

# DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS

**Fernando Ruiz Rodríguez**  
**Servicio Médico del C.P. de Albolote (Granada)**

# OBJETIVO:

Unificar criterios:

- ✓ Diagnósticos
- ✓ Terapéuticos
- ✓ Preventivos
- ✓ Relaciones con sistemas sanitarios extrapenitenciarios

Dinamizar el programa de detección y control de la TB en prisiones y mantener elevado nivel de alerta y preparación de los sanitarios de II.PP.

# PANEL

25 miembros:

- 2 coordinadores
- 6 expertos no penitenciarios invitados por la

SESP

- 3 miembros de la SEPAR.
- 3 miembros de la SEIMC.
- 1 representante de la SGSP.
- 1 representante de la Suddirecció General de

Serveis Penitenciaris.

- 9 miembros de la SESP facultativos de sanidad penitenciaria

# ESTRUCTURA

## 7 Partes:

- Diagnóstico de la enfermedad.
- Tratamiento de la enfermedad.
- Diagnóstico y tratamiento de la infección.
- Estudio de contactos.
- Estrategias de cribado y búsqueda de casos.
- Estrategias de promoción de la salud en el medio.
- Coordinación intra-extrapenitenciaria en el control de la TB

# DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Se insiste en la sospecha diagnóstica:

" PENSAR EN TUBERCULOSIS "

Reducir lo máximo posible el tiempo para la realización de pruebas complementarias diagnósticas: MENOS DE 48 H. SI SOSPECHA CLÍNICA

Búsqueda activa de enfermos:

- Visita al ingreso
- Consultas programadas periódicas

OBJETIVO: DISMINUIR LA DEMORA DIAGNÓSTICA

# TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

## SIEMPRE EN T.D.O. (AII)

- ✓ **Pauta de inicio con 4 fármacos (HRZE) (AI)**
- ✓ **Si grandes cavernas, cultivo + a los 2 meses o VIH < 200 CD4 prolongar la fase de mantenimiento a 7 meses (AI).**
- ✓ **Preferible utilizar presentaciones coformuladas (BIII).**
- ✓ **Especial vigilancia en co-tratamientos con**
  - Metadona (intoxicación/s. abstinencia) (AI)
  - TARGA (interacciones, SRI) (CIII)
- ✓ **Consultar con experto si:**
  - Aparecen efectos adversos graves
  - Si recidiva o fracaso (AIII)
  - Aparecen resistencias (AIII)

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA

- PT a todo ingreso en prisión que no tenga documentado una + previa; efecto "booster" cuando sea preciso (BIII).
- Se considera PT + si  $\geq 5$  mm (CIII).
- CRITERIOS DE CONVERSIÓN (CIII):
  - PT  $\geq 5$ mm o incremento en esta cifra de la PT previa

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA

Priorización de candidatos al T.I.T.

<b>RIESGO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>T.I.T.</b>
<b>MUY ALTO</b>	Contacto íntimo con enfermo TB Contacto “frecuente” con enfermo TB y factores de riesgo VIH + Convertores recientes (< 2 años) Rx con lesiones fibróticas compatibles con TB antigua no tratada y sin signos de actividad	<b>SI</b>
<b>MEDIO</b>	Con procesos médicos que aumentan riesgo de TB. Contacto de bajo riesgo sin PT previa	<b>OFERTAR</b>
<b>BAJO</b>	Sin factores de riesgo. Menores de 35 años sin riesgo de hepatotoxicidad	

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA

- ✓ Se recomienda la pauta corta: 3HR (AIII).
- ✓ Pautas cortas y las intermitentes SIEMPRE en TDO (AIII).
- ✓ Los casos de riesgo muy alto: el TIT en TDO (BIII).

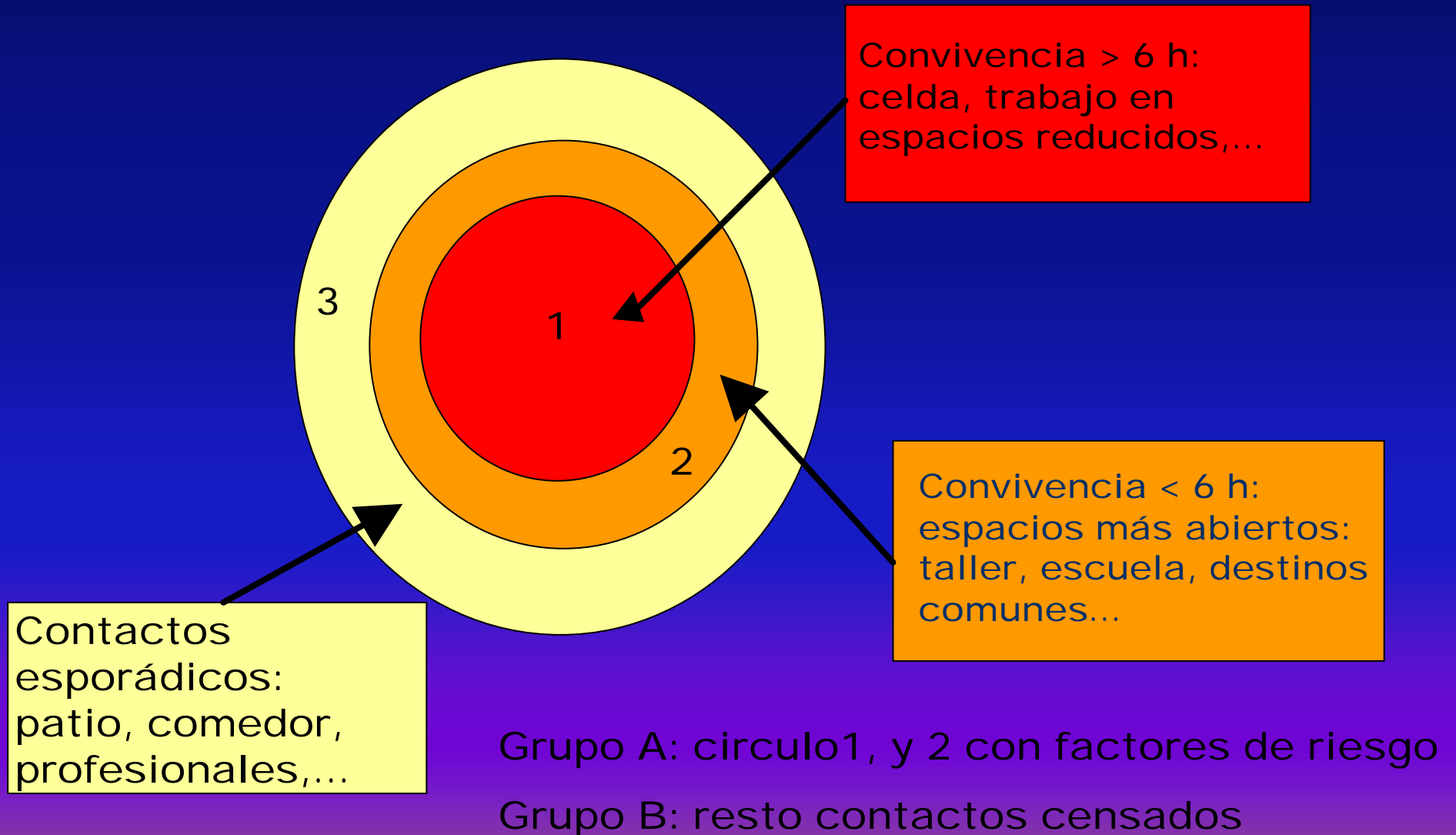
QP indicada en:

- Niños menores de 5 años (AIII).
- Infectados por el VIH (AIII).
- Inmunodeprimidos/anérgicos (AIII).
- Considerarla en casos de microepidemias (CIII).



# ESTUDIO CONVENCIONAL DE CONTACTOS

Se recomienda seguir el esquema de círculos concéntricos:



# ESTUDIO CONVENCIONAL DE CONTACTOS

CASO ÍNDICE	CONTACTO	CÍRCULO	GRUPO RIESGO	ESTUDIO
Baciloscopia +	Con factores de riesgo	1	A	SI
		2	A	SI
		3	B	SI *
	Sin factores de riesgo	1	A	SI
		2	B	SI*
		3	B	SI *
Baciloscopia - Cultivo +	Indistinto	1	B	SI
		2	B	SI *
		3		NO
Baciloscopia - Cultivo + en LBA	Indistinto	1	B	SI
		2	B	SI *
		3		NO

\* Si en el círculo previo se han encontrado enfermos, convertidores o prevalencia de la infección > esperada

# ESTUDIO CONVENCIONAL DE CONTACTOS

- El ECC debe efectuarse en un plazo máximo de 15 días tras conocer el caso índice (CIII).
- Aislamiento de los contactos sintomáticos (AII).
- En el ECC se considera PT + si  $> 5\text{mm}$  si - previo y conversión todo incremento  $> 5\text{mm}$  (AIII)

# ESTRATEGIAS DE CRIBADO Y BÚSQUEDA DE CASOS

- ? Descartar TB en todo ingreso en prisión (AIII).
- ? “Pensar en TB” e iniciar proceso diagnóstico rápidamente ante cualquier consulta por semiología compatible (BIII).
- ? Si no hay constancia de PT+ previa: hacerla dentro del 1<sup>er</sup> mes del ingreso y repetir semestralmente en los VIH + y anualmente en los VIH- (BIII)
- ? Rx al ingreso: a todos los VIH + y a todos los que refieran contacto reciente con enfermo tuberculoso (BIII).
- ? Consultas específicas de programa (BIII):
  - × Mensual en VIH +
  - × Bimensual si factores de riesgo.
  - × Semestral en los demás.

# ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MEDIO PENITENCIARIO EN RELACION CON LA TUBERCULOSIS

? Los sanitarios de prisiones debemos hacer EPS individualizada para aportar conocimientos básicos de TB (significado, transmisión, síntomas, prevención y tratamiento) a todos los internos que superen un mes de estancia en la prisión (BII).

? En todas la prisiones debe de haber, y utilizarse, estrategias y mecanismos para difundir mensajes de prevención y control de la TB (CIII).

# ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MEDIO PENITENCIARIO EN RELACION CON LA TUBERCULOSIS

? Fomentar la creación de espacios saludables dentro de las prisiones para mejorar las condiciones higiénicas, sanitarias y el entorno social (AI).

? Implementar la mediación de salud en las prisiones mejorará la prevención de la tuberculosis (AI).

# COORDINACIÓN INTRA-EXTRAPENITENCIARIA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULSIS

- ? Establecer un buen sistema de comunicación entre ambos ámbitos.
- ? Asegurar la accesibilidad de los excarcelados en tratamiento a los programas de TDO.
- ? Garantizar la coordinación entre los programas de control de la TB penitenciarios y extrapenitenciarios.

LA SANIDAD PENITENCIARIA ES  
SANIDAD PÚBLICA Y DEBE FORMAR  
PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE  
SALUD

# Gracias a

**José Joaquín Antón Basanta, C.P. Albolote (Granada).**

**José Manuel Arroyo Cobo, C.P. Zaragoza.**

**José Caminero Luna, Hospital Dr. Negrín. (Gran Canaria).**

**Joan Caylá Buqueras, Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.**

**Fernando Chaves Sánchez, Hospital Doce de Octubre. (Madrid).**

**Antonio da Silva Morán, C.P. Quatre Camins (Barcelona).**

**Karoline Fernández de Hoz Zeitler, Centro Europeo de Enfermedades (Estocolmo)**

**José M<sup>a</sup> García García, Hospital S. Agustín. Avilés. (Asturias).**

**Julio García Guerrero, C.P. Castellón.**

**Pilar Gómez Pintado, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.**

**Rafael Guerrero Moreno, Subdirecció General de Serveis Penitenciaris.**

**José Antonio Iribarren Loyarte, Hospital de Donostia. Donostia.**

**José María Kindelán Jaquotot, Hospital Reina Sofía. (Córdoba).**

**Vicente Martín Sánchez, Universidad de León.**

**Andrés Marco Mouriño, C.P. Barcelona-Hombres (Barcelona).**

**Santiago Moreno Guillén, Hospital Ramón y Cajal. (Madrid).**

**Alberto Puértolas, C.P. Quatre Camins (Barcelona).**

**Federico Pulido, Hospital 12 de Octubre (Madrid).**

**Juan Ruiz Manzano, Hospital Trías y Pujol. (Barcelona).**

**Pablo Sáiz de la Hoya Zamácola, C.P. Fontcalent (Alicante).**

**Rafael Vidal Pla, Hospital Vall d'Hebrón. (Barcelona).**

**Jesús Zúñiga Martín, C.P. Jaén.**