

EDITORIAL

El fin y los medios

Dedicamos este número de la revista y, también el próximo, a la *2ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias*, que se celebra con la participación de destacados ponentes que abordan diferentes cuestiones que consideramos que son del interés de nuestros lectores. También se puede ver la jornada completa en nuestro canal de YouTube; pero este soporte de revista digital permite que se puedan ver los gráficos aumentando con el zoom. ¿Por qué hemos interrelacionado sectores de la sanidad con diferentes procedimientos? Porque creemos necesario vincular organizaciones en diferentes medios, pero que tienen un mismo fin social: el servicio a la comunidad. Indagar en esas cuestiones que tienen que ver con la forma y el contenido al tiempo que conforman parte de estructuras de la sociedad civil que le otorgan contenido al principio humanista del bien común. Aldous Huxley, conocido mayoritariamente por su novela distópica *Un Mundo Feliz* nos ayuda a precisar la asociación de fines y medios. Dijo Huxley en 1938: "Los buenos fines solo pueden ser logrados usando medios adecuados. El fin no puede justificar los medios, por la sencilla y clara razón de que los medios empleados determinan la naturaleza de los fines obtenidos". Y agrega: "El adelanto tecnológico es rápido, pero sin progreso en caridad, es inútil". Es lo que intentamos hacer desde la Red TBS-Stop Epidemias: interrelacionar conceptualmente medios y fines y asociarlos a un principio solidario. Estamos persuadidos de que esta jornada concilia en su enunciado la diversidad de los diferentes medios (instituciones, organismos y profesionales) y los fines altruistas que los motivan. Cada representante de cada medio social con determinados fines específicos es compatible con el fin de ayudar al prójimo a mejorar su condición de vida, siendo, en nuestro caso, la salud el factor que los aglutina.

M.B / J.A

SUMARIO

Presentación de la 2ª Jornada Conjunta de Centros penitenciarios, sociosanitarios y organizaciones humanitarias	5
Julio Ancochea Bermúdez Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.	
Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios	7
Enrique Acín García Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	
Intervención de la Enfermería en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en II.PP.	11
Isabel Vázquez Sevillano Técnico de Salud Pública en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	
Intervención en adicciones en Instituciones Penitenciarias	14
José Antonio Martín Peláez Jefe de Servicio de Drogodependencias en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	
Atención de la TB en una paciente extremadamente vulnerable	19
Francesca Sánchez Martínez Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.	
Localizaciones atípicas de la tuberculosis	23
Javier García Pérez Unidad de Tuberculosis. Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.	
Innovaciones en la atención contrada en pacientes complejos	
Xavier Casas García Director Médico de Serveis Clínics.	
Cómo ayuda la epidemiología al control de las enfermedades	
Joan Artur Cayula Buquerás Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.	
Generar biosimilares, una necesidad social a nivel global	
Joaquín Rodrigo Poch Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares. Director General de Sandoz.	
Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja	
Juan Jesús Hernández González-Nicolás Médico del Área de Salud de Cruz Roja.	
La salud y los determinantes sociales poscovid	
Fátima Cabello Sanabria Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española.	
Consejo Editorial	26
Entidades que integran y patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias	28

Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias





Próximo encuentro de profesionales del sector socio sanitario iberoamericano 12 países

ARGENTINA
BRASIL
CHILE
ESPAÑA
HONDURAS
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PERÚ
PORTUGAL
REPÚBLICA DOMINICANA
VENEZUELA

Participa, previa inscripción gratuita
Envía tus datos personales al e-mail:
redtbs@redtbs.org 



Julio Ancochea Bermúdez Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias



Buenas tardes. Unir el concepto de solidaridad a la Red TBS-Stop Epidemias es nuestro sello de identidad. Es esencial y básico para combatir la gran mayoría de las epidemias, se llamen tuberculosis, COVID-19, dengue, malaria y tantas otras, porque estos males se ceban siempre entre las capas sociales más deprimidas, vulnerables y desprotegidas del planeta. Y no son justificables estas enfermedades de la injusticia ni lo es la falta de protección y de compromiso social. Para la Red de TBS-Stop epidemias es imposible ejercer el principio solidario de manera individual y apartada

del complejo general de la organización sociosanitaria, de la comunidad organizada bajo estos principios de la necesidad de unir esfuerzos, además de concienciar para que la acción y prevención en salud resulte eficaz. Es por ello por lo que organizamos esta *Segunda Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias*.

Quienes participan pertenecen a ámbitos tan diferentes como son las instituciones de reclusión y rehabilitación de personas, las que se dedican a la gestión de pacientes vulnerables y complejos, como también las ONGs que luchan día a día contra el desamparo y las injusticias de todo tipo. Todas tienen en común el hecho de pertenecer a una entidad con sus particularidades, singularidades y objetivos, pero que están sin duda asociadas al ser solidario, a la pertenencia a un grupo social preocupado por las personas y los grupos que protegen.

Este año 2023 nos va advirtiendo de que no todo es esperanza. Que en el mundo hay conflictos muy graves y que es cada vez más difícil superar esta circunstancia histórica. Más que una proeza, se torna una obligación, si pretendemos un presente mejor, apostar por un futuro mejor. Por ello en esta jornada hablamos de Sanidad Global, porque la pandemia nos ha demostrado que ya no solo vale una Sanidad Pública eficiente en decenas de países, sino que se torna una necesidad universal. Si no nos cuidamos todos los habitantes del planeta, nuestras posibilidades de supervivencia se irán acortando. Y, aunque en nuestro país el sistema sanitario funcione, más o menos de manera aceptable, no basta por sí solo para protegernos, por ejemplo, de una pandemia. El Mundo que dejamos a las futuras generaciones debe ser viable y sin una Sanidad Global hay pocas opciones.

Los temas que expongan hoy los ponentes serán enriquecedores y conocer su experiencia resulta una oportunidad para debatir y llegar a conclusiones. Enrique, Isabel, José Antonio, Francesca, Javier, Xavier, Joan Artur, Joaquín, Juan Jesús y Fátima, muchas gracias: Muchas gracias por vuestro trabajo diario y por acompañarnos en esta jornada. Permitidme un agradecimiento especial, también, para Sandoz por patrocinar por segundo año consecutivo estas jornadas y por estar siempre ahí, acompañándonos desde los inicios de la Red TBS-Stop Epidemias desde hace ya 10 años. Quiero destacar su compromiso con el principio que nos sustenta como organización, que no es otro que el de concienciar sobre enfermedades sociales que tiene un componente infectocontagioso.

Sigue en la página 6

Compartimos con Sandoz el criterio de que la innovación sostenible es hoy la única vía posible para mejorar y prolongar la vida de las personas y la manera de que las personas tengan un mayor acceso a medicamentos de calidad. A la búsqueda del mejor enfoque para abordar las necesidades del paciente, el paciente persona que esté donde esté y disponga de la mejor manera de proteger su salud. Es por ello, por lo que la Red TBS-Stop Epidemias ha subtitulado este año nuestra revista mensual *Memorias de la COVID₁₉* con el sintagma de Sanidad Global. En este aspecto, Sandoz, desde sus orígenes en el siglo XIX, en Basilea, se ha convertido hoy en un líder mundial en medicamentos genéricos y biosimilares y tiene mil moléculas que cubren una amplia variedad de áreas terapéuticas, llegando a más de quinientos millones de personas.

La Red TBS-Stop Epidemias pretende con esta jornada avanzar aún más en la promoción de la cooperación entre instituciones, tanto públicas como privadas, y lograr un consenso en salud donde el acceso y la equidad sea en el denominador común de nuestro sistema sanitario.

Equidad, accesibilidad, universalidad, son los principios básicos que deben sustentar nuestro proceder como campaña de prevención.

Quiero agradecer a todas las personas que nos acompañáis esta tarde, como son los ponentes y el centenar de inscritos que nos siguen. Vuestra presencia, aunque sea en el horizonte *online*, nos resulta muy cercana y trascendente. Es una satisfacción para los Comités Científico y Técnico que integran la Red TBS-Stop Epidemias y para Mario Braier, coordinador general, que participéis en la jornada. La interacción entre tantos profesionales: médicos, enfermeras, epidemiólogos, profesores... y otros profesionales sanitarios es de destacar, así como la representación de personas que trabajáis en casi todas las Comunidades Autónomas en centros sociosanitarios. Representantes de diversos colectivos, instituciones y sociedades científicas. Compañeros de países hermanos como lo son de Argentina, Brasil, Guatemala, Paraguay, Portugal y Perú. Muchas gracias por estar aquí.

Bueno, ahora no me voy a enrollar más y tenéis que disculparme. La vuelta al cole es muy complicada tras el veraniego mes de agosto en España me demanda cuestiones académicas en la Universidad Autónoma de Madrid que me impiden seguir estando con vosotros esta tarde. Pero, pero vais a salir ganando, **Javier García Pérez**, compañero y amigo, **secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias y presidente de NeumoMadrid**, es un auténtico referente en tuberculosis y será quien modere la jornada. Os deseo que disfrutéis de la misma y os hago llegar un fuerte abrazo. Hasta siempre.

Buenas tardes. Vamos a dar paso a esta *Segunda Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y de Organizaciones Humanitarias*. Agradezco mucho a todos los ponentes que tienen un currículum idóneo y están capacitados por su trabajo y por su experiencia. También a todas las personas que están conectadas *online* y que van a seguir con nosotros y compartir experiencias. Tenemos estructurada la jornada en tres grandes bloques temáticos: centros penitenciarios, centros sociosanitarios y organizaciones humanitarias. En el primer bloque contamos con la presencia de un gran amigo de la red, Enrique Acín García, que es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y máster en Gestión y Análisis de Políticas Públicas por la Universidad Carlos III, y por el Instituto Nacional de Administración Pública. Ha trabajado en todos los niveles de la sanidad penitenciaria: médico, subdirector médico en varias prisiones, jefe del Servicio de Información Sanitaria y actualmente es jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior. Y va a comenzar con su ponencia.



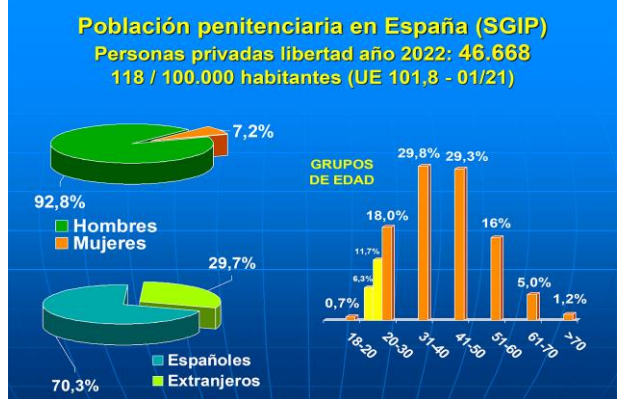
Moderador:
Javier García Pérez

Enrique Acín García

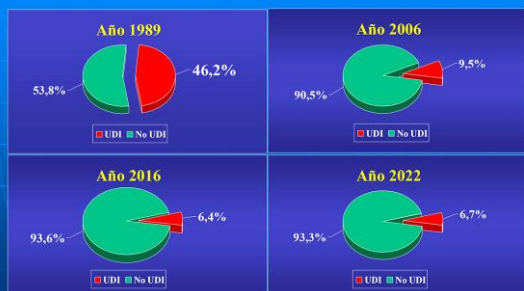
Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior

Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios

Hola buenas tardes, muchas gracias. Voy a intentar compartir cuál es la situación actual de nuestro medio penitenciario. Durante el año 2022 en los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría general de Instituciones Penitenciarias que, como ya seguramente todos sabéis, salvo Cataluña, País Vasco y Navarra que tienen transferida la sanidad penitenciaria, el resto depende de la Secretaría General, del Ministerio de Interior. Teníamos 46 668 personas de media privadas de libertad internadas, fundamentalmente hombres en un 92,8%; tenemos poca cantidad de mujeres, 7,2%. Y luego tenemos un porcentaje importante de extranjeros, un 30% respecto a la población total. Es una población joven, aunque haya unos grandes bloques de personas entre los 31 y 50 años, pero tenemos una importante cantidad de población joven, aunque ahora, también, por desgracia, muchas veces relacionados con delitos de violencia de género; en esto nos están entrando también muchas personas mayores. Os quiero enseñar esta encuesta sobre las drogas en Instituciones Penitenciarias que se realizó el año pasado en colaboración con el Plan Nacional de Drogas, porque este es un factor de riesgo fundamental. Se determinó que 5 de cada 10 internos habían consumido alguna droga ilegal el último mes que estuvieron en libertad, o sea que nos está entrando gente que las usa, la mitad de ellos ha consumido alguna droga fuera. El problema del VIH afortunadamente está en franco descenso gracias a las campañas que se han hecho a nivel nacional y es actualmente del 3,2% de la población. Quedan lejos los tiempos pasados, pero claro, ahora nosotros lo que pretendemos como todos es cumplir los objetivos que nos van marcando. A manera de curiosidad, podéis ver cuáles son las regiones, cómo está distribuido. Veis que El País Vasco, Cataluña y Navarra están en blanco por no disponer de datos de ello, pero como prácticamente hay regiones que sí que tienen una prevalencia del VIH un poquito mayor que



Usuarios de Drogas Inyectadas (UDIs) en el mes previo al ingreso en prisión

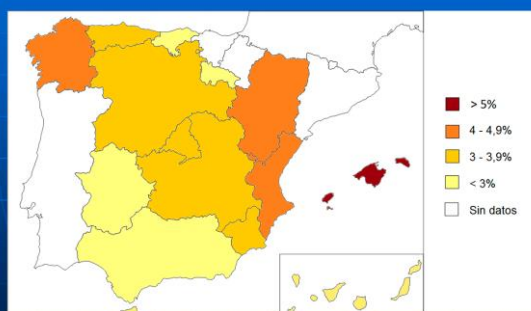


Fuente: II.PP. Sistema Unificado Recogida Información (SURI) 1989 y Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias, ESDIP 2006, 2016 y 2022.

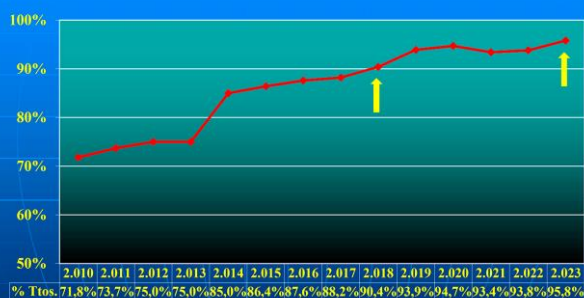
Prevalencia conocida del VIH en II.PP.



Prevalencia del VIH por CC.AA.



Prevalencia de internos VIH+ en Tto.



otras y luego, pues bueno, sobre todo en el sur de España o en Canarias la prevalencia es más baja en los centros penitenciarios. Ya veis que en el año 2018 cumplimos el objetivo que estaba planteado para el 2020: el objetivo 90-90. Y ahora queremos consolidar y certificar el 95-95-95, tener las pruebas de VIH hechas en un 95% de la gente. El tratamiento ya lo tenemos conseguido y en ello un 95% con carga viral indetectable. Eso es relativamente fácil, con perdón, dando la alta eficacia que tienen actualmente los tratamientos antirretrovirales. Otra enfermedad que también se transmite por la vía parenteral es la hepatitis C, aunque no le damos tanta importancia a aquella seropositividad. Nosotros le damos, lógicamente, la importancia que tiene la presencia de carga viral detectable.

En la hepatitis crónica, gracias a los tratamientos de alta eficacia que empezaron con el Plan estratégico de Abordaje a la hepatitis C del Ministerio de Sanidad en 2000, en 2015 pasamos de tener un 11% de internos con una carga viral detectable y ahora llevamos 3 años con el 0,9%. Nosotros en cuanto entras en los centros y se detecta la hepatitis C, se le pone al interno un tratamiento de 8 semanas y se comprueba que hay respuesta viral sostenida.

En muchas ocasiones es tal la cantidad de turnos que ver que tenemos de gente, que prácticamente la estancia media en prisión no supera los 2 años, o sea que cada 6 meses estamos cambiando casi la mitad de la población, porque venimos a tener unos 20 000 ingresos al año. Esto significa que nosotros podemos estar tratando en estos en estos últimos años, pues 300 a 400 internos, pero nos vuelven a entrar y estar en tratamiento. Que en o se les ha detectado el inician, pues la carga viral es detectable. Por eso nosotros calculamos que difícilmente vamos a poder bajar de ese 90% en tanto en cuanto no nos baje la prevalencia al ingreso y eso evidentemente ya no depende de nosotros, sino de los del esfuerzo de la que se haga en la comunidad; basta la prevalencia en a nivel de la población general.

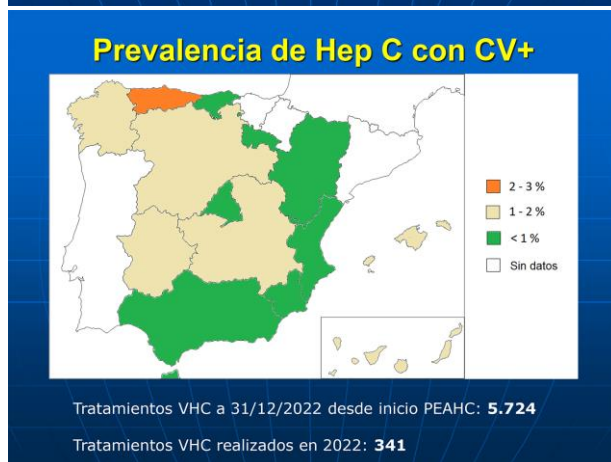
Hay otro tema que nos importa muchísimo y del que estamos muy contentos y no se trata exclusivamente de que la gente entre en prisión, se detecta la enfermedad y se le trate, sino que no haya dentro de prisión una transmisión de estas enfermedades. Esto por lo menos para mí ha sido siempre una obsesión y supone un esfuerzo tremendo en cuanto a programas de reducción

de daños: programa de entrenamiento de metadona, programa de intercambio de jeringuillas, programas de educación para la salud y también los tratamientos de amparo o enfermedades con una alta eficacia hace que la carga viral comunitaria baje y dificulta la transmisión.

En cuanto a la transmisión del VIH en prisión que al fin del siglo pasado era alta y significaba que por cada 100 internos que entraban en prisión, 1 de ellos adquiría el VIH dentro de prisión, o sea, por el mero hecho de entrar en prisión. Nosotros en los últimos años de VIH no hemos detectado ni una sola seroconversión que nos haya entrado en negativo y luego se haya positivizado en prisión. Y, concretamente, el año pasado, en el tema de la hepatitis C, pues detectamos dos casos y ambos de conversiones. Logramos un porcentaje de casos ínfimo, prácticamente cero en cuanto logremos aún bajar un poquito más la carga viral detectable del VIH. Incluso, solo con conversiones, esta es una de las obligaciones de tratarlos y desde luego, frenarlas.

Veamos qué sucede con la tuberculosis que es de transmisión por vía por vía aérea. Había un poquito, clínicamente en Instituciones Penitenciarias y está francamente en descenso. Eso afortunadamente, ya veis en el gráfico la descendencia y cómo en los últimos años, pues nos hemos estabilizado en un promedio de 30 casos notificados de tuberculosis. Esto es mucho o es poco bueno, pues para mí sigue siendo mucho por una sencilla razón, aunque la tasa que habéis allí por cada 1000 internos, pues va bajando, evidentemente este año tuvimos una tasa haciéndolo un poco como la población general de 57 por 100 000, lo cual supone todavía, pues prácticamente 6 veces más que la población general. O sea, estamos hablando de un medio cerrado con una facilidad de transmisión como lo es el medio penitenciario y en estos momentos, pues es uno de nuestros esfuerzos.

Aparte del diagnóstico clínico, por supuesto, es la extraordinaria que hacen nuestros profesionales de enfermería. Os pongo algunos datos: 27 casos en 2022, lo que os he dicho en la tasa de incidencia de 57 por 100 000, todos varones con una edad Media de 37 años. El 78% fueron tuberculosis pulmonares y un 52% basílicas que lógicamente son las que más nos preocupan por su contagiosidad y el cien por cien de los tratamientos son directamente observados. Por darnos algún dato más, la tasa de incidencia dentro de lo que sería la población



Sigue en la página 10

Tasa de incidencia de TB en II.PP.



Casos de TB en II.PP. 2022

- 27 casos en 2022.
- Tasa de incidencia 57 por 100.000
- 100% varones.
- Edad media: 43 años.
- 78% fueron TB pulmonares.
 - 52% bacilíferas (14 de los 27 casos).
- 100% TDO

Evolución de la tasa de incidencia de TB por 1000 internos y por nacionalidad en IIPP 2001-2022



Tasas de TB por 1000 internos y año Total y con BK+ II.PP. 2001-2022



Puntos clave

- Las personas privadas de libertad provienen mayoritariamente de situaciones de marginalidad y exclusión.
- Alta tasa de población procedente de otros países, algunos de ellos con alta prevalencia de VIH, tuberculosis y hepatitis.
- En muchos casos el contacto sanitario en prisión es el primero contacto reglado.
- La prisión no es un compartimento estanco.

Salud Pública Penitenciaria ← Salud Pública Comunitaria

española va bajando, lo veis en la curva roja y sus pequeños altibajos. La línea amarilla es la de los extranjeros y se mantiene más o menos estable. A lo mejor este año bajó al 07 y al año que viene lo volvemos a tener en 2. Lo que nos viene ingresa de otros países y además como, os podéis imaginar, pues nos pueden venir tanto de tanto del sur del continente africano como de los países del este de Europa, como del otro lado del Atlántico, pues hay muchos países con una alta prevalencia de infección tuberculosa y de incidencia de la enfermedad y, lógicamente, ahí estamos nosotros para intentar detectar los ingresan en prisión. La situación prácticamente se está manteniendo y aproximadamente la mitad de los casos son bacilos que detectamos. No olvidar, también, que las personas privadas de libertad provienen mayoritariamente de situaciones de marginalidad y exclusión.

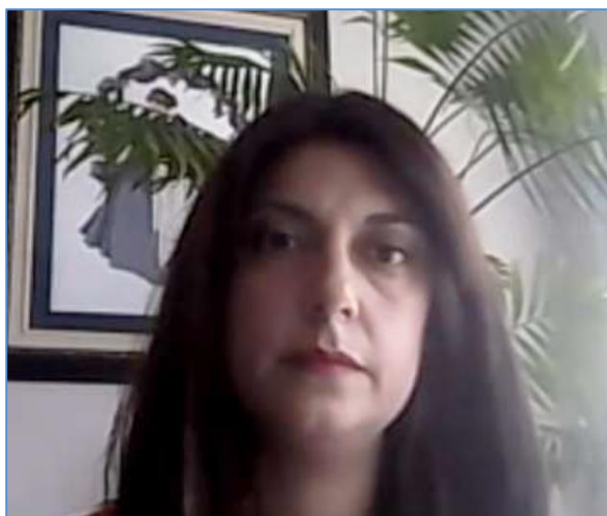
En su inmensa mayoría y que tenemos una alta tasa de población procedente otros países, algunos de ellos con alta prevalencia, pues de VIH, tuberculosis y hepatitis, incluso ahora. La población que nos entra en España, por ejemplo, de Ucrania, lamentablemente por culpa de la guerra, pues también viene con una alta prevalencia de estas enfermedades. En muchos casos, pues el contacto sanitario en prisión es el primer contacto reglado que se encuentra con la sanidad. La prisión no es un compartimento estanco, evidentemente la gente entra y sale de prisión y es un problema. Desde luego que la salud pública a nivel penitenciario tiene una gran influencia en la salud pública comunitaria y también los problemas de salud pública comunitaria nos afecta en la prisión. Es bueno que la inmensa mayoría de las Comunidades Autónomas cumplan el mandamiento legal del que ahora celebramos su 20 aniversario, la sanidad penitenciaria y la transferencia de la sanidad penitenciaria, algo que sería de un gran beneficio e interés social. Solo tres Comunidades Autónomas lo han hecho, como se ha dicho Cataluña, luego el País Vasco y también Navarra. Bueno, pues animaría a las demás a que poquito a poco vayan asumiendo esta competencia. Y esto es todo, luego, si hay alguna pregunta, pues es la responderé con sumo gusto. Muchísimas gracias por la por vuestra atención y dejo a los compañeros que os van a contar cosas más interesantes.

Isabel Vázquez Sevillano

Técnico de Salud Pública en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

Intervención de la Enfermería en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en II.PP.

Buenas tardes a todos, en primer lugar, agradeceremos la invitación a estas jornadas y así poder dar visibilidad al trabajo que se hace desde la enfermería en los distintos centros penitenciarios. También quería aprovechar para agradecer el enorme esfuerzo y dedicación que durante años se viene realizando por parte de los sanitarios de los centros penitenciarios en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Y que, además, entre otras medidas ha hecho posible la reducción de los casos de enfermedad tuberculosa. Hemos pasado de tener unos 224 casos en el año 2000 a tener ahora una media de unos 30 casos al año los últimos 5 años. Como podemos ver en la diapositiva. Con respecto a la tuberculosis en las prisiones llevamos ya muchos años haciéndose los esfuerzos para prevenir y controlar esta enfermedad. Por ello, pues se han editado múltiples ediciones tanto del programa de prevención y control de la tuberculosis, como del manual de la transmisión aérea. De hecho, desde que se editó la primera edición en lo que era formato libro en el año 1990 hasta nuestros días se ha ido actualizando constantemente en función de nuevos conocimientos y la experiencia que se ha adquirido. Es de destacar que dentro de este programa todos nuestros esfuerzos siempre han ido encaminados a reducir la demora diagnóstica, entendida como el tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico y el comienzo del tratamiento, intentando siempre que sea inferior a un mes para evitar así la transmisión de la enfermedad dentro del centro y del retraso diagnóstico. Creemos que es siempre necesario aumentar la sospecha pensando en una posible tuberculosis y con respecto a esto, cuáles son las actuaciones que llevamos desde la enfermería. Realizamos búsqueda de casos tanto de forma activa como de forma pasiva, con el objetivo siempre de conseguir una detección precoz. Bueno, en la búsqueda hacemos búsqueda activa y búsqueda pasiva de casos. En la búsqueda pasiva, pues como dice



Moderador: Ahora está con nosotros a Isabel Vázquez Sevillano, que es diplomada en enfermería por la Universidad de Zamora y especialista en enfermería familiar y comunitaria. Desde 2002 está como enfermera en Instituciones Penitenciarias y ha ejercido en varios centros penitenciarios: La Moraleja, Villena, Sevilla I, Estremera y Soto del Real. Actualmente trabaja como técnico del Área de Salud Pública.

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA TBC EN CENTROS PENITENCIARIOS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TBC EN EL MEDIO PENITENCIARIO.

LOS PILARES BÁSICOS DEL PROGRAMA

- 1. IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE ENFERMOS E INFECTADOS
- 2. AISLAMIENTO ADECUADO DE LOS ENFERMOS MIENTRAS SEAN BACILÍFEROS
- 3. TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (TDO)
- 4. ESTUDIO DE CONTACTOS

CONCIENCIACIÓN LA TBC ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

PRUEBA DE LA TUBERCULINA

NOS PUEDE AFECTAR A TODOS

UN TRATAMIENTO MAL CUMPLIDO PUEDE LLEVAR A LA APARICIÓN DE FORMAS RESISTENTES DE LA ENFERMEDAD



ESTAR EN UNA INSTITUCIÓN CERRADA NOS PERMITE A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA CONCIENCIAR QUE TODOS DEBEMOS IMPLICARNOS EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

- SANITARIOS
- INTERNOS
- FUNCIONARIOS

• EL ÉXITO DEL PROGRAMA DEPENDE DE LA CONCIENCIACIÓN DE TODO EL COLECTIVO

APOYO EMOCIONAL Y ASESORAMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD

HAY QUE TENER EN CUENTA:

- EN NUESTRO MEDIO EL AISLAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE TBC SUPONE UNA DOBLE CONDENA.
- OFRECER ASESORAMIENTO SOBRE LA TBC, APOYO EMOCIONAL Y AYUDA EN EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO.



Según la OMS, a pesar del alto consumo de recursos humanos que pueda suponer el TDO, ésta forma de administración ha demostrado ser coste-efectiva y por ello es recomendada por la OMS.

TRATAMIENTO TDO AL 100% DE LOS ENFERMOS DE TB MIENTRAS PERMANECEN EN PRISIÓN

- Adherencia al tto.

Trabajar la adherencia de cara a permisos o libertad.



SITUACIONES ESPECIALES:

- LOS CENTROS PENITENCIARIOS PRESENTAN UNA ELEVADA PREVALENCIA DE PERSONAS CON VIH.
- DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA SE REALIZA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

- ✓ ASESORAMIENTO PARA PACIENTES VIH SIN TRATAMIENTO (OBJETIVO: QUE ACEPTEN TOMARLO)
- ✓ TRABAJAR LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES VIH CON TRATAMIENTO (OBJETIVO: EVITAR OLVIDOS)
- ✓ REALIZACIÓN DE MANTOUX A AMBOS CADA 6 MESES MIENTRAS PPD SEA -

• OBJETIVO: EVITAR EL BINOMIO VIH+ TBC ACTIVA → CUADRO DE SIDA

FIN



¡Juntos podemos!

24 de marzo, Día Mundial de la Tuberculosis

la palabra, nosotros tenemos una actitud pasiva y es el paciente quien acude espontáneamente a nosotros en busca de ayuda porque no se encuentra bien. Entonces nosotros sospechamos cuando nos cuenta cosas, sobre todo que tiene tos o una expectoración persistente de dos o más semanas sin causa que lo justifique; y más aún si nos dice que tiene otros síntomas sistémicos. Por otro lado, realizamos la búsqueda activa de casos y en ello nos implicamos activamente preguntando sobre signos y síntomas específicos y haciendo la prueba de Mantoux. Son tres las posibles situaciones: en el momento del ingreso durante consultas de enfermería programadas a demanda. En la realización de un estudio de contactos en el caso de que tengamos un paciente con TB. A todo interno que ingresa en una prisión se le hace la prueba para tener una constancia en la historia y luego se le repite al año siempre que sea negativo; menos los VIH que se repite a los 6 meses. Por otro lado, mencionar brevemente en este Programa de Prevención y Control de Tuberculosis lo primero es la identificación precoz de los enfermos infectados, para ello es importante el papel que realizan las enfermeras de prisiones con respecto al tema de educación para la salud, concienciando de que la tuberculosis es un problema de salud pública y que todos debemos implicarnos. Con ello hemos conseguido que sea habitual que otro interno o un funcionario nos comunique una sospecha de tuberculosis. De igual modo, también, debemos de concienciar de la necesidad de participar en el cribado de las pruebas. La prueba de Mantoux es el segundo pilar, es el procedimiento adecuado para el aislamiento y evitar que la TB afecte a todos. En el tercer pilar, una vez diagnosticado el paciente y lo han puesto a tratamiento, somos el personal de enfermería quien debe garantizar el cumplimiento adecuado que va a ser a través de un tratamiento directamente observado (TDO). Por último, el cuarto pilar es la realización del estudio de contactos. Lo hacemos según el sistema de círculos concéntricos, en el que, muy resumidamente, en el círculo número uno tendríamos los contactos íntimos como el compañero de celda con el que pasa más de 6 horas al día, en el círculo dos los contactos frecuentes como podrían ser los compañeros de comedor, de escuela, de talleres, en los que con los que pasan menos de 6 horas al día y en el tercer círculo tendríamos los contactos esporádicos que es el resto de personas con las cuales comparte espacios

comunes. La enfermería juega un papel fundamental en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, ya que a través de la educación para la salud logramos sensibilizar y concienciar de la necesidad de realizar una detección temprana de un posible caso, no solamente con las personas privadas de libertad y adaptando culturalmente toda la información sociosanitaria que les transmitimos extendiéndola al resto de personal que trabaja en la prisión, especialmente a los funcionarios de vigilancia que pasan mucho tiempo con ellos. Es la cuestión de estar en una institución cerrada, lo que nos va a facilitar realizar la tarea que son las campañas de sensibilización. Y, desde luego, el éxito del programa va a depender de la concienciación y de la implicación de todos.

Pretendemos crear unas dinámicas de actuación para que cualquier persona privada de libertad con síntomas compatibles con TB y que por desconocimiento o falta de iniciativa no acuda o no solicite ayuda, puedan ser los funcionarios u otros internos los que detecten esa situación.

Otro punto fundamental, llegado el momento de tener un paciente con diagnóstico positivo es el asesoramiento y el acompañamiento en ese proceso de afrontamiento de la enfermedad y el apoyo emocional. En el caso de los centros penitenciarios debemos de tener en cuenta que, sumado al hecho de que una persona esté privada de libertad, se le suma la necesidad de permanecer en aislamiento respiratorio hasta confirmar que se es bacilífero cero; y esto pues supone pues una doble condena. Además, el aislamiento respiratorio para ellos, pues es sinónimo de enfermedad grave y ello conlleva sentimientos de miedo, de ansiedad, de tristeza, incluso de ira y van a pasar por las preguntas de: ¿Qué me está pasando? ¿Porque a mí? ¿Me voy a morir? ¿Se contagiará mi familia si no me curo? Nuestro papel es tranquilizarles transmitirles que hoy en día la tuberculosis se cura con un tratamiento correctamente realizado y desde luego que las medidas de aislamiento que se toman en ningún caso son un castigo, sino una medida para evitar la transmisión.

Insistir en que el tratamiento de tuberculosis, mientras permanezca en prisión, el cien por cien se cura en prisión ya que la experiencia nos ha demostrado que es la única forma de garantizar que no hay olvidos ni interrupciones en el tratamiento mientras el paciente está recluso.

Por lo tanto, aparte de bueno, es cien por cien dentro donde trabajamos en la adherencia de cara a permisos; incluso a la salida en libertad. En ese sentido, cuando tenemos tratamientos de infección tuberculosa latente, tenemos la opción de darle TDO, no porque muchas veces no es obligatorio, pero sí trabajamos también en ese sentido. Desde la enfermería, la adherencia, la adherencia al tratamiento que es importantísima. Y en último lugar he de mencionar muy brevemente que tenemos elevada prevalencia de VIH. Desde las consultas de enfermería se trabaja mucho con este colectivo para realizar promoción de la salud y prevenir la enfermedad tuberculosa, entre otras enfermedades. ¿Qué es lo que se hace? Bueno, pues lo que se intenta que si tenemos algunos VIH sin tratamiento a través del consejo personal, la consulta de enfermería y distintas técnicas, intentar que acepte tomarlo en los VIH que ya ha tomado tratamiento.

Lo que trabajamos es la adherencia para que no olviden alguna toma, para que no acumulen, porque durante alguna época no los estén tomando y que nos lo cuenten. En ambos casos, siguiendo este Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Se realiza cada seis meses por ser un guía. Aquí lo que intentamos es detectar una posible infección tuberculosa latente y poder tratarla para que no evolucione a tuberculosis. El objetivo es, pues, evitar el binomio VIH-tuberculosis, que da lugar a un diagnóstico, como todos sabemos de sida y que hoy en día, pues es evitable.

Muchas gracias por vuestra atención y para finalizar, como dice el eslogan del Día Mundial de la tuberculosis de este año: “¡Juntos podemos!”. Eliminar o minimizar los casos de esta enfermedad es vital y determinante en un medio penitenciario, hacemos todo lo posible para evitar la tuberculosis. Muchas gracias.

José Antonio Martín Peláez

Jefe de Servicio de Drogodependencias en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

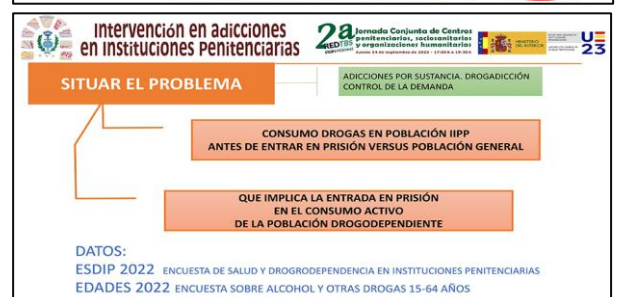
Intervención en adicciones en Instituciones Penitenciarias

Lo fundamental es el tema de las intervenciones, son las realizaciones multidisciplinares de equipos de vigilancia como los sanitarios con médicos, enfermeros, auxiliares y farmacéuticos. El equipo de tratamiento con la de juristas, educadores, psicólogos y trabajadores sociales y las entidades colaboradoras en el tema, por situar un poquito podemos hablar del control de la oferta y de la demanda. Me voy a centrar, por una parte, en lo en lo que son las adicciones, entre las drogadicciones y en aquellas en las que hacer la intervención sobre el control de la demanda. El problema visto desde esta perspectiva permite ver cuál es la magnitud del problema.

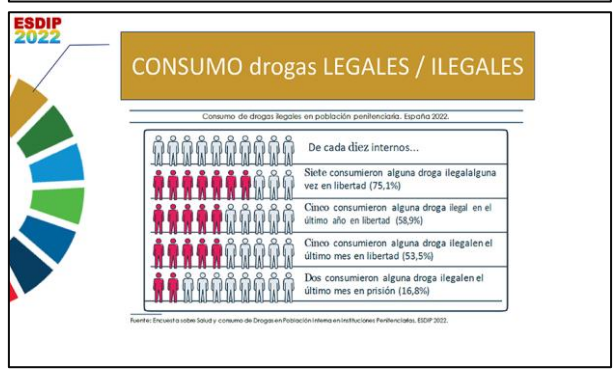
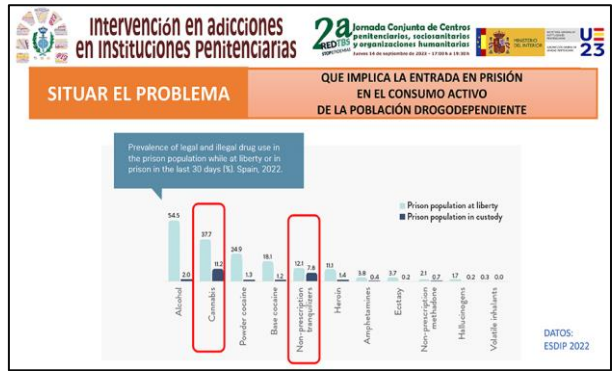
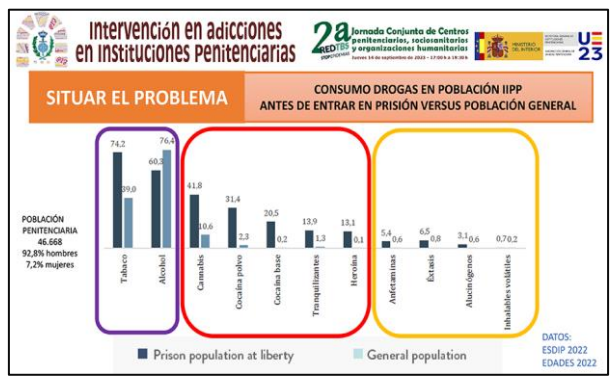
Nos planteamos dos consideraciones: Cómo es el consumo de la población drogodependiente comparada con la población general y qué implica la entrada en prisión para nuestros pacientes drogodependientes cuando entran en prisión; si consumen o van a consumir más o si la prisión va a ser un elemento de aprendizaje para el descenso. Para poder aproximarnos a esta situación vamos a comparar el dato del 2000 y 2022, El ESDIP es una encuesta de salud y drogodependencia que se realiza quinquenalmente cada cinco años y nos da un reflejo muy interesante para poder compararlas. Así, planteado desde la perspectiva de cómo es el consumo de la población penitenciaria comparado con la población, el global entre 15 y 64 años, en grupos de drogas, las que podríamos considerar un poquito "legales", las que consideramos clásicas, por así decirlo: cannabis, cocaína, heroína y tranquilizantes sin receta de nuevas sustancias, la población drogodependiente tiene unas tasas de consumo muchísimo más elevados que la población general. Pero en niveles es desproporcionado, es decir, nos concentra un porcentaje de pacientes con una vulnerabilidad y una un mayor consumo de todo tipo de sustancias. Esta situación implica en la entrada en prisión el perfil de una persona drogodependiente.



Moderador: José Antonio Martín Peláez ha sido responsable de Atención Primaria del centro penitenciario de Teixeiro. Es miembro destacado de Semergen como coordinador del grupo de ecografía y actualmente, es jefe del Servicio de Drogodependencias y Salud Mental en Instituciones Penitenciarias. Ha trabajado en el ámbito de la gestión sanitaria y tiene una importante implicación por la mejora de la salud mental en los pacientes privados de libertad, así como el desarrollo e implantación de la ecografía. Tiene el doble reconocimiento de la Mención de Honor y la Medalla de Plata al Mérito Penitenciario, otorgados por el Ministerio del Interior.



Sigue en la página 15

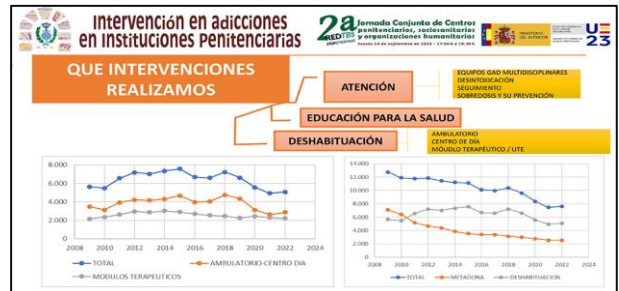
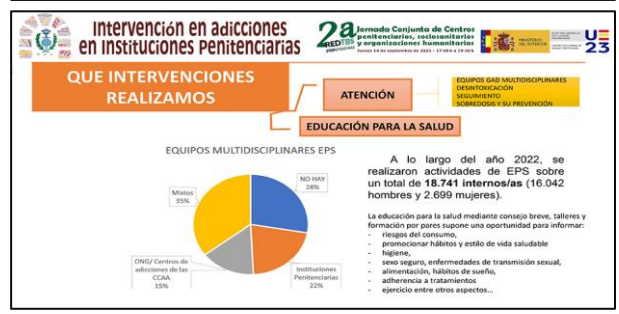
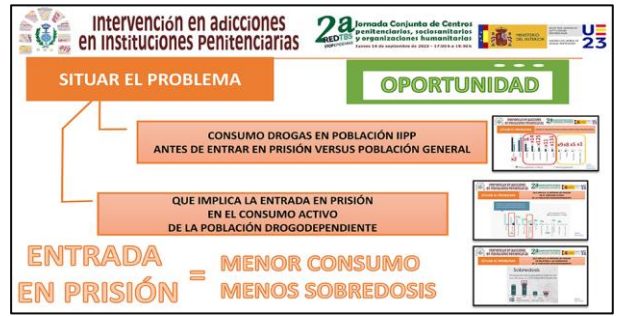


En esta encuesta se les hace la pregunta de ¿Cómo era su consumo los 30 días antes del ingreso y cómo es su consumo en el en los 30 días que llevan en prisión? Esto nos da un perfil para saber la evolución de la toxicomanía. Pues lo que vemos es que en todas las sustancias se ha producido un descenso, algunas como hasta 23 veces en cocaína, en heroína y anfetaminas, pero también en sustancias como cannabis y tranquilizantes no recetados. ¿Cómo afecta también en la a la sobredosis? Es la entrada en prisión, es decir, comparando los datos de que ellos nos dicen de cómo han sido las sobredosis en los 3 años antes de entrada en prisión y como han sido las sobredosis en los 3 años en prisión; el porcentaje de internos que le han presentado desde un 3,1 antes de su entrada a un 0,2%. El dato es que 5 de cada 10 internos que consumieron alguna vez alguna sustancia y le da el empate antes de entrar en prisión, en prisión llegan a consumir solamente dos de ellos, con lo cual nos da idea de cómo afecta la entrada de prisión. Muy importante es el tema de la vía inyectada porque en esta encuesta vemos la evolución en estos últimos 20 años de los de la población penitenciaria que entra el consumo antes de entrar en prisión. En el 2016 teníamos un descenso, pero sin embargo se ha ido produciendo un cambio significativo aún hacia otro relanzamiento del consumo de vía intravenosa antes de su entrada en prisión, situación que también se está se está transmitiendo un poco a la propia permanencia en los últimos 30 días en prisión. Esto quiere decir que tenemos que hacer un trabajo de nuevo de intensificación del esfuerzo para para intentar desviar y erradicar el consumo por vía intravenosa o por lo menos facilitar un consumo seguro. Así pues, a la entrada en prisión tenemos que entender que es una oportunidad, primero porque supone un menor consumo, menos sobredosis, pero porque, sobre todo, fundamentalmente, nos da pie a la posibilidad de hacer una intervención sobre una población muy especial y esta intervención es multidisciplinar. Trabajo sobre educación para la salud, deshabituación, reducción de daño, reinserción, campañas divulgativas y formación. Y también una serie de planes específicos que hemos desarrollado para problemas muy concretos. Desde el punto de vista de la atención tienen un papel muy importante en los equipos los grupos de ayuda que están formados tanto por entidades colaboradoras como vigilancia, trabajadores sociales, educadores,

juristas, psicólogos, médicos e incluso directores de equipos de seguridad. También trabajamos en el ámbito de la desintoxicación. Además, desde el punto de vista clínico para intentar reducir un poco la sintomatología del de los consumos y evitar los síndromes de abstinencia posteriores. Y luego hay un programa muy específico que realizamos sobre seguimiento de sobredosis y prevención de drogodependencia que consiste en que todo aquel que haya tenido un historial de sobredosis o ya ha producido una sobredosis en prisión se le pone un foco importante con el ánimo de intensificar todos los recursos que tiene tratamiento para ayudar en el proceso de disminuir el riesgo potencial de una nueva sobredosis.

En el tema de educación para la salud, se realiza básicamente desde el consejo breve hasta talleres o formación por iguales y donde se habla de desde riesgos del consumo, promoción de hábitos saludables, estilo de vida de saludable, higiene, sexo seguro en prevención de las enfermedades de transmisión sexual, alimentación, hábitos de sueño, adherencia a tratamientos y ejercicios. Fundamentalmente trabajamos la deshabituación y en algunos centros es de forma ambulatoria equivalente, un poco a lo que se hace en la calle. Básicamente están conviviendo en módulos de forma habitual y solamente acuden a una intervención puntual o durante unas horas concretas de terapia; también a través de una modalidad equivalente a centros de día. Y lo más relevante, quizás sean los módulos terapéuticos que serían las UTE o los módulos líderes de drogas. Dentro de los programas de agonistas y antagonistas de opiáceos tenemos una farmacopea que es equivalente un poco a la de la calle. Estamos con el programa de metadona, utilizamos naltrexona, buprenorfina vía oral y se está introduciendo también la buprenorfina de larga duración viendo un poquito la evolución en la que nos vamos a centrar con el tema de la metadona que refleja un poco la perspectiva del consumo de opiáceos. Un pico máximo lo tuvimos en el 2001, tuvimos una pendiente de descenso muy severa que finalizó un poquito en el 2012 para hacerse un poco menos acusada está pendiente y casi establecerse en una en una meseta en los en los últimos años.

Para ver un poco la perspectiva respecto al programa de intercambio de jeringuillas, vemos que también los años 2005 fueron los más importantes o intensos y que posteriormente se ha ido produciendo un descenso que



Segue en la página 17



se ha ido manteniendo. Sin embargo, son todavía necesarios muchos de los centros, porque tenemos un porcentaje importante de la utilización de papel de aluminio. Vemos que también han tenido un descenso progresivo porque se ha ido modificando el hábito de consumo de este tipo de sustancias. El programa de metadona se ha ido nutriendo, en un primer momento los pacientes procedían de programas de intercambio de jeringuillas para posteriormente ser los del papel de aluminio, lo cual nos indica que estos programas de agonistas-antagonistas con opiáceos son fundamentales para poder mantener un seguimiento y una buena una buena reducción de riesgo y de daño. Otro papel que nos está marcando de forma muy severa durante los últimos años es el tema de la estructura de género, porque el papel, el daño en la dificultad de intervención y digamos, la severidad drogodependiente también de la patología mental es mucho mayor en el porcentual en los hombres que en las mujeres, que son menos y porque llega con más dificultad el problema. Con respecto al tema de la reinserción, esto se inicia en los centros penitenciarios, pero también se continúa en los centros de inserción social y fundamentalmente son programas que están orientados hacia la preparación tanto de los permisos como para la libertad con técnicas formativas y laborales. Desarrollamos campañas de divulgación dirigidas a las familias y campañas de vida que la iniciamos en el periodo del COVID-19 porque había que sensibilizar a los internos de la pérdida de la tolerancia que implicaba, tanto la entrada en prisión como el periodo de confinamiento en el que desapareció el acceso a la forma habitual de los consumos. Esto sigue siendo vigente porque la entrada en prisión ya implica pérdida de tolerancia en paciente drogodependiente, con lo cual la seguimos manteniendo activa. Con respecto a formación, hemos hecho un esfuerzo con los profesionales sanitarios para tener mayor formación en cuanto al tema de sobredosis, nuevas sustancias, en potenciar la perspectiva de género y las intervenciones, pero sobre todo dirigido al intercambio de buenas prácticas que se vienen realizando, tanto desde el ámbito de la enfermería como desde el ámbito médico y sanitario. Cito el curso de Auxiliar en Salud Mental y Toxicomanías que desde 2008 ha formado a más de 1000 internos e internas dando formación para el empleo les facilite un trabajo remunerado.

Sigue en la página 18

Comentar los planes específicos como el Plan Reduce que es un poco diferente, pues pretendemos implantar el uso racional del medicamento, dirigido un poco hacia esas sustancias que tienen más riesgo de abusos y los psicofármacos básicamente opioides y gabapentinoides (gabapentina y pregabalina). Y la necesidad de disminuir la polifarmacia y las duplicidades y ajustarlo a las indicaciones de tratamiento adecuadas. Así pues, habría que hablar también del Programa de Atención al Enfermo Mental en la parte referente a la Patología Dual que supone un porcentaje importante de la intervención sobre sobre los pacientes con enfermedad mental. Como vemos las intervenciones que hay son muy populares y corales, por así decirlo, e intervienen tanto las oenegés como profesionales. Esto nos hizo plantearnos que había que dar una reformulación y un recontenido y una especie de planteamiento estratégico para marcar cuáles serán los ejes fundamentales que tenían que ser comunes a todos los actores en el ámbito de la dependencia y la Patología Dual. En el 2022 presentamos un programa que básicamente consistía en hacer una intervención dirigida no solamente a la persona, sino también dedicado a la familia del interno, procurando hacer un acercamiento a la realidad y a la conexión que va a tener el recluso cuando salga en libertad. Hacer algún tipo de intervención y también trabajar con los profesionales dentro fuera del centro penitenciario. Fomentar la colaboración, fragmentar la coordinación y que todos trabajemos conociendo un poco de cada parte. Que todos trabajemos conociendo el ámbito de cada uno de una manera nueva. Lograr que el paso por prisión de una persona drogodependiente sea una oportunidad para para conseguir una mejora, no solamente evitar los fallecimientos, también revertir el deterioro físico o psicológico y modificar los hábitos y así fortalecer la adaptación familiar. Muchas gracias.

Francesca Sánchez Martínez
Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona

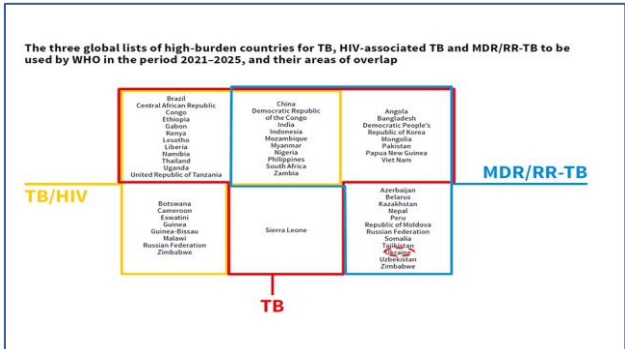
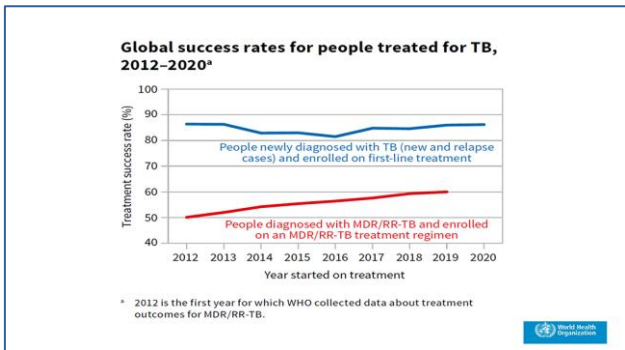
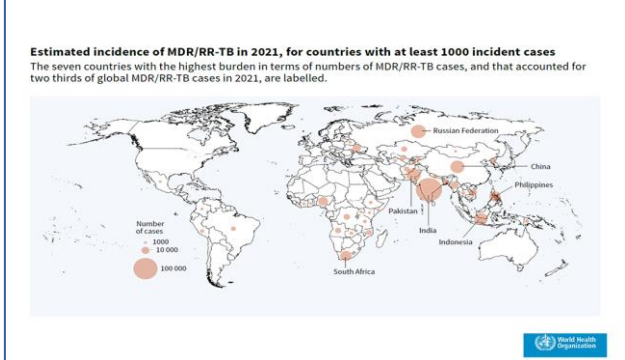
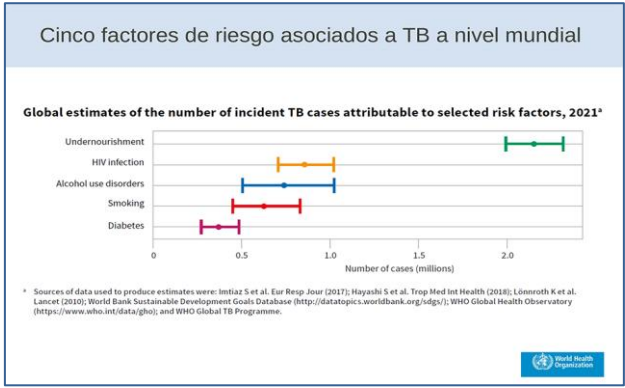
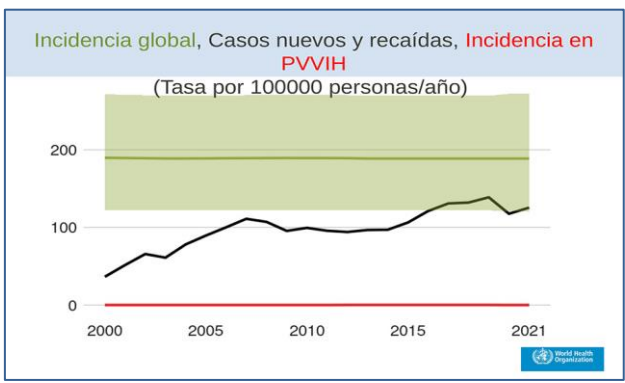
Atención de la tuberculosis en una paciente extremadamente vulnerable

Vamos a hablar de ese tema puramente clínico que es el manejo de la tuberculosis, en dos casos. Y es, como digo un abordaje multiprofesional y muy ligado a la atención, no solamente hospitalaria, sino también comunitaria. Nuestra Unidad de Tuberculosis de Barcelona está realmente volcada en la atención de la comunidad de nuestra área. La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de poblaciones vulnerables son las que todos conocemos: prisioneros, inmigrantes, personas marginadas por cualquier razón. Porque están expuestas a condiciones adversas de vida, porque tienen VIH y otras enfermedades que les debilitan. No solamente por ser pobre, sino también por otras razones que no son puramente enfermedades ligadas a la pobreza. Pues la diabetes o el consumo de tóxicos. Hay muchas situaciones de vulnerabilidad que hacen que las personas tengan más riesgo de infectarse y desarrollar una tuberculosis a lo largo de su vida. El informe de la OMS y respecto a tuberculosis del 2000, del año pasado, nos indica que un cuarto de las personas de la población mundial está infectado por el bacilo de la tuberculosis y que en ese cuarto hay una proporción que va a desarrollar la enfermedad en algún momento. Significa que tenemos una tasa mundial de tuberculosis a nivel global de unos 200 casos por 2000 habitantes. Aunque aquí, en España, estemos en menos de 20, incluso en algunas zonas en menos de 10 y en fase de eliminación, en algunas partes del mundo estamos en más de 200/300 e incluso 500 casos por 100 000 habitantes. Respecto a ello aquí en la incidencia global, los casos nuevos de las recaídas con las personas con VIH que se mantiene estable gracias a los tratamientos antirretrovirales que se están globalizando, aunque de distribución irregular. Los factores de riesgo epidemiológico que atribuye la OMS a la tuberculosis son las situaciones de desnutrición, la infección por VIH, las toxicomanías como el uso de alcohol y el tabaco y la diabetes que cada vez tiene mayor implantación en las sociedades ricas como las más pobres y es un factor de riesgo asociado a la tuberculosis.



Moderador: Francisca Sánchez Martínez es una institución en enfermedades infecciosas y en tuberculosis. Especialista en Medicina Interna y médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital del Mar, tiene gran experiencia en diagnóstico, prevención y tratamiento de la tuberculosis, además pertenece a grupos de estudio de micobacterias. Ha sido coordinadora de ensayos clínicos con la Fundació Catalana de Pneumologia y colabora como investigadora en muchos estudios de SEPAR y revisora de la revista de Archivos de Bronconeumología. Con su actividad no solo da una respuesta científica y terapéutica a los pacientes con tuberculosis, sino que intenta integrarlos con una respuesta global en un marco común regional que incluye enfermería, trabajo social y agentes de salud comunitaria.





Se distribuye tuberculosis resistente y multirresistente en el mundo, pues los diferentes círculos en el mapamundi significan la carga de enfermedad por regiones. La África subsahariana, el Sudeste Asiático y la Federación Rusa son quienes aguantan una mayor carga de enfermedad, y en nuestro en nuestro medio europeo, Europa del Este es la que aporta más casos a la tendencia en el mundo occidental porque en Estados Unidos, aunque tiene una población muy grande, es menor. No significa carga de enfermedad, significa que en otras partes del mundo es mayor. Lo que es una buena noticia es que los casos nuevos tendrían que ir disminuyendo, pero que más o menos se mantienen estables y alcanzan el tratamiento, pues están cerca de los objetivos de la OMS. Pero lo que sí que es verdad, es que, en porcentaje de casos tratados con TB multirresistente, pues gracias a la ciencia, a la implicación de muchas sociedades científicas, críticas de los profesionales de la salud, va consiguiendo en el precio de la industria farmacéutica que apoya al desarrollo de algunas moléculas que van llegando con cuentagotas, pero llegando aquí al fin, vayan bajando y cada vez hay más casos tratados de tuberculosis de forma satisfactoria. Aquí tenemos lo que sería otro esquema, de estos que le gustan a la OMS, en que se ve la interrelación entre tuberculosis y VIH, y en tuberculosis sola y tuberculosis multirresistente. Aquí vemos los países que tienen más cargas de las diferentes máscaras de las diferentes entidades y yéndonos a Ucrania, que es el caso que presentaremos una paciente ucraniana. Pues Ucrania está en la zona de la TB multirresistentes (recuadro azul en el gráfico) de los países con más cargas. Y en la situación de guerra que tienen ahora, pues no favorece nada que la enfermedad se quede confinada dentro de sus fronteras, sino que los pacientes tienen que emigrar por motivos obvios y eso pues contribuye a la a la expansión de la endemia de tuberculosis multirresistente.


Nuestro caso es un caso real, tenemos un colectivo ucraniano muy activo en Barcelona y esto hace pues un efecto llamado, no de personas que están en situación de vulnerabilidad en su país por el tema del conflicto y vienen a Barcelona donde son acogidos. No es una gran, número de personas, pero sí que es verdad. Los que se van incorporando de una forma un poco ruido que se van incorporando con amigos y familiares a la ciudad. Este es el caso de una mujer de 22 años. Creo que ningún

antecedente de interés y que viene por una tos de dos meses de evolución, o sea llegó enferma a Barcelona. Y, que entra por urgencias y se le hace una radiografía de tórax en la que se ve infiltrados en lóbulos superiores, tanto del pulmón derecho como del pulmón izquierdo. Y haciendo una prueba rápida molecular, además de que tiene un cero positivo. Ya se ve que tiene una mutación en el gen de resistencia de isoniacida y esto nos lo tiene que confirmar la microbióloga, probablemente también en el gen de resistencia de la rifampicina, con lo cual tenemos una multi-resistencia de entrada cuando se hace el test fenotípico. Arriba está el genotípico donde se ve la mutación que se detecta... Y aquí os hago un comentario. Algo pasa con el gen de la resistencia a rifampicina, aunque no acaban de detectar exactamente qué. Pero no es una cepa, no es una cepa salvaje, es una cepa multirresistente y al hacer el fenotipo nada más tenemos preservada la pirazinamida. A esta paciente se le dio inicialmente la pauta que vemos en Atención Primaria, pero es una paciente que ya entró directamente TDO que se le dio una combinación cuádruple con moxifloxacino. En espera de ver qué es lo que pasaba con el resto de las resistencias y en el momento que supimos que era multirresistente, además de resistencia a la estreptomina y al etambutol, pues pasamos a bedaquilina manteniendo moxifloxacino en espera de tener la segunda línea, que esto es un hándicap importante no tener en cuenta. Los antibiogramas de segunda línea rápida, para poder ajustar mejor los tratamientos, los pacientes llevan mucha carga de pastillas, con todo, llevan menos carga de pastillas que las que solían llevar siquiera hace dos años; entonces este caso no se nos planteaba. ¿Qué hacemos con los contactos? La niña inicialmente se le puso tratamiento con quinolonas y rifampicina, pero la pediatra está sufriendo porque las quinolonas están muy desaconsejadas en pediatría y además de forma preventiva, porque otra cosa es que esté enferma y no hay otra solución, pero de cara de cara a mantener un tratamiento de seis meses o de tres meses, ya veremos... ¿Qué? ¿Cómo le digo a la pediatra que está esperando ver la evolución de la paciente, pues no desarrolla tuberculosis y la medicación inicialmente de tres meses de rifampicina es lo que ahora la niña toma? Es que no sabemos si podemos utilizar estos fármacos, igual que hacemos con los de primera línea, si podemos

Caso clínico



Mujer de 22 años, natural de Ucrania, sin antecedentes de interés, que consulta a Urgencias por tos con expectoración de 2 meses de evolución



Genotype: KatG y, probablemente, rpoB mutados

	14.07.23 10:17	12.07.23 10:26	12.07.23 10:26
isoB_516-516			NSD
isoB_516-513			NSD
isoB_516-517			NSD
isoB_513-519			NSD
isoB_516-522			NSD
isoB_518-525			NSD
isoB_526-529			NSD
isoB_536-533			VC
katG MUT1 (315)			SD

ANTIBIOGRAMAMicobacterisB Antibiograma

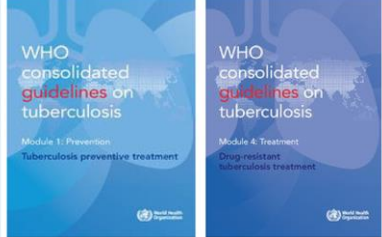
	Mycobacterium tuberculosis complex
Etambutol	Resistent
Isoniacida	Resistent
Pirazinamida	Sensible
Rifampicina	Resistent
Estreptomina	Resistent



Pauta BDaLc + Mfx y Z en espera del antibiograma de segunda línea

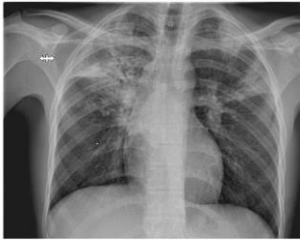
Contactos (marido, hija) en seguimiento estrecho.

¿Utilizar Bedaquilina/Delamanid preventivo en la niña?



- Se contempla la posibilidad de utilizar quinolonas en el tratamiento de la ITL en contactos de pacientes con TB-MDR.
- No hay indicaciones ("control y seguimiento") para los contactos de casos XDR.

Si hay tiempo...
Caso clínico (2)



Varón de 17 años, hijo de padres marroquíes. TUS cannabis, en situación de familia desestructurada. Tutelado por la Fiscalía de Menores. Consulta a Urgencias por crisis comicial.



Caso de TB multisensible. Se indica TDO, pero por reiterado incumplimiento de las visitas (no abre la puerta, no responde al teléfono), se solicita Hospitalización Terapéutica Obligatoria.



Un juez autoriza la hospitalización obligatoria en el CHUO de un enfermo de tuberculosis

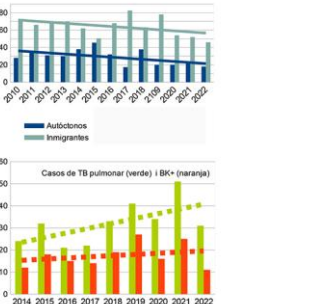

Nota de campo
La hospitalización terapéutica obligatoria en el control de la tuberculosis

Joan R. Villalba^{1,2,3,4,5,6}, Mónica Rodríguez-Campos¹, Àngels Orcau^{1,2,3,4}, M. Angels Espachs¹, Marta Salameiro¹, José Maldonado¹ y Joan A. Caylà^{1,2,3,4,5,6}

¹ Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España
² CIBERS de Epidemiología y Salud Pública (CIBERS3), España
³ Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Barcelona, España
⁴ Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España
⁵ Servei Clínic SMI, Barcelona, España



Evolución de los casos (todas las presentaciones y TB pulmonar) en los pacientes atendidos en la Unidad de TB del Hospital del Mar

utilizar estos fármacos que son de segunda línea; todavía no hay experiencia en usarlos como profilaxis. Entonces claro, es un caso dramático porque son personas muy jóvenes, porque una niña pequeña, porque hay un marido, porque viven los tres en la misma habitación y lógicamente el riesgo de contagio es alto. De que estas personas, niña y marido desarrolló la enfermedad porque los dos están infectados y que las posibilidades de que estas personas desarrollen tubérculos en el futuro que sean resistentes es muy alta. Lo que pasa es que ni las guías de prevención ni las guías de tratamiento nos ayudan a decidir lo de la profilaxis con fármacos de segunda línea. La OMS indica esperar y hacer una movilización muy estrecha.

Y el segundo caso, muy rápidamente, simplemente por lo que significa que pasándolo de lo que es la mutua resistencia, la de un caso de un varón joven de 17 años que vive en situación de menor no acompañado, nacido aquí. Los padres son marroquíes y con característica de una familia desestructurada. El joven es consumidor de cannabis, tiene un trastorno adaptativo de salud mental y que, aunque está tutelado, pues bueno vive en una situación de vulnerabilidad. Consulta a Urgencias por una crisis comicial. Al hacer el estudio se le hace una radiografía y entonces lo que ocurre es que el paciente es un adolescente al que se le indica el tratamiento. La familia no se puede hacer cargo y una abuela que tiene en Barcelona es trasplantada renal... Se puede hacer cargo de él, pero el follón una trasplantada renal con un niño tuberculoso activo que está más tiempo en la calle que en el domicilio y sin tomar la medicación. Lo que se hace es pedir a la a la Fiscalía que solicite al juez que haga una orden de ingreso terapéutico obligatorio; tema que se zanjó con el ingreso en Serveis Clínic. Por citar una noticia, en Galicia, se ingresa forzosamente a un enfermo tuberculoso incumplidor, nosotros también tenemos experiencia en lo que son notas para ingresos hospitalarios forzosos para tratamiento de la TB.

Esta es nuestra unidad y estos son nuestros los números del año 2022 en la Unidad de Tuberculosis de Barcelona. Aunque parezca que la tuberculosis como epidemia global está controlada, los casos pulmonares están aumentando y con las pruebas complementarias que hacemos para en el contexto COVID-19, estamos detectando muchos casos pulmonares. Muchas gracias.

Javier García Pérez

Unidad de Tuberculosis. Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

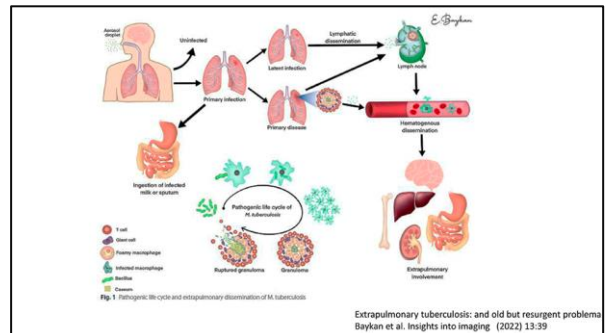
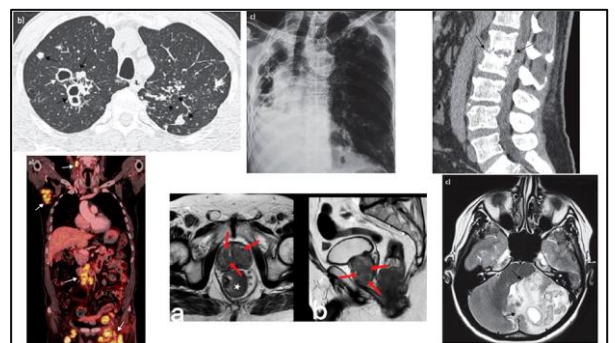
Localizaciones atípicas de la tuberculosis

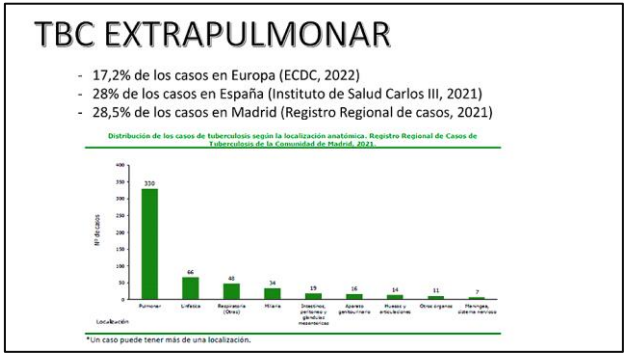
Mi pequeña presentación versará sobre localizaciones atípicas de la tuberculosis. Aunque, evidentemente, muchos asociamos tuberculosis con tuberculosis pulmonares os mostraré imágenes al respecto. Las dos primeras dos imágenes de la primera diapositiva nos muestra tuberculosis pulmonar con patrón destructivo y focos que cavitados (b y c). No olvidemos que la tuberculosis puede afectar a cualquier órgano. Os he puesto algunas imágenes también de una tuberculosis vertebral de un mal de Pott (d). La primera imagen de lámina inferior (a) es de una tuberculosis ganglionar con captación a varios niveles. Luego tenéis dos imágenes de una tuberculosis prostática (a-b) con acceso prostático y acabamos con una imagen de una tuberculosis del sistema nervioso central (a).

La tuberculosis pulmonar que es la que más nos interesa desde el punto de vista de salud pública, en la diapositiva segunda, porque es la que tiene la gran capacidad de contagio y la que nos va a perpetuar altas cifras de tuberculosis en la población. Todos sabéis que cuando uno contacta con las partículas que van en las gotitas de saliva con las micobacteria, pues muchas veces en las defensas, los macrófagos sin específicos son capaces de controlar y el paciente no va ni incluso a infectarse, pero de la infección tuberculosa latente o cuando después del mecanismo defensivo que supone un granuloma, una lesión anatomopatológica que intenta situar a la en una posición defensiva al Mycobacterium tuberculosis, cuando estos granulomas se rompen o cuando pasamos de una infección tuberculosa latente, una infección primaria, en ambos casos se puede producir una diseminación nódulos ganglionares y una diseminación hematogena que permite que esa tuberculosis, esa expresión de los bacilos, puedan asentarse en cualquier órgano de la economía. La vía digestiva con la ingestión de leche infectada no pasteurizada o de un esputo, es



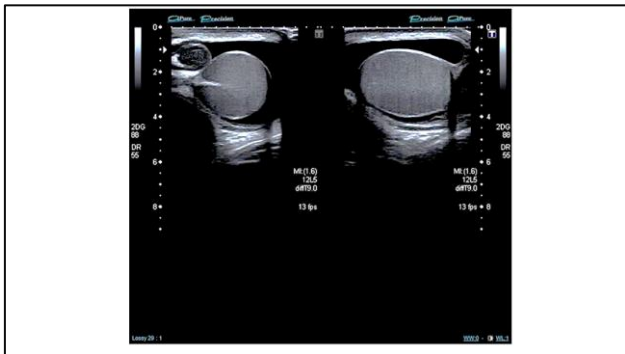
Moderador: Para los que no me conozcáis, soy **Javier García Pérez**, médico adjunto del Servicio de Neumología del hospital de La Princesa, a cargo de la Unidad de Tuberculosis de alta complejidad que la SEPAR acaba de reeditar. Ahora mismo soy presidente de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NeumoMadrid) y secretario general del Comité Científico de la esta organización, la Red TBS-Stop Epidemias.





CASO 1

- Varón de 34 años, sin hábitos tóxicos
- Natural de Marruecos, 4 años en España. Jardinero
- Ingresa por bultoma en hemiescrotos derecho, de consistencia dura, sin fiebre, con engrosamiento del epidídimo
- Rx tórax: imagen nodular en LSI.
- VIH negativo
- Cultivo del absceso: M. tuberculosis (sensible)
- JC: TBC genito-urinaria con absceso testicular
- Buena evolución con 4 RHZE / 2 RH
- Eco testicular de control: epididimitis en evolución (aumento de tamaño de cola epididimaria con microcalcificaciones)



bastante más raro y suele sobre todo la tuberculosis digestiva. Estar en referencia con mico bacteriuria bovis, uno de los componentes de Mycobacterium.

En esta tercera diapositiva vemos que la tuberculosis extrapulmonar presenta unas cifras significantes. Se supone en según el estudio de los CDC europeos, el 17,2% de los casos en Europa, según el último avance del Instituto de Salud Carlos III, supone el 28% de los casos en España. En Madrid, en el último registro regional de casos que tenemos actualizado, 2021 supone el 28,5% de los casos. Y ahí veis las que tenemos después de la pulmonar linfática, respiratorias (otras), aunque yo no soy muy partidario de considerar la pleural como extrapulmonar y todas las que tenéis en imagen.

En cuanto la TBC extrapulmonar, en las publicaciones, pues se acercan en las incidencias de tuberculosis extrapulmonar. La más frecuente, cuando no se afectan los pulmones, es la ganglionar que supone el 50% pleural, 18% sistema genitourinario, 13% huesos y articulaciones 6%, aparato gastrointestinal 6%, sistema nervioso central 3% y la columna vertebral otro 3%.

Os he puesto dos casos muy rápidos para cumplir el horario. El CASO 1 es un varón de 34 años sin hábitos tóxicos. Es natural de Marruecos, trabaja de jardinero y reside en España desde hace cuatro años. Ingresa por un bultoma en el escroto derecho de consistencia dura, sin fiebre, con engrosamiento del epidídimo y con un drenaje espontáneo de un material seroso.

En la ecografía testicular se ve un absceso escrotal, con engrosamiento, también, en el epidídimo. El paciente presentaba una imagen nodular el lóbulo superior izquierdo, el VIH era negativo y ese material que drenaba espontáneamente del escroto lo cultivamos y tuvimos un cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis sensible a todas las drogas habituales. Por lo tanto, tenemos una tuberculosis genito-urinaria con un absceso testicular y un nodulito pulmonar, con una buena evolución con el tratamiento convencional de 6 meses. Y en la ecografía testicular de control nos encontramos una epididimitis en evolución que se manifiesta por un aumento de tamaño de la cola epididimaria y microcalcificaciones. El nodulito pulmonar que teníamos también disminuyó de tamaño, con lo cual probablemente, aunque no estudiamos la microbiología del esputo, porque no la no presentaba sintomatología pulmonar, tuviera también un origen tuberculoso.

El CASO 2, es un varón de 69 años, autóctono, fumador importante. Había trabajado en artes gráficas en la imprenta de uno de los periódicos más importantes de nuestro país y tenía un historial con una ictiosis vulgar, con un neumotórax espontáneo que requirió pleurodesis y con una cirugía de perforación gástrica. Consulta por un cuadro de 3 meses de evolución de astenia, anorexia, pérdida de peso y diarrea intermitente. Y en la placa de tórax tiene unos infiltrados bilaterales en lóbulos superiores bastante compatibles y sugerentes de tuberculosis y en la colonoscopia observábamos poliposis colónica, divertículos cónicos y en el colon ascendente como veis en la imagen derecha (Ángulo hepático y Colon ascendente) un pliegue infiltrado y ulcerado, aparte de esos pólipos que son muy llamativos en las imágenes del ángulo hepático.

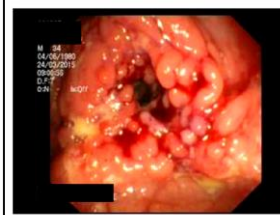
La broncoscopia sin hallazgos macroscópicos, pero la baciloscopia nos dio un resultado positivo, tanto como el cultivo para tuberculosis sensible. También la biopsia de pliegue colónico y ulcerado, del compañero que hizo la colonoscopia, nos mostró granulomas epitelioides con algún bacilo aislado Ziehl positivo. También el VIH era negativo, es decir, como el caso anterior es una localización extrapulmonar en pacientes sin inmunodepresión y el paciente fue diagnosticado de tuberculosis pulmonar bacilífera y una tuberculosis gastrointestinal colónica.

Tuvo una excelente respuesta clínica al tratamiento convencional de 6 meses. Los cuatro primeros con cuatro fármacos y los dos siguientes con rifampicina e isoniazida. La placa de tórax de control mostró casquetes pleurales apicales bilaterales, cicatrices y bronquiectasias en lóbulos superiores con mejoría de los infiltrados y, sobre todo, era llamativo en la colonoscopia de control, donde se pliega ulcerado, había desaparecido.

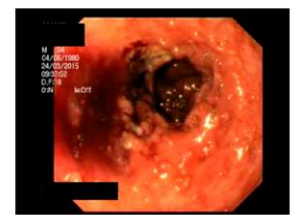
Por tanto, en cualquier situación, aunque las cifras de tuberculosis estén disminuyendo de forma llamativa, aunque el paciente no tenga inmunodepresión, siempre hay que pensar en tuberculosis, y no solo en tuberculosis pulmonar. Por supuesto, hay que pensar en tuberculosis como una de las causas a estudiar en la fiebre de origen desconocido, pero también en aquellas situaciones en las que el paciente tiene otras alteraciones que no cursan con fiebre, una pérdida de peso y un síndrome constitucional. Por tanto, hay que pensar siempre en tuberculosis. Muchas gracias.

CASO 2

- Varón de 69 años, fumador importante
- Extrabajador de imprenta de periódicos
- Ictiosis vulgar, neumotórax espontáneo (pleurodesis), cirugía de perforación gástrica
- Cuadro de 3 meses de evolución con astenia, anorexia, pérdida de peso y diarrea intermitente
- Rx tórax: infiltrados alveolares bilaterales en lóbulos superiores
- Colonoscopia: poliposis colónica, divertículos colónicos, pliegue infiltrado y ulcerado en colon ascendente



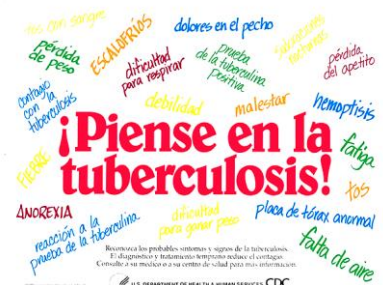
Ángulo hepático



Colon ascendente

CASO 2

- Broncoscopia sin hallazgos macroscópicos; BAS con baciloscopia y cultivo positivos para M. tuberculosis (sensible)
- Biopsia de pliegue colónico ulcerado: granulomas epitelioides con algún bacilo aislado Ziehl positivo
- VIH negativo
- JC: TBC pulmonar bacilífera. TBC gastrointestinal (colónica)
- Buena respuesta clínica con 4 RHZE / 2 RH
- Rx tórax de control: casquetes pleurales apicales bilaterales, con cicatrices y bronquiectasias en lóbulos superiores
- Colonoscopia de control: diverticulosis colónica, sin otras lesiones



Publicación de la Red TBS-Stop Epidemias
Edición Sanidad Global 2023 / SSN: 2660-7263
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.
Fotografías: M. Consuelo Alcaide; Depositphotos; Red TBS-Stop Epidemias; y agencias.
www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
e-mail: redtbs@redtbs.org

CONSEJO EDITORIAL



Julio Ancochea Bermúdez es jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid. Es presidente de ASOMEGA y del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

EDITORES



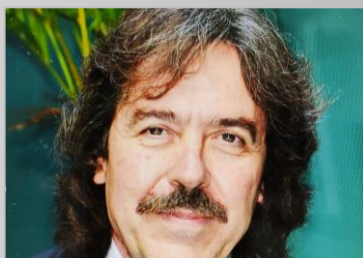
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



Francisco García Río es jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz y Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Fátima Cabello Sanabria es directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Magister en Medicina Humanitaria por la Universidad Complutense de Madrid. Diploma Superior en Pediatría Tropical por la Escuela de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. ES delegada internacional de Cruz Roja Española y Cruz Roja Internacional habiendo participado en diferentes operaciones internacionales.



José Antonio Caminero Luna es neumólogo en el Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, y profesor titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Comité Luz Verde de la Organización Mundial de la Salud y Responsable de la Unidad de Tuberculosis Multi-Resistente de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (*The Union*).

Juana Samper Ospina es periodista, escritora y corresponsal del periódico colombiano *El Tiempo* en España. Es docente e imparte clases de escritura y además es guionista de series y comedias de televisión. También ha colaborado con artículos en numerosos medios de comunicación iberoamericanos.



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y es presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Investigador principal de diversos proyectos sobre TB, VIH / SIDA, hepatitis... Fue jefe del Servicio de Epidemiología Agència de Salut Pública de Barcelona e impulsor de la UITB.

CONSEJO EDITORIAL

Eva García Perea es Diplomada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid, y Doctora Cum Laude, por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Representante de la Comisión Interterritorial de la Conferencia de Decanos de Enfermería y Representante de Universidades Públicas y Privadas del movimiento *Nursing Now*. Es directora y profesora del Grado y Posgrado del departamento de Enfermería de la UAM.



Joan B. Soriano es Doctor en Epidemiología, Salud Pública y Metodología de la Investigación por la UAB y epidemiólogo en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. *Master of Science* en la Universidad Erasmus, Rotterdam. Estancia postdoctoral en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins. Editor asociado de *European Respiratory Journal* y *Lancet Respiratory Medicine*. *Senior Consultant COVID-19 Clinical Management Team, Health Emergency Programme, OMS, Ginebra.*

Lorenzo Fernández Fau fue jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de la Princesa; presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; cofundador de Integración Ibero-latinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica. Y es Miembro de honor de las Sociedades de Neumología y Cirugía Torácica de Argentina; y la Confederación Centroamericana del Caribe, Perú, Bolivia y Venezuela.



Francisco Javier García Pérez es médico adjunto y responsable de la Unidad de Tuberculosis del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Presidente de NeumoMadrid. Fue el coordinador del Área de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Realiza giras por España con la campaña Cinefórum Solidario de la Red TBS-Stop Epidemias, de la que es su secretario general.

Carmen Martín Muñoz es exdirectora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. MBA por el Instituto de Empresa de Madrid y cursos de especialización en gestión clínica y sanitaria. Ha desarrollado su trayectoria profesional tanto en la Administración Sanitaria Pública como Entidades Sanitarias Privadas.



Anna Borau Miñarro es Licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Autónoma de Barcelona. Como periodista está especializada en el ámbito sociosanitario y es responsable de la comunicación de la Red TBS-Stop Epidemias desde el inicio de esta campaña de prevención.

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo – Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia Generalitat de Catalunya – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global – Editorial Saned Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación SEMG Solidaria Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernando – Luzan 5 – Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publimas Digital – IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) – SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) - Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dra. Pilar Rodríguez Ledo
Dr. Francisco García del Río
Prof.ª Fátima Cabello Sanabria

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Dr. Serafín Romero Agüit
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Comité Técnico

D. Mario Braier, coordinación general - D.ª Anna Borau, comunicación - D.ª Amina Baar-Baarenfels, RR. PP.

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente
Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente
Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.ª Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño