38%, cannabis/cocaína/heroína 15.38% y cocaína: 6,6%). El 57.8% estaban diagnosticados de EPOC/ASMA previamente a su ingreso en prisión. El 40 % tenían una espirometría realizada durante el último año. De las espirometrías realizadas 33.3% corresponde FEV1 gravedad leve, 50% moderado, 16.6% grave, 0% muy graves. El 57,89% esta en tratamiento crónico con broncodilatadores y el 45.4% con corticoides inhalados.

Conclusiones: Hemos observado un menor diagnóstico respecto la población general, pero un mejor registro de pacientes en comparación a otros estudios realizados en poblaciones penitenciarias (Vera et al 2.2%). A diferencia de la población general, hemos observado una mayor prevalencia de individuos con gravedad moderada (EPISCAN 2010). Al igual que en la población general están menos tratados y muchos no siguen las recomendaciones actuales (M.Thomas et al ERJ 2011). A raíz de los resultados se implementará un protocolo de detección/seguimiento de los pacientes para mejorar tanto la adecuación diagnóstica como el tratamiento de estos pacientes, presentándose los resultados en próximas revisiones.

Palabras clave: prisión; EPOC; gravedad; espirometría.

XI Congreso Nacional XIX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



“Sanidad Penitenciaria: en la encrucijada.”

CASTELLÓN
DE LA
PLANA



10 | 11 | 12
NOVIEMBRE
2016