

ACTIVIDAD PERICIAL CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD AFECTADAS CON TUBERCULOSIS: EL DESCONOCIMIENTO FORTALECE AL PÁNICO

(Expert activity with persons affected with Tuberculosis who are deprived of their liberty: ignorance strengthens panic)

RESUMEN

El objetivo general de este artículo es concientizar a los integrantes del Poder Judicial, tanto médicos como no médicos, haciendo hincapié en el desconocimiento y la incertidumbre que genera la palabra "TUBERCULOSIS". Principalmente se tratará de fortalecer los conceptos de cuidado y las medidas por adoptar ante la población carcelaria a la cual nos exponemos diariamente en nuestra tarea laboral. La experiencia nos ha mostrado que el desconocimiento de esta antiquísima enfermedad es muy amplio.

PALABRAS CLAVE: *Tuberculosis/prevención & control; Examen forense; Personal de Salud; Prisiones; Prisioneros; Prevención de enfermedades; Manejo de la enfermedad.*

ABSTRACT

The main purpose of this article is to raise awareness among medical and non-medical members of the Judiciary staff, insisting on the lack of knowledge and the uncertainty generated by the word "TUBERCULOSIS". Primarily, this article seeks to strengthen the concept of care and the measures to be adopted regarding the prison population we are exposed to daily, in the exercise of our work duties. Experience has shown that lack of awareness about this ancient disease is wide.

KEYWORDS: *Tuberculosis/prevention & control; Forensic examination; Health Personnel; Prisons; Prisoners; Disease prevention; Disease management.*

*Miguel B. Zappia¹
Luis H. Márquez²*

¹*Neumólogo del Cuerpo Médico Forense.*
²*Neumólogo, especialista en Medicina Legal. Médico Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

Contacto:
miguelbz83@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión de individuos como un medio para sancionar transgresiones a las leyes y a las normas establecidas, las prisiones han estado indefectiblemente ligadas a enfermedades transmisibles, principalmente por el hacinamiento que se produce en muchas de ellas. Estas condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, a veces difíciles de controlar, facilitan el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas. Además, es conocido que la presencia de hechos de violencia, de conductas adictivas y de riesgo de enfermedades de transmisión sexual son elementos intrínsecos de la vida en prisión, constituyendo una amenaza constante para la calidad de vida de las personas detenidas; principalmente ante el advenimiento de la tuberculosis (TB) ligada a la co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), al incremento de la tuberculosis multidrogaresistente (TB-MDR) y extensivamente resistente (TB-XDR). De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2006¹ se produjeron en América Latina 330.724 nuevos casos de tuberculosis y 40.600 muertes por la enfermedad. La prevalencia de VIH en los casos de TB fue estimada en 6.4% (la más alta después de África). Se estima, asimismo, que existieron 12 mil nuevos casos de TB-MDR, de los cuales el 6% podría corresponder a TB-XDR.¹ Estas personas enfermas son un riesgo para ellos mismos, para el resto de la población carcelaria, para el personal del servicio penitenciario y para las personas que circunstancial u ocasionalmente tomamos contacto con ellos. Es por esta razón que decidimos escribir este artículo, con el fin de incrementar el conocimiento de la enfermedad y los cuidados que deben

tomarse para disminuir el riesgo de contagio.

QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?

La TB es una enfermedad causada por el germen denominado *Mycobacterium tuberculosis*. Afecta con mayor frecuencia a los pulmones, pero los gérmenes pueden infectar cualquier parte del cuerpo. Las formas habituales de presentación son: el estado latente o el activo (los gérmenes causan enfermedad). Las personas que presentan la forma latente no tienen síntomas y no contagian (el propio organismo contuvo la infección y esta no siguió el camino hacia la enfermedad). Esta latencia, podría alterarse ante una depresión del sistema de defensa del cuerpo humano y consecuentemente desarrollar / evolucionar la enfermedad tuberculosa.¹

FORMAS DE CONTAGIO

La transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea desde un individuo que presenta la forma activa y elimina gérmenes y posteriormente estos son inhalados por un huésped y llegan a los pulmones. La casi totalidad de los enfermos pulmonares bacilíferos tienen tos y expectoración.

Se define como caso índice o inicial al primer caso conocido de TB de cada grupo, y por lo tanto el que da comienzo a la evaluación de los contactos. Se denominan contactos a todas las personas expuestas o relacionadas con el caso índice (paciente con tuberculosis activa). Se los clasifica como de alto riesgo (contacto diario mayor de 6 hrs.), de mediano riesgo (contacto diario menor de 6 hrs.) y de bajo riesgo (contactos esporádicos). Las personas inmunocomprometidas son consideradas como de alto riesgo, independientemente de la frecuencia del contacto. En general, los contactos de alto riesgo suelen ser los

convivientes domiciliarios, y los de mediano riesgo los contactos laborales o escolares. Los adultos suelen ser la fuente de infección, al contrario de lo que sucede en casos pediátricos. La fuente de infección es el enfermo con TB pulmonar o laríngea, que elimina bacilos en sus secreciones. El mayor riesgo de contagio lo representan los pacientes con examen directo de esputo positivo. Aquellos con baciloscopía de esputo negativa pero con crecimiento bacilar en el cultivo también contagian, aunque en menor medida, por lo que la baciloscopía negativa no descarta la necesidad de realizar el estudio de todos los contactos. Es importante resaltar que no se puede contagiar por saludar a alguien, por sentarse en un inodoro o por compartir platos o vasos.²

El estudio de los contactos a partir de un caso inicial tiene como objetivos³

- Diagnosticar contactos infectados o enfermos
- Tratar precozmente a los mismos.
- Reconstruir la cadena de transmisión para identificar cuál fue el caso índice real ó auténtico (verdadera fuente de infección).

Por lo tanto, es impostergable el estudio de todos los contactos de alto riesgo de pacientes bacilíferos, y deseable el de los no bacilíferos. El médico responsable deberá evaluar cada situación en particular una vez realizado el estudio de foco en un plazo razonable.

Todo estudio de foco debería incluir:

1. Registro de todos los contactos por estudiar.
2. Examen clínico exhaustivo.
3. Prueba de sensibilidad tuberculínica.
4. Examen radiológico de tórax.
5. Examen bacteriológico, si fuera posible.

SÍNTOMAS DE LA TUBERCULOSIS

Se sospecha que una persona puede tener TB pulmonar cuando presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Tos y expectoración por más de 21 días.
- Expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar.
- Pérdida de peso o de apetito, fiebre a predominio vespertino, sudor nocturno, cansancio y decaimiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la TB se realiza con drogas antituberculosis o tuberculostáticas y consiste en una fase inicial diaria (+ 2 meses) y una fase de continuación, recomendada en forma diaria y con menor dosis. Se sugiere mínimamente realizar 6 meses de tratamiento sumando las dos fases. El esquema habitual puede resumirse en 2HRZE/4HR (H: isoniacida, R: rifampicina, Z: pirazinamida, E: etambutol), en caso de que el resultado del cultivo y antibiograma así lo indiquen, el esquema de tratamiento puede modificarse.

La mujer que amamanta puede recibir todos los medicamentos antituberculosos de primera línea y el bebé no debe ser separado de la madre y puede amamantarlo. Se debe descartar TB activa en el recién nacido, vacunarlo con BCG, vigilando la aparición de un nódulo precoz y comenzar quimioprofilaxis o tratamiento según corresponda.⁴

TUBERCULOSIS EN CÁRCELES

Los sistemas penitenciarios en los distintos países de la región muestran amplia variabilidad y diversidad en su organización, estructura, legislación,

acceso a recursos, etc., y en su mayoría constituyen un reflejo de las situaciones de pobreza, desempleo, desigualdad y discriminación que se vive en muchos lugares de América Latina. Se observa, con muy pocas excepciones, que la situación y las condiciones de los centros penitenciarios no son las más adecuadas, existiendo problemas de infraestructura, hacinamiento, violencia y carencias de recursos materiales y humanos. El costo diario de manutención de cada persona privada de libertad (PPL) puede variar de US\$5 dólares en Perú y Belice, hasta cerca de US\$50 dólares en Argentina, con un promedio aproximado de US\$15 dólares diarios (análisis efectuado por el Programa de TB, OPS/OMS). Los programas de mejora de los centros penitenciarios y las construcciones nuevas siguen siendo insuficientes ante el crecimiento sostenido de esta población, provocando situaciones de hacinamiento y espacios cada vez más atestados, violentos e insalubres. Existe sobrepoblación en las prisiones de América Latina, con centros penitenciarios que llegan a cuadruplicar su capacidad máxima. Un ejemplo es el penal de Lurigancho, en Lima, que se construyó con una capacidad para 1800 personas, y en el año 2006 albergaba a 8.564 internos; o en México, donde las celdas fueron diseñadas para tres internos, pero durante la noche deben recibir a más de diez.¹

En los centros penitenciarios, como en cualquier otro ámbito, las acciones para el control de la TB deben seguir las normas nacionales de control de la TB y los estándares internacionales para la vigilancia de la enfermedad. Sin embargo, debido a las características de estos centros se recomiendan, además, pautas especialmente dirigidas a la población privada de la libertad (PPL) y su entorno.¹ En centros de reclusión la prevalencia de

VIH en pacientes con TB es superior al 5%. Respecto de la tuberculosis, frente a una tasa de la población general del país de 20 cada 100.000 personas, en las unidades del Servicio Penitenciario Federal (SPF) se detectó una incidencia de 29,6 cada 100.000.⁶⁻⁷⁻⁸

CÓMO EVITAR EL CONTAGIO

El trato cotidiano con población carcelaria, en ambientes sin ventilación adecuada, puede contribuir al contagio. En lo posible se debe evitar estar más del tiempo necesario con personas que tengan diagnóstico de TB y que no estén siendo tratadas para dicha patología. Resulta relevante destacar que si la persona enferma está tomando en forma rutinaria la medicación y lleva más de 15 días de tratamiento el riesgo de contagio disminuye en forma considerable. Por lo expuesto, entendemos que resulta de vital importancia el uso de barbijo tipo quirúrgico, el cual deberían utilizar las personas que interrogan al enfermo, el personal de traslado y, además, si el enfermo no tiene un barbijo de las características mencionadas, proporcionárselo.

El otro método de prevención es el ambiental, siendo necesario que, durante el interrogatorio o el examen de una persona enferma o sospechosa de enfermedad, el ambiente esté con la mayor ventilación posible hacia el exterior. Lo más factible es el uso de ventilación natural o de ventilación mecánica (donde el movimiento del aire se facilita mediante el uso de ventiladores). Se deben abrir al exterior áreas de espera y salas de examen, y nunca hacia otras salas. Si bien la ventilación mecánica puede ser más compleja y costosa, su eficiencia es muchísimo mayor. Incluye el uso de ventiladores de ventana, sistemas de

ventilación por extracción, etc. en habitaciones de aislamiento o pabellones para producir presión negativa e impedir que el aire contaminado escape a pasillos y otras áreas circundantes. Cuando se utilizan ventiladores de techo, las ventanas también deben quedar abiertas dado que el objetivo es diluir e intercambiar y no sólo mezclar el aire. La condición mínima aceptable comprende aberturas en extremos opuestos (ventilación cruzada). Los filtros HEPA (de alta eficacia)⁹ constituyen una medida de gran versatilidad debido a su carácter de portátiles. Entre otras ventajas pueden instalarse en lugares donde no haya sistemas de ventilación general (consultorios, por ejemplo), o en los sistemas de ventilación o recirculación si esos sistemas no pueden aportar los ACH (por sus siglas en inglés *Air Changes Per Hour*) necesarios. Además, puede limpiar el aire sin afectar el suministro de aire fresco o el sistema de presión negativa deseado.¹⁰

CONCLUSIONES

Para concluir, necesitamos resaltar que la prevención es fundamental para evitar el contagio de la “gran simuladora”, como le dicen los grandes Neumonólogos a la Tuberculosis. Esta enfermedad que la mayoría de las personas creen extinta, pero nada más lejos de la realidad. Por último, entendemos que la difusión de los conceptos vertidos en este artículo, podrá fortalecer la concientización del personal del Poder Judicial para tener presente en todo momento las medidas de prevención necesarias. Asimismo, incrementar las actividades de formación y transferencia de conocimientos asegurando el uso consciente de elementos de protección y la optimización, si fuera requerida, en los aspectos de infraestructura en las dependencias desti-

nadas a la evaluación y/o interrogatorio de individuos enfermos o en situación de riesgo. Otra de las nuevas medidas que se debería tener en cuenta, son los interrogatorios a través de plataformas digitales, aprovechando las experiencias que nos dejó la última pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organización Panamericana de la Salud (2008). Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe” Washington: Organización Panamericana de la Salud. ISBN: 978-92-75-32937-5.
- 2- Zumla, A., Raviglione, M., Hafner, R., & von Reyn, C. F. (2013). Tuberculosis. *The New England journal of medicine*, 368(8), 745–755.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1200894>
- 3- Zerbini, E. V., Álvarez, R., Cudós, M. C. (2013). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas 2013 (4ta ed.) Santa Fe: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. ISBN 978-987-29970-0-7.
- 4- Brian, M. C; Gaitán, C.; Pelaya, E.; Sáenz, C. (1998). Programa Nacional de control de la Tuberculosis. ANLIS - “DR. CARLOS G. MALBRÁN”.
- 5- World Health Organization (2019). HO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment. Geneve: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155052-9.
- 6- Angeleri, P., Sotelo, J. A., Orlando, M., & Adaszko, D. (2017). Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio

Penitenciario Federal. Argentina: Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

7- Arcuri, D.. (2010). Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(2), 21-26. Recuperado en 10 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000200003&lng=es&tlng=es

8- Ilievska-Poposka, B., Zakoska, M., Pilovska-Spasovska, K., Simonovska, L., & Mitreski, V. (2018). Tuberculosis in the Prisons in the Republic of Macedonia, 2008-2017. *Macedonian journal of*

medical sciences, 6(7), 1300–1304.

9- Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2019). Mesa de consenso para la vigilancia de la salud de los trabajadores N°3: Tuberculosis Ocupacional. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/tuberculosis_ocupacional.pdf

10- Abbate, E., Ballester, D., Barrera, L., Brian, M. C., Echazarreta, A., Gaitán, C., González, C., Nahabedia, S., Palmero, D., Pelaya, E., Sáenz, C., (2009). Consenso Argentino de Tuberculosis. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 9(2), 61-99.