



SALIENDO DEL HOSPITAL ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS PENITENCIARIOS

Maite Nogales Garcia

*Hospital Universitario Araba-Depósito de Medicamentos Zaballa
(Centro Penitenciario Araba)/ Farmacéutica hospitalaria*

INTRODUCCIÓN

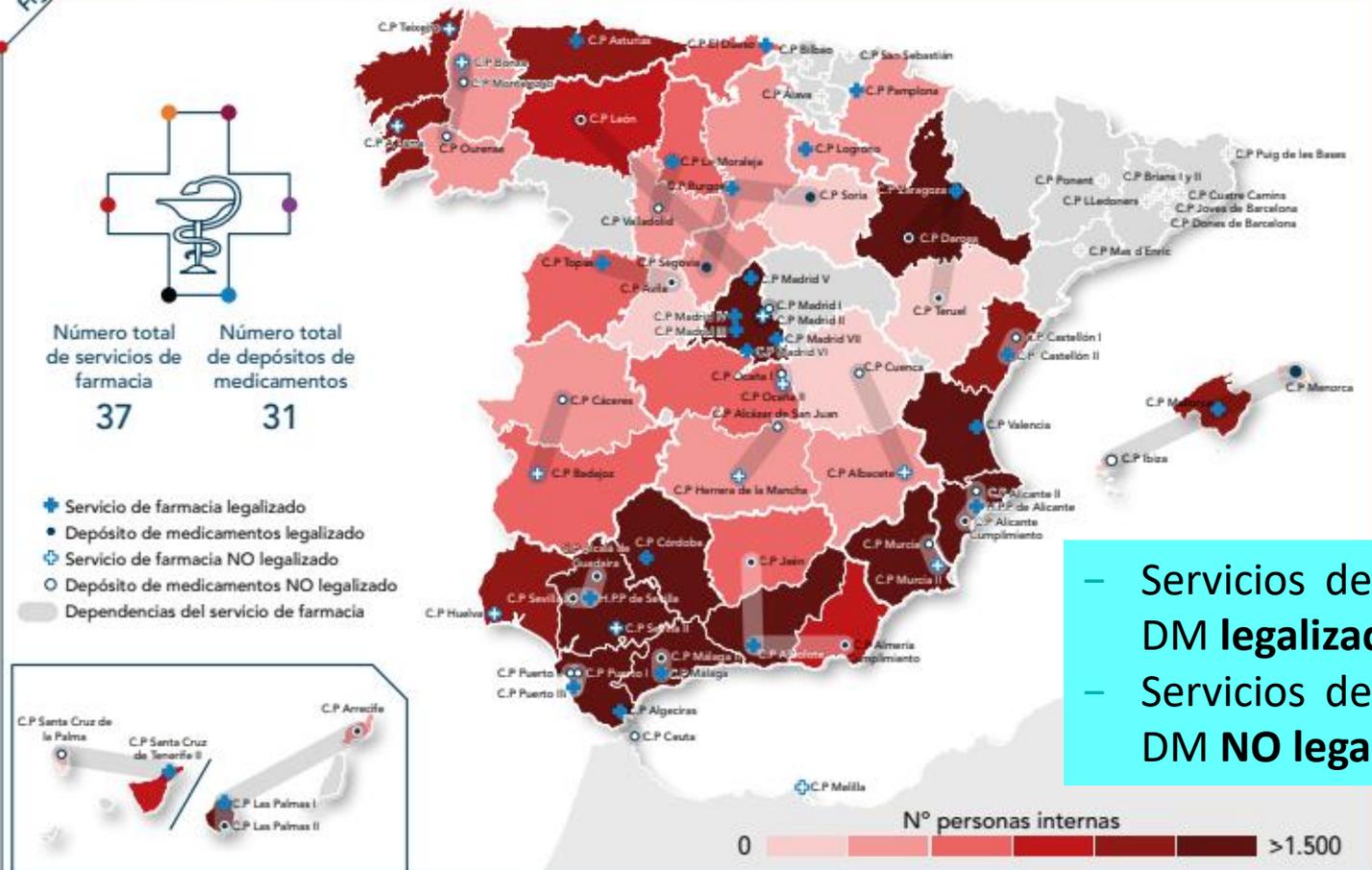


- 68 centros penitenciarios
- 2 hospitales psiquiátricos penitenciarios: Alicante y Sevilla.
- 13 Centros de Inserción Social (CIS)



Figura 9.1

Distribución de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios ordinarios y psiquiátricos de CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (3)

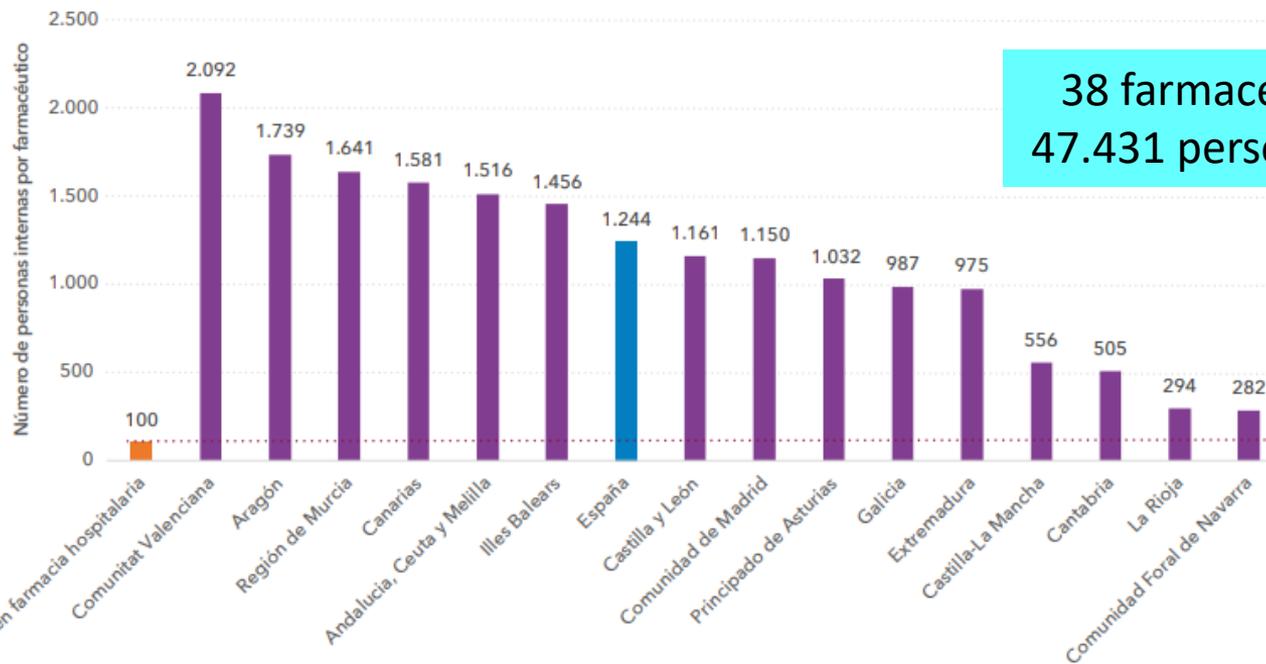


- Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. 2023.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2021. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.

SITUACION FARMACIA PENITENCIARIA

Figura 9.3

Relación de farmacéutico por número de personas internas por CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (3,5)

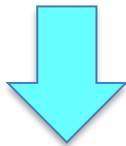


38 farmacéuticos para
47.431 personas internas

- Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. 2023.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2021. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.

SITUACION FARMACIA PENITENCIARIA

- Asistencia farmacéutica garantizada por el Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero).
- Mayoría de CCAA en sus leyes de Ordenación Farmacéutica: servicios de farmacia penitenciaria **bajo titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.**



No ocurre en todos los servicios de farmacia legalizados: funciones propias del farmacéutico son desempeñadas por otros profesionales sanitarios.

- Un tercio de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos no cumplen los requerimientos legales.
- 1 farmacéutico por 1.248 personas internas en el territorio español. Diferencias importantes entre las CCAA sin competencias en sanidad transferidas.

- Cambios en el equipo sanitario:
 - Integración en Osakidetza en Atención Primaria como un centro de salud (CS Zaballa C.P., Comarca Araba): Servicio Médico, Unidad de Enfermería
 - **Farmacia → parte del Servicio de Farmacia del HUA**
 - +1 psiquiatra Osakidetza 1-2 días/sem
 - Asociación Lur-Gizen (Equipo de Intervención en Adicciones)
 - 2021: Equipo Salud Mental (Centro de Salud Mental Zaballa)
- Cambio de sistema informático: Osabide Global, e-osabide, etc.
Historia clínica única → mejor seguimiento del paciente (intra y extrapenitenciaria), continuidad asistencial entre la prisión y la comunidad.

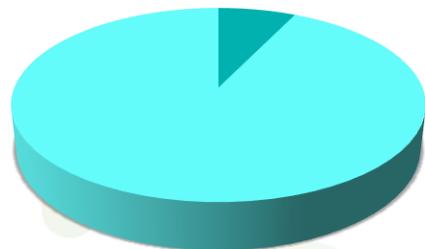


POBLACION PENITENCIARIA

Media de población reclusa: 47.431 internos (2021)

GÉNERO (%)

7,18



■ Mujeres
■ Hombres

NACIONALIDAD (%)

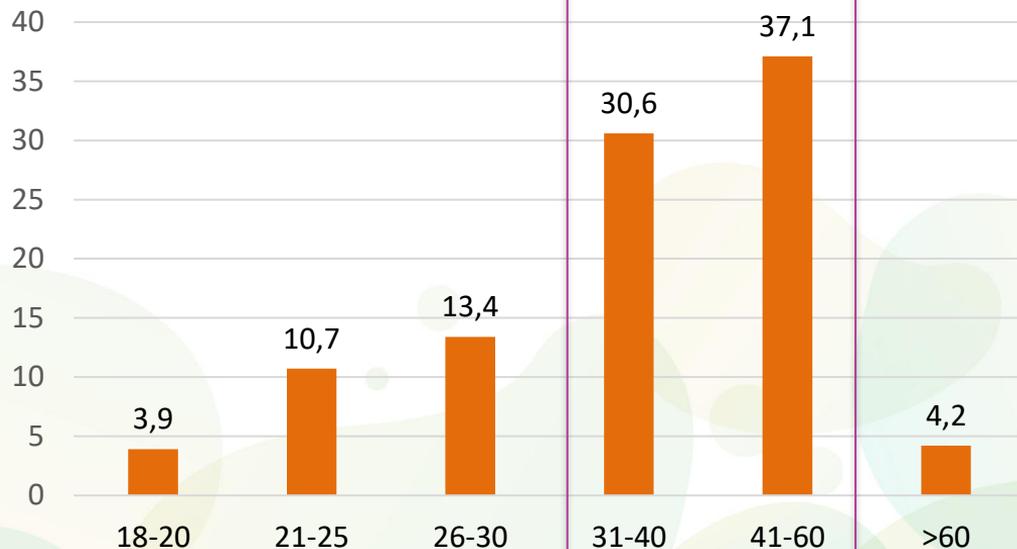
26,4

73,6



■ Españoles ■ Extranjeros

GRUPOS DE EDAD (%)



ORGANIZACIÓN FÍSICA

Estructura con una tipología modular:

- Módulos convencionales
- Módulos de respeto
- Modulo de ingresos
- Módulo de enfermería (donde se ubica el CS Zaballa CP): pacientes con patologías más discapacitantes o agudas. Requieren más atención y cuidados.



ENTORNO PENITENCIARIO

Institución no sanitaria

Pérdida de libertad
Falta privacidad/intimidad
Pérdida de autonomía para
decisiones cotidianas



Actitud negativa
Desconfianza
Poco compromiso personal
Aislamiento



MEDIO HOSTIL

Organización de la vida diaria según reglamento del centro (prioridad es la seguridad) → Imposible acceder al paciente donde y cuando queramos

No es un centro de salud, ni un hospital, ni una residencia asistida → modelo asistencial muy particular



PROBLEMAS DE SALUD

Elevados antecedentes de **consumo de sustancias** y de uso inyectado

Mayor prevalencia de **trastornos psiquiátricos** (patología dual, riesgo de suicidio, abuso y “trapicheo” de medicación)

Mayor prevalencia de **enfermedades infecciosas** (VIH, VHC, tuberculosis)

Envejecimiento de la población con **patologías crónicas** (diabetes, hipertensión, hiperlipemia...)

Hábitos de vida poco saludables



Población reclusa: MAYOR CONSUMO Y GASTO en psicofármacos y antivirales/antirretrovirales comparado con población general

PROGRAMAS SANITARIOS

- Programa de prevención y control **tuberculosis**
- Programa de prevención y control de **VIH**
- Programa de prevención y control de **hepatitis víricas**
- Programa de **salud pública y educación para la salud**
- Programa de **deshabitación:**
 - Programa mantenimiento con metadona (PMM)
 - Programa de buprenorfina comp sublingual/parche transdérmico
 - Tabaco
- Programa de **intercambio de jeringuillas** y de distribución de **papel de aluminio**
- Programa de **vacunaciones:**
 - Hepatitis A y B
 - Gripe, covid-19
 - Difteria-tétanos
 - Neumococo, meningococo y herpes zoster en grupos de riesgo (VIH+)



Históricamente, la **prevalencia de la infección por VIH y VHC es significativamente mayor** que en la población general.

- **PREVALENCIA DE VIH (2021):**

- Prisiones españolas: 3,8%
- Población general española: 0,31%

- **Medidas preventivas/educacionales:**

Estrategias de reducción de daños:

- PMM
- Programa de intercambio de jeringuillas

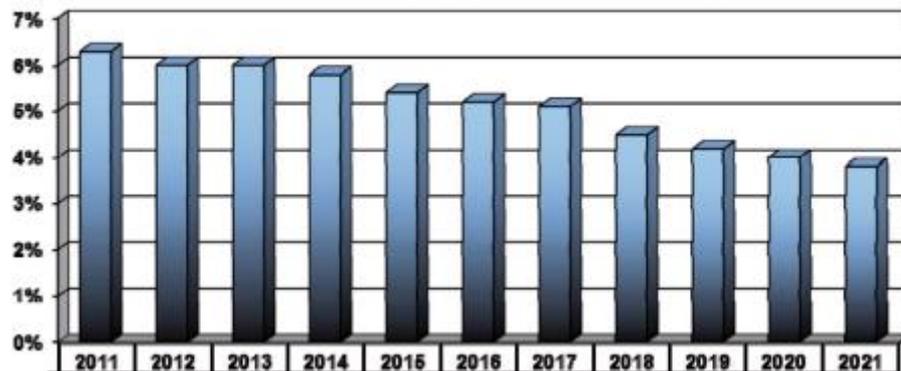
Programas de prevención de la transmisión sexual del VIH:

- Reparto de preservativos, lubricante, etc.

Programas de educación para la salud:

- Mediación en salud entre iguales

Evolución de la prevalencia de infección por VIH (2010-2020)



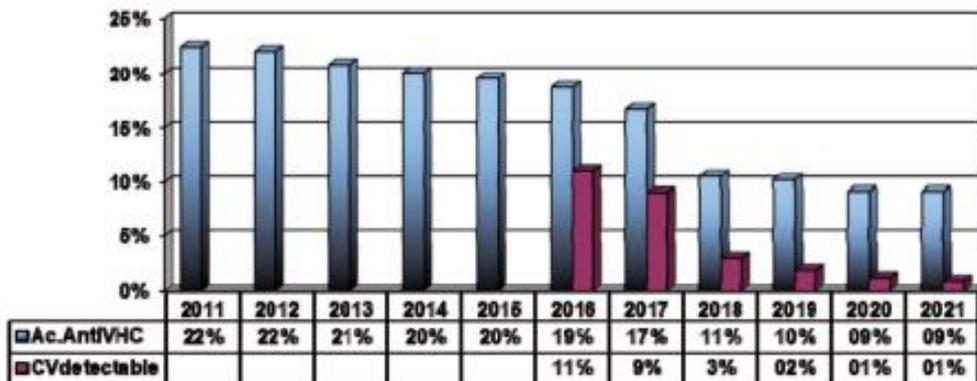
3,8%

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2021. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.

- Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis B y C. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2021. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis – Dirección General de Salud Pública; 2023

PREVALENCIA DE VHC (2021):

Evolución de la prevalencia de la infección por VHC (2011-2021)



Tendencia descendente desde el inicio del tratamiento con los antivirales de acción directa en 2015.



ELSEVIER

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

Eliminación del virus de la hepatitis C en un centro penitenciario: una experiencia de 18 años

Maite Nogales-García^{a,b}, Naiara Parraza Diez^{c,d,*}, Andoni Vargas Axpe^a, Rafael Velasco García^a, Ane Larrabeiti-Etxebarria^b, Ignacio Roy Lopez-Cano^a, Inmaculada Atrio Alvarez^a, Asier Lopez de Arcaute Trincado^a, Eva María Fernández Lopez de Vicuña^{a,b}, Ester Saez de Adana Arroniz^b, Carlos Martínez Martínez^b y Joseba Portu Zapirain^{b,c,e}

^a Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Centro de Salud Zaballa, Vitoria-Gasteiz, España

^b Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba, Vitoria-Gasteiz, España

^d Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS)

^e Universidad del País Vasco UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz, España

1. Año 2011: 25% de los internos tenían infección por VHC.
2. Desde 2002: prescritos 248 tratamientos antivirales (mono infectados+co infectados con VIH/VHC).
3. Actualmente: **eliminación de la infección activa por VHC**, no existe ningún caso: los que ingresan con infección por VHC, son valorados en la Consulta Multidisciplinar de Telemedicina y son tratados inmediatamente.

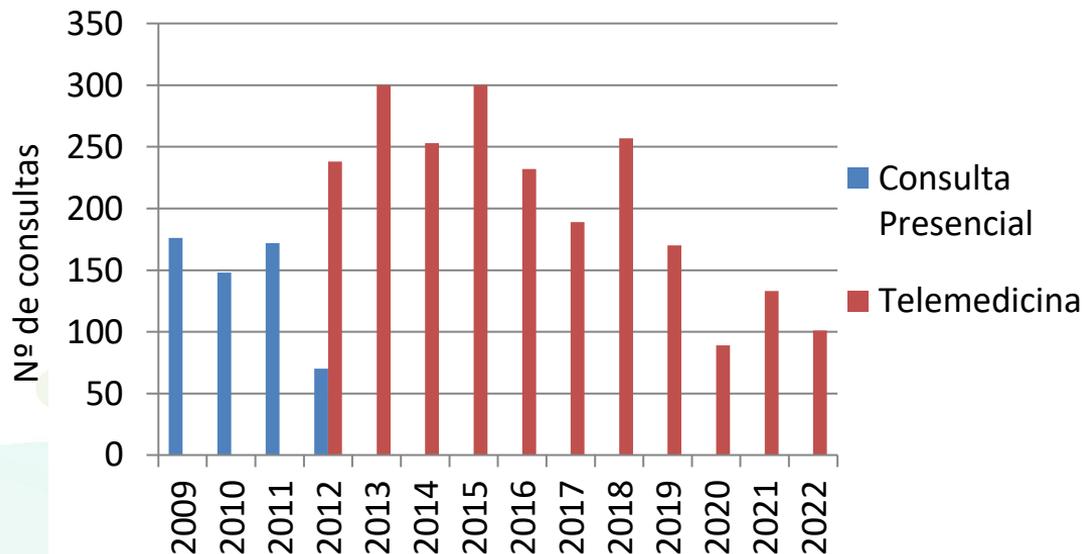
TELEMEDICINA

- ❖ 2011: 1318 salidas al hospital (1080 consultas programadas a especialistas)  Sobrecarga asistencial por los desplazamientos al hospital.
- ❖ 2012: consulta médica equipada ubicada en prisión, recursos humanos, historia clínica única informatizada.

VENTAJAS de la Consulta Multidisciplinar de Telemedicina:

1. Acortar distancias y tiempos entre la atención primaria y la consulta especializada:
 - Facilitando al paciente el acceso al especialista
 - **Optimizando el tiempo y los recursos: se reducen los costes asociados en traslados**
2. Evitar problemas de seguridad: se evita el traslado con custodia policial
3. **Evitar la exposición del paciente a otros pacientes que esperan en consulta**
4. El médico de primaria y farmacéutica exponen al especialista su consulta y el diagnóstico o tratamiento del especialista le llega al momento: facilita la colaboración y comunicación entre niveles asistenciales
5. El paciente experimenta la relación entre los dos niveles asistenciales
6. **Mejorar la confidencialidad** y motivar al paciente en la adherencia al tratamiento

TELEMEDICINA



Farmacéutico integrado en el equipo multidisciplinar junto con infectólogo del HUA y médico de primaria de prisión.



TELEMEDICINA: APORTACIÓN FARMACÉUTICA



**ATENCIÓN
FARMACÉUTICA**

FEEDBACK

**APOYO
ASISTENCIAL**

Mide periódicamente la adherencia/tolerancia al tratamiento

Evalúa resultados en salud de los pacientes

Aporta información relevante detectada en consulta AF

Comprueba interacciones, posibles efectos adversos

Revisa el estado de vacunación

Coordina con ambos médicos los inicios/cambios de tratamiento

Informa al paciente de forma oral y escrita

Calcula el riesgo cardiovascular, realiza educación sanitaria

Aporta información sobre medicamentos

PROA-PEN: adaptado al medio penitenciario

El elevado consumo de antimicrobianos en Atención Primaria (AP). No datos publicados en prisiones.

Farmacéutico integrado en equipo PROA-PEN + PROA primaria OSI Araba.

Funciones:

- ✓ Participamos en la elaboración de las guías de tratamiento antibiótico de AP
- ✓ Adaptamos al entorno penitenciario las guías de tratamiento de antimicrobianos de AP
- ✓ Seguimiento de la adecuación a las recomendaciones de la guía o antibiogramas
- ✓ Resolución de consultas
- ✓ Consumo de antibióticos expresado en DDDs/100 estancias
- ✓ Formación al resto del equipo sanitario

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN CISTITIS EN UN CENTRO PENITENCIARIO

¹Nogales-García M., ³Velasco García R., ⁴Fernandez Lopez de Vicuña EM., ¹Rosado Ancín M., ¹Valdazo Martín C., ⁴Vargas Axpe A., ⁵Saez de Adana Arroniz E., ¹Arenales Cáceres P.

¹Depósito de Medicamentos del Centro de Salud Zaballa CP/Servicio de Farmacia Hospital Universitario Araba. ²Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba.

³Unidad de Enfermería, CS Zaballa CP. ⁴Servicio Médico, CS Zaballa CP. ⁵Sección Enfermedades Infecciosas/Servicio de Medicina Interna.

Organización Sanitaria Integrada Araba – OSI Araba. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adecuación de las prescripciones de antimicrobianos a la guía de tratamiento antibiótico empírico en las cistitis en prisión, una vez consensuada por el equipo de Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) del centro penitenciario (CP).

CONCLUSIONES

1. La sesión clínica impartida demostró que había supuesto un cambio significativo en la adecuación de las prescripciones antibióticas empíricas para el tratamiento de las cistitis en este CP, dejando en evidencia que es necesario la realización de este tipo de formación para fomentar el adecuado uso de antibióticos.
2. Es preciso realizar sesiones periódicas con el objetivo de consolidar la adecuación de las prescripciones a la guía de tratamiento antibiótico empírico en las cistitis.

5-7 de OCT
2023



Osakidetza
ARABA ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES ODONTOLÓGICAS EN UN CENTRO PENITENCIARIO

Fernández López de Vicuña EM¹, Nogales García M¹, Velasco García R², Portu Zapirriain J³, Vargas Axpe A⁴, Valdazo Martín C¹, Martínez Martínez C¹, López de Arcaute Trincado A⁴.

¹ Depósito de Medicamentos CS Zaballa CP/Servicio de Farmacia Hospital Universitario Araba, ² Unidad de Enfermería CS Zaballa CP, ³ Unidad Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Araba, ⁴ Servicio Médico CS Zaballa CP.

Organización Sanitaria Integrada Araba Erakunde Sanitario Integratua. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud

OBJETIVO: Evaluar impacto de una intervención (sesión formativa) en la calidad de la prescripción de un centro penitenciario (CP) en el tratamiento de infecciones odontológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental pre y post intervención (18 meses). Análisis SPSS v.23. Prueba chi cuadrado p <0,01.

Registro 9 meses **pre-intervención** (ene-sept 2019) → **INTERVENCIÓN - OCTUBRE 2019** Sesión formativa impartida por médico del CP sobre tratamiento antibiótico en infecciones odontológicas → Registro 9 meses **post-intervención** (oct 2019-jun 2020)

CONCLUSIONES: La intervención (sesión formativa) mejoró la adecuación de los tratamientos a la guía de referencia. A la vista de los resultados, parece interesante extender el programa a otros tipos de infecciones habituales en prisión y valorar implantación de un programa de optimización de antibióticos, incluyendo sesiones formativas.



ELUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

Alta prevalencia de ENFERMEDADES MENTALES en la población reclusa

El 19,9% reconoce que ha **intentado quitarse la vida** alguna vez

El 32,2% manifiesta **haber tenido ideas de suicidio** alguna vez en su vida

Tiempo medio en tratamiento: 8,7 años.

El 21,6% refiere **tomar actualmente medicación** para problemas mentales o emocionales

El 34,8% refiere **haber sido diagnosticado**, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional

CONSUMO DE DROGAS

- El consumo de todas las drogas ilegales es claramente **más elevado en la población penitenciaria** previamente a su ingreso en prisión, que en la población general.
 - El 75,1% ha consumido alguna droga ilegal en la vida estando en libertad.
 - El 16,8% ha consumido alguna droga ilegal estando en prisión
 - Tabaco, cannabis y los tranquilizantes no recetados son las sustancias más consumidas en prisión.
- Las sustancias psicoactivas implicadas en las sobredosis son los tranquilizantes y heroína.

VÍA: NASAL - INHALADA >>> PARENTERAL

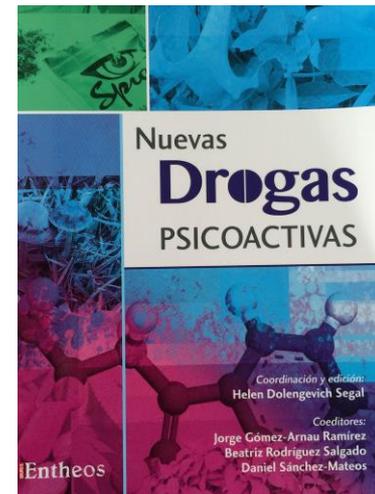
Drogas ilegales: tranquilizantes no recetados, cannabis, cannabinoides, heroína sin mezclar, metadona no recetada, buprenorfina no recetada, fentanilo no recetado, cocaína base, cocaína polvo, heroína mezclada con cocaína, anfetaminas, metanfetamina éxtasis, alucinógenos, inhalables volátiles, ketamina, LSD, setas mágicas, catinonas sintéticas, esteroides anabolizantes y GHB.

Terminología penitenciaria:

- Borrachas = gabapentina
- Avispas = tramadol 50 mg capsulas
- Pantera rosa = clorazepato 50 mg
- Ladrillo = alprazolam 2 mg liberación inmediata
- Bombona = amitriptilina 75 mg
- Txitxa = alcohol casero

Usos inadecuados:

- Pregabalina: esnifada
- Butilescopolamina: fumada
- Buprenorfina: fumada y esnifada
- Metadona regurgitada
- Diclofenaco gel + leche: secar y esnifar



Cap 41. Uso recreativo de fármacos:
PHARMING O FARMACOFIESTA

**PREOCUPACIÓN POR UN
FENÓMENO EMERGENTE**

- Abuso y mal uso de psicofármacos, con un mercado entre los internos asociado a coacciones y otras formas de violencia → interfiere en el funcionamiento/convivencia dentro del CP.
- Graves consecuencias: aumento de EA indeseables, intoxicaciones (voluntarias e involuntarias) y aumento del riesgo para la vida.

Medidas preventivas:

1. Tratamiento directamente observado a TODOS los psicofármacos por orden judicial
2. Deprescripción de psicofármacos



carcelario una realidad que debe de evitarse por imperativo legal y por humanidad y que es de fácil acometimiento con la necesaria colaboración entre las diferentes administraciones implicadas, ya que me consta que hay voluntad y los recursos necesarios para ello.

Por ello se concluye que es necesario eliminar definitivamente la circulación de los psicofármacos en prisión y el único modo es mediante el tratamiento directamente observado (TDO) por el personal sanitario, quien supervisará la toma de toda la medicación del día/noche, para garantizar su ingesta por el paciente que la tiene prescrita.

A tal fin las Administraciones implicadas, deberán de confeccionar el protocolo necesario para la consecución de dicho objetivo.

Vistos los artículos citados y demás de general y

ACUERDA:

- 1.- Decretar como obligatorio el tratamiento directamente observado (TDO) a todos aquellos internos/pacientes a los que se les pauten psicofármacos.
- 2.- Las administraciones implicadas en los tres territorios históricos y a nivel de Comunidad Autónoma, deberán de configurar un protocolo de actuación para el aseguramiento del TDO.
- 3.- La ejecutividad de la presente resolución desde el día de la fecha. Se establece el plazo de un mes para la implantación definitiva del TDO.
- 4.- La remisión del protocolo de actuación a éste Juzgado de Vigilancia Penitenciaria una vez haya sido elaborado.

Estudio longitudinal prospectivo antes-después sobre los pacientes institucionalizados en el CP Araba en tratamiento con psicofármacos.

Objetivo: reducir el abuso/mal uso de psicofármacos prescritos en el CP Araba

- Estrategia de deprescripción consensuada (equipo SM + Farmacia)
- 1ª fase: gabapentinoides, amitriptilina, benzodiazepinas
- Se tiene en cuenta al paciente (Escala autoaplicada SDS – valora grado dependencia)

Historia clínica



Unidad
Gestión
Sanitaria

Monitorización
semanal



Selección de pacientes con
psicofármacos:

- Dosis \geq máxima
- ≥ 2 benzodiazepinas \neq



- Envío a psiquiatras
- Analizamos casos concretos

Estudio longitudinal prospectivo antes-después sobre los pacientes institucionalizados en el CP Araba en tratamiento con psicofármacos.

LIMITACIONES

- Alta movilidad de pacientes
 - Se van pacientes con los que se ha trabajado la deprescripción (libertad, conducciones)
 - Ingresan pacientes con altas dosis de psicofármacos/combinaciones de BZD
- Deprescripción no estandarizada a nivel nacional en este medio
- No disponemos de una guía adaptada a nuestro país
- No todas las intoxicaciones medicamentosas se producen con fármacos prescritos



Safer Prescribing in Prisons

Guidance for clinicians

Second edition • January 2019



Traffic light system

The authors have used a traffic light system to evaluate medicines, with regard to the risks associated with prescribing in prisons.

- Red medicines are generally considered to be inappropriate for prescribing in prisons as their misuse potential and their potential for harm is considered unacceptable and alternative medications are available. They carry the highest risk if prescribed and they should only be considered where alternatives are not available.
- Amber medicines should usually only be considered as a treatment when other choices are inappropriate or have been used unsuccessfully. Even in these circumstances they should be prescribed with caution. Amber medications have a recognised abuse potential and experience from within the prison system supports the assertion that these medications are abused. Their abuse should not be supported but the risk of individual harm is arguably less than for the red category. For a prison population as a whole though, the risk associated with widespread trading may not be reduced and widespread use of amber medications should be considered as inappropriate within a particular prison. In limited circumstances amber medications may be prescribed as first-line treatments but are highlighted as their potential for abuse remains high. For example, the treatment of assisted withdrawal for benzodiazepines, alcohol dependence and opiate dependence are all marked as amber.
- Green medications carry lower risk and where possible after assessing individual need and prison factors these medications would generally be a first-choice treatment. To facilitate these medications as first-choice treatments, they may need to be used off-licence or outside of National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidance.

CONTRIBUCIÓN DESDE FARMACIA:

- Preparación de **medicación en TDO** → se evita posesión de psicofármacos. Próxima automatización.
- Ramadán: prohibida la toma de medicamentos mientras dura el sol
- Detección de interacciones farmacológicas
- **Monitorización de niveles plasmáticos:** clozapina, litio, valproico
- Detección de problemas relacionados con la medicación en dispensación/administración:
 - Intoxicación, sobredosis
 - Tráfico de medicamentos
- **Fármacos que dan falsos positivos** en urinocontroles (programa de tratamiento de adicciones)





- **Conciliación** de psicofármacos:
 - Conducción
 - Domicilio
 - Hospital
- **Al alta:** entrega de medicación, hoja de tratamiento, información y educación en toma de medicación, coordinación con salud mental y AP.
 - Reto: resolver la continuación de la atención sanitaria mediante una adecuada coordinación entre los sistemas de salud penitenciarios y comunitarios.

Análisis de psicofármacos en las aguas residuales:

- Evaluar la **cantidad y tipo de sustancias consumidas** :
 - **Fármacos susceptibles de abuso (gabapentinoides, buprenorfina)**
 - Sustancias de abuso legales (alcohol y tabaco)
 - Sustancias de abuso ilegales (cannabis, cocaína, anfetamina, metanfetamina, éxtasis)
 - Nuevas sustancias psicoactivas



Información relevante al equipo asistencial (psiquiatría, enfermería, farmacia)

- ✓ Determinar si el consumo de fármacos susceptibles de abuso es mayor que la cantidad dispensada por el equipo sanitario.
- ✓ Permite estudiar patrones de uso de diferentes sustancias y de nuevas sustancias psicoactivas (carfentanilo, cannabinoideos sintéticos).



CONCLUSIONES

- Entorno penitenciario: peculiaridades que requieren de un abordaje específico.
- Híbrido atención primaria-especializada.
- Permite contactar con una población con alta vulnerabilidad y de difícil acceso sanitario en la comunidad.
- La colaboración multidisciplinar:
 - Facilita y logra que la estancia en prisión sea un momento idóneo para tratar de forma integral a estos pacientes.
- La falta de personal farmacéutico compromete la garantía de equidad de la asistencia farmacéutica.
 - Limitaciones: AF en patología como diabetes, HTA, hiperlipemia...?
- **Desafío: dotación de la farmacia penitenciaria con el número suficiente de profesionales farmacéuticos con especialidad en Farmacia Hospitalaria para poder llevar a cabo la AF.**



Eskerrik asko zure arretagatik

Gracias por su atención

Gràcies per la seva atenció

Grazas pola súa atención

maite.nogalesgarcia@osakidetza.eus