

MESA: Cribajes en poblaciones de riesgo

Moderadores: **José J. Antón.** *Experto em VIH. Centro Penitenciario de Albolote. Granada..*

Oriol Ramis. *Especialista en Salud Pública. Epirus. Barcelona.*

Experiencia del Hospital de Bellvitge

Miguel Santín

Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Correspondencia:

Miguel Santín

E-mail: msantin@bellvitgehospital.cat

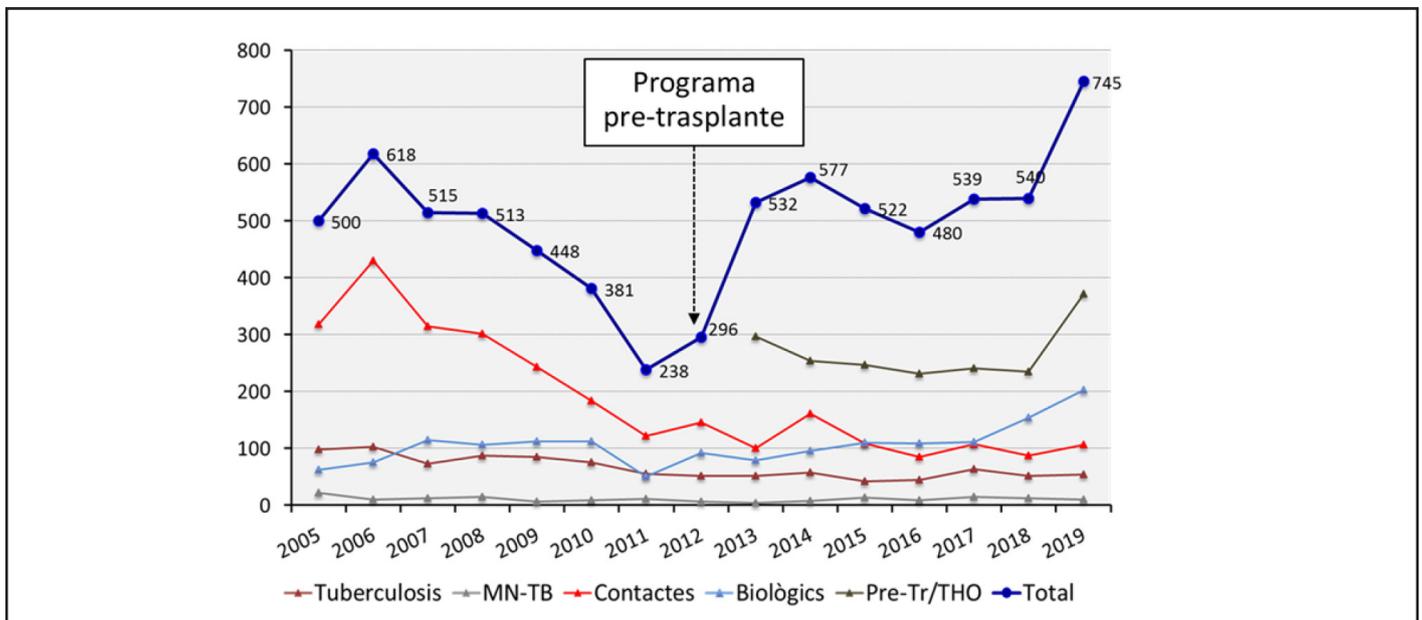
La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la detección y el tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL) como uno de los pilares de la estrategia global para la eliminación de la tuberculosis (TB). El tratamiento de la ITBL se considera un elemento esencial para el control de la TB en los países de baja incidencia, en los que la reactivación endógena de una infección remota constituye la principal fuente de los nuevos casos de TB¹.

La disminución significativa del pool de personas portadoras de ITBL supondría un impacto real en el control de la epidemia

a nivel poblacional. Sin embargo, tal estrategia está limitada por la falta de pruebas diagnósticas con capacidad de predecir adecuadamente el desarrollo de TB activa (valores predictivos positivos de 2,8% - 3,1% para la PT y de 0,4% - 17,3% para los IGRA) o biomarcadores de reactivación de ITBL, y, en segundo lugar, la larga duración de las pautas de tratamiento.

La actividad asistencial en la Unidad de TB del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) refleja la tendencia actual de la disminución del tratamiento de TB activa y el aumento de la actividad de diagnóstico y tratamiento de la ITBL (91% de la actividad) (Figura 1). La

Figura 1. Actividad asistencial Unidad de TB del Hospital Universitario de Bellvitge (2005-2019).



Unidad de TB del HUB cuenta con programas de prevención de TB en poblaciones de riesgo, esencialmente contactos e inmuno-deprimidos. Cabe destacar los programas de prevención de TB en contactos de TB pulmonar, pacientes receptores de terapias biológicas y pacientes que han de someterse a trasplante de órganos. Dichos programas se basan, en líneas generales, en la implicación directa de enfermeras de programa, las cuales tienen dedicación exclusiva a la Unidad de TB. La educación sanitaria, instauración del tratamiento, detección de toxicidad y control de adherencia, constituyen sus tareas principales.

El objetivo de la detección y tratamiento de infección TB en personas en riesgo es disminuir el desarrollo de TB activa con el menor número de tratamientos posibles. Sin embargo, ha sido práctica habitual tratar de aumentar la sensibilidad en el diagnóstico mediante la utilización de prueba de la tuberculina (PT) y una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA), e incluso la PT en dos tiempos (efecto *booster*), en lugar de tratar de seleccionar mejor aquellos pacientes que realmente precisen tratamiento. Si bien tratar "cuanto más mejor" puede generar sensación de seguridad, la realidad es que no mejora los resultados, a la vez que aumenta los falsos positivos con el consiguiente aumento de tratamientos y efectos adversos y costes asociados.

Las estrategias de diagnóstico y tratamiento han ido cambiando a lo largo de las dos últimas décadas, a la luz de las nuevas evidencias publicadas en la literatura y las generadas por nuestra propia experiencia²⁻⁵. En la sesión se explicarán los antecedentes, la evidencia generada mediante la investigación clínica y su aplicación a la práctica clínica en la Unidad de TB del HUB.

Bibliografía

1. World Health Organization 67th World Health Assembly. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. A67/11. Geneva, World Health Organization, 2014.
2. Muñoz L, Gonzalez L, Soldevila L, Dorca J, Alcaide F, Santin M. QuantiFERON®-TB Gold In-Tube for contact screening in BCG-vaccinated adults: A longitudinal cohort study. *PLoS ONE*. 2017;12:e0183258.
3. Muñoz L, Santin M, Alcaide F, Ruíz-Serrano MJ, Gijón P, Bermúdez E, et al. QuantiFERON-TB Gold In-Tube as a confirmatory test for tuberculin skin test in tuberculosis contact tracing: A non-inferiority clinical trial. *Clin Infect Dis*. 2018;66:396-403.
4. Muñoz L, Gomila A, Casas S, Castellote J, Arnan M, Rafecas A, Santin M. Immunodiagnostic Tests' Predictive Values for Progression to Tuberculosis in Transplant Recipients: A Prospective Cohort Study. *Transplantation direct*. 2015;1: e12.
5. Muñoz L, Casas S, Juanola X, Bordas X, Martínez C, Santin M. Prevention of anti-tumor necrosis factor-associated tuberculosis: a 10-year longitudinal cohort study. *Clin Infect Dis*. 2015;60:349-56.

Educación para la salud en el programa TB en prisión: intervención socioeducativa desde la participación

Montserrat Sánchez Roig

Enfermera. Programa TB. EAPP La Roca del Vallès 1. La Roca del Vallès. Barcelona.

Correspondencia:

Montserrat Sánchez Roig

E-mail: montserratsr@blanquerna.url.edu

En los últimos años, las sociedades europeas están experimentando importantes transformaciones sociales donde la globalización económica, el capitalismo financiero y el cambio tecnológico han modificado totalmente las coordenadas del industrialismo. Está apareciendo un contexto de profundos cambios y complejas transformaciones, que dan paso a la emergencia de nuevos riesgos sociales donde los individuos y grupos experimentan pérdidas de bienestar. Además, a lo largo

de la historia las diferentes fluctuaciones de contextos de crisis financiera nos plasman escenarios que agravan estos riesgos, pues contribuye al aumento de las desigualdades, a la extensión de la precariedad y al incremento del riesgo de exclusión social de determinados sectores de la población.

Las personas tienden a desarrollar estrategias que les permitan lidiar con esta coyuntura. Se circunscribe esta situación como una en la que predominan la incertidumbre y la precariedad, y

esto necesariamente genera preguntas acerca de la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales ante las crecientes desigualdades sociales en las sociedades europeas contemporáneas¹.

En las prisiones se trabaja con un gran número de población desfavorecida, aquella que suele ocupar los márgenes del sistema, limitando su participación y la disposición de los recursos públicos, incluidos aquellos que en teoría son accesibles para todo el mundo, como las prestaciones del sistema sanitario². Así pues, algunos de los factores más relevantes de la población reclusa se dan con mayor frecuencia, incluso duplicar las cifras correspondientes a la población general, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas y con conductas de consumo arriesgadas, relaciones sexuales sin protección, alimentación desequilibrada, sedentarismo, etc.

La OMS propone una perspectiva común y universal, y en el año 1996 inicia un proyecto para promover la salud en las prisiones en el amplio sentido que indica la Carta de Ottawa³. En el año 2005, España fue invitada a unirse a este proyecto en el que pretendía avanzar en el proceso de promoción de la salud, con el intercambio de información y buenas prácticas, elaborando recomendaciones y haciendo difusión de la experiencia acumulada a lo largo de los años. Estas recomendaciones estaban relacionadas con áreas de la salud como: salud mental, drogodependencias, sexualidad, enfermedades transmisibles y no transmisibles, nutrición y actividad física, principalmente. Estas recomendaciones no debían limitarse a la enseñanza-aprendizaje de conocimientos, sino también a incorporar el trabajo con actitudes, es decir las preferencias y tendencias personales que surgen de los valores, normas sociales y creencias de estos colectivos².

Además, la OMS recoge en su documento *Prisons and Health*⁴ las directrices para promover la salud y el bienestar de los reclusos en la región europea, y la contribución importante para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades en salud.

Existen diferentes motivos fundamentales por los que se debe proporcionar atención sanitaria en las prisiones. Por un lado, el compromiso de la sociedad con el valor de justicia. La población reclusa proviene de las partes de la sociedad más pobres con deficiencias en la educación y oportunidad laboral. Con su entrada en prisión, puede ser la primera vez que se le ofrezca una oportunidad para reducir la vulnerabilidad a la mala salud y el fracaso social⁴.

Otro factor que justifica la necesidad de proporcionar atención sanitaria en las prisiones es la importancia de la salud pública, pues la falta de atención sanitaria en las cárceles puede amenazarla. La población reclusa contiene una elevada prevalencia de personas con graves condicionantes de salud, enfermedades transmisibles y no trasmisibles, toxicomanías

y problemas de salud mental⁵. Además, en algún momento estos individuos retornarán a la comunidad, siendo portadores de nuevas enfermedades y estados de salud no tratados que pueden suponer una amenaza para la salud comunitaria^{6,7}. Al ayudar a construir comunidades saludables, el servicio de salud en las cárceles puede contribuir a evitar un aumento en la carga general de enfermedad.

Todo esto pone de relieve la necesidad de que los gobiernos den un grado de prioridad a la salud en las prisiones. En primer lugar, deben cumplir con su deber de cuidado para las personas privadas de libertad. En segundo lugar, deben respetar los derechos humanos de los prisioneros, ayudar a la protección de su salud y contribuir a la salud pública en su conjunto, lo que hace una importante contribución a la reducción de las desigualdades en salud en una parte vulnerable de la población⁴.

Todo el personal que trabaja en las prisiones debería tener capacitación en temas de salud para una mejor comprensión de lo que representa promocionar un entorno saludable^{4,8}. La función del profesional promotor de salud en el medio penitenciario consiste en identificar y actuar sobre los determinantes de salud de la población reclusa, así como favorecer y facilitar la información, el cambio de actitudes y habilidades necesarias para que el individuo pueda elegir libremente con respecto a su salud, además de velar por la práctica activa dentro de los centros penitenciarios de la elección del recluso/a⁸. La intervención educativa en salud forma parte de un proceso integral dirigido hacia la capacitación gradual, dinámica y continuada de las personas.

La promoción de la salud debe integrar el análisis del contexto, así como centrar su trabajo fundamentalmente en la población sana incorporando el análisis de necesidades en materia de salud⁹ desde el manejo de la Educación para la Salud (EpS). Ésta es una estrategia que ha experimentado importantes cambios en los últimos años, abandonando el método biomédico para adoptar un método de carácter holístico, integral y multifactorial. Se implementa una intervención social y eso implica la participación de los individuos desde la comunidad reforzado por un flujo de información bidireccional continuo, con un fuerte carácter lúdico, partiendo desde una planificación sin olvidar la evaluación del proceso. Se pretende así impregnar todo el contexto, y no reducirlo a una única intervención sanitaria, sino extenderla a cualquier espacio del centro penitenciario (escuela, módulo, polideportivo, etc), para así empoderar a las personas privadas de libertad. El empoderamiento entendido como proceso de capacitación individual y colectiva al objeto de aumentar el control sobre la salud para mejorar la información e inducir a comportamientos saludables, y principalmente, entenderlo como un proceso social, cultural, psicológico o

político. Los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades¹⁰.

Estrategias como la de la OMS de 2016 sobre la TB: Fin de la TB en 2035¹¹ señala un nuevo enfoque que promueve el incremento del compromiso social con colectivos de especial intervención desde el respeto de los derechos humanos y la visión de género. Los inmigrantes y los grupos de riesgo de exclusión social son altamente vulnerables a la carga de enfermedad tuberculosa, características sociodemográficas presentes en un gran número de individuos que integran la población reclusa. Esta estrategia se fundamenta en tres pilares como son la adquisición de habilidades individuales, promover un entorno saludable y la acción comunitaria, siendo un área de actuación transversal, en todos ellos, la EpS. Se dibuja la intervención desde un papel fundamental al aumento de la consciencia de la enfermedad, a la búsqueda activa de casos, a la potenciación del Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL), al fomento de la adherencia y a la reducción del estigma.

Para la adquisición de habilidades individuales orientaremos la intervención socioeducativa desde un concepto de educación y salud concretos y complementarios. Es necesario reflexionar y consensuar los objetivos con las personas y grupos implicados, así como elegir los modelos de aprendizaje más congruentes con las diferentes estrategias que se utilizan durante todo el proceso. El objetivo principal es conseguir la colaboración de la población reclusa en la identificación precoz de los síntomas compatibles con la TB, así como que conozcan los conceptos básicos de la TB, mecanismos de transmisión de la enfermedad, comprender las pautas preventivas, motivar en la realización de las pruebas de *screening* y mejorar la adherencia al TITL y tratamiento de la enfermedad. Para la intervención socioeducativa en población privada de libertad se pueden implementar: métodos bidireccionales (asesoramiento en consulta y talleres de intervención en pequeños grupos); métodos unidireccionales (charlas, vídeos, mensajes radiofónicos, artículos en revistas, carteles, folletos, etc.); aprendizaje por pares o educación entre iguales.

Este último es un método eficaz en la promoción de cambios. El potencial del uso de reclusos/as como educadores efectivos (*potencial for using prisoners as effective peer educators*) es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir, formar, apoyar, etc. a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado¹².

Son diferentes las situaciones objeto de la intervención

como es el momento de ingreso en prisión; en el momento de la lectura de la prueba de tuberculina enfocando la información según el resultado de la prueba; si se debe iniciar TITL: informar de los beneficios y riesgos del mismo, decidir si el TITL será autoadministrado o en tratamiento directamente observado (TDO) para promocionar la mejora de la adherencia; en el caso de diagnóstico de enfermedad tuberculosa explicar la enfermedad, la necesidad de aislamiento sanitario, medidas higiénicas necesarias, reforzar la importancia del cumplimiento del tratamiento y ejecutar el rastreo de los contactos intra y extrapenitenciarios; otro momento destacado es en la consulta programada de seguimiento para consolidar y completar información sanitaria destinada a la población con factores de riesgo: VIH (+), patología diabética, inmunosupresión, convertidores recientes, población usuaria de droga vía parenteral, abuso de alcohol, problemas de salud mental, etc.

Este enfoque participativo, social y no directivo permite un acercamiento al mensaje, implicando al individuo como un agente activo del descubrimiento de la realidad, donde los contenidos son tan importantes como el proceso de aprendizaje y los métodos implementados, considerando la experiencia sociocultural que posee la persona⁹. La elaboración de recursos para la difusión de la prevención y control de la enfermedad tuberculosa es una forma de sensibilización previa a la intervención socioeducativa al crear una necesidad en salud no percibida habitualmente para facilitar el proceso de decisión de cambio de hábitos.

La adopción de un estilo de vida saludable en un entorno hostil y carente de las condiciones higiénicas y sanitarias adecuadas es compleja. La construcción de un entorno favorable a la salud, fomentando entre la población reclusa la sensibilización por la limpieza y el cuidado del medio, patios, celdas, instalaciones comunes es una necesidad. Los entornos cerrados como es la prisión son una oportunidad de acceso a una población que presenta desigualdades y donde pueden desarrollarse, de manera participativa, potencialidades o activos en salud. Estos activos son habilidades y competencias que permiten atravesar las dificultades de la vida mediante una serie de valores que promueven un deseo de participar y contribuir a la vida y a los objetivos colectivos¹³.

Los diferentes colectivos participantes de la comunidad integran intereses, valores, necesidades y realidades muy diversos, encarando un panorama de emergencia de vulnerabilidad social donde se pronostica gran relevancia al concepto de acción comunitaria. La aplicación de esta metodología es para responder a nuevos riesgos en las sociedades en las que se agudizan las desigualdades sociales. La acción comunitaria es una estrategia que se implementa para ofrecer información sobre la TB a la

población reclusa a través de agentes de salud para ayudar a la sensibilización de sus iguales entorno a la infección o enfermedad tuberculosa.

En la actualidad, el cambio de escenario que estamos viviendo afecta de manera profunda a aspectos esenciales de la vida de las personas, donde las presiones y los retos reclaman que se detecten dinámicas significativas de innovación en las políticas públicas dirigidas a la comunidad, exigiendo un replanteamiento muy significativo de éstas¹⁴.

Bibliografía

1. López-Roldán P, Fachelli S. Desigualdades sociales en una perspectiva comparada: Europa y América Latina. *Pap Rev Sociol*. 2019;104(2):149.
2. Merino B. Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud. *Rev Esp Sanid Penit*. 2005;7:1-3.
3. Gatherer A, Moller L, Hayton P. The World Health Organization European health in prisons project after 10 years: Persistent barriers and achievements. *Am J Public Health*. 2005; 95(10):1696-700.
4. Enggist S, Möller L, Gauden G, Udesen C. Prisons and health. World Health Organization. Regional Office For Europe. 2014.
5. Coll Cámara AB. El fenomen de la infermeria penitenciària. Una proposta formativa (Tesis doctoral) [Internet]. Universitat Ramon Llull; 2014 [citado 2020 sept 1]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/146138>
6. Batalla J. Vacunaciones en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012;14:78-9.
7. Sequera V, Bayas J. Vacunación en población encarcelada. Una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012;14:99-105.
8. Paredes-Carbonell JJ. Promoción de la salud en el medio penitenciario. En: *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2001.
9. Palmar Santos A. *Métodos educativos en salud*. Barcelona: Elsevier España; 2014.
10. Saavedra Macías F, Bascón Díaz M, Arias Sánchez S, Español A. La competencia cultural como dimensión de identidad profesional: Un estudio cualitativo en profesionales de la salud y profesores de primaria. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2016 [citado 2020 sept 11];15(2):16-28. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. World Health Organization. Estrategia Fin a la TB: objetivos e indicadores [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>
12. Ministerio de Interior/Ministerio Sanidad y Consumo. Guía de en salud en el mediación penitenciario medio educación. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario. (s.f)
13. Hernán García M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 2013. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Formación+en+salutogénesis+y+activos+para+la+salud#0>
14. Subirats J. Les polítiques urbanes en el canvi d'època. Evolució del marc polític i social a les últimes dècades. *Quad PDU Metropolità* 01. 2013;1-18.