

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”
Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de TUBERCULOSIS en Centros de Privación de Libertad



PROGRAMA DE
JUSTICIA E INCLUSIÓN



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de TUBERCULOSIS en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, et al, coord. Protocolo de atención de tuberculosis en centros de privación de libertad. Montevideo: OPP, 2016. **32 p.**

1. Prestación Integrada de Atención de Salud.
2. Prisiones-tendencias.
3. Adulto.
4. Adolescente.
5. Tuberculosis.
6. Protocolos.
7. Registros Médicos.
8. Uruguay.

ISBN: 978-9974-8561-7-2

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.538 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

GRUPO DE TRABAJO

Dr. Jorge Rodriguez de Marco. CHLAEP

Enf. Gabriela Rubbo. CHLAEP

Dra. Paula Lasserra. CHLAEP

Lic. Jose Luis Priore. Programa ITS/VIH Sida - MSP

Dra. Silvia Cataldi. Neumóloga. ASSE.

Dra. Veronica Cosme. Infectóloga. DNSP

Dra. Pilar Irabedra. OPS/OMS

Dr. Wilson Benia OPS/OMS

REVISORES

Dra. Silvia Melgar. ASSE

Dr. Jorge Banquero. DNSP

Fecha de elaboración: 1° de junio de 2015

Fecha de revisión: 29 de abril de 2016

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de "o/a", "as/os", "los/las" para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.



Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"



CONTENIDO

1.	ABREVIATURAS.....	7
2.	INTRODUCCIÓN	8
2.1.	Marco conceptual.....	8
3.	GLOSARIO	9
4.	JUSTIFICACIÓN	10
5.	ALCANCE	11
5.1.	Ámbito de Aplicación.	11
5.2.	Población Destinataria.....	11
6.	DEFINICIÓN	12
7.	OBJETIVOS.....	12
8.	PROCEDIMIENTOS VINCULADOS AL INGRESO.	13
8.1.	Actividades a desarrollar.	13
8.2.	Elementos de Tipificación/Clasificación de internos	14
9.	PROCEDIMIENTOS DURANTE LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD	15
9.1.	Diagnóstico Precoz de enfermedad TB.....	15
9.2.	Control de Contactos.....	15
9.3.	Tamizaje Periódico: Búsqueda activa entre la población de una UIPPL.	18
9.4.	Realización de Paraclínica.....	18
9.5.	Tratamiento	19
9.6.	Gestión de los Medicamentos.....	21
9.7.	Alimentación	22
9.8.	Elementos de Tipificación/Clasificación de internos	22
10.	PROCEDIMIENTOS VINCULADOS AL PRE EGRESO	23
10.1.	Actividades a desarrollar en las Unidades de Internación previo al egreso.	23
10.2.	Derivación a equipos de salud territoriales.	23
10.3.	Elementos de Tipificación/Clasificación de internos pre egreso	25
11.	RECOMENDACIONES SOBRE AISLAMIENTO.....	26
11.1.	Aislamiento al ingreso.	26

11.2. Aislamiento durante la privación de libertad	26
11.3 Situaciones de liberación de la PPL durante el período de aislamiento.	26
12. EVALUACIÓN	26
13. LISTA DE DISTRIBUCIÓN	27
14. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS	28
15. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	29
16. ANEXOS.	30
Anexo 1. Checklist para determinar Prioridad en las Baciloscopías.	30
Anexo 2. Condiciones de aislamiento de pacientes tuberculosos en los establecimientos de privación de libertad	30
Anexo 3. Higiene y conservación de alimentos	32

1. ABREVIATURAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

BARR: Bacilo ácido-alcohol resistente

CHLAEP: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

CI: Caso índice.

DINALI: Dirección Nacional de Liberados

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial

H: Isoniacida

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INISA: Sistema Nacional de Inclusión Social Adolescente

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

ITL: Infección tuberculosa latente

PVVS: Persona viviendo con VIH/Sida

PPL: Persona Privada de Libertad.

QP: Quimioprofilaxis.

UIPPL: Unidad de Internación para Personas Privadas de Libertad

UDD: Unidad de Diagnóstico y Derivación.

SAIPPL: Sistema de Atención Integral de las PPL de ASSE

TARV: Tratamiento Antirretroviral.

TB: Tuberculosis

TB-XDR: Tuberculosis extremadamente resistente

TB-MDR: Tuberculosis multi drogo resistente

TDO: Tratamiento Directamente Observado

2. INTRODUCCIÓN

El protocolo se entiende como el documento que traduce el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. Es un documento dinámico que necesita ser revisado periódicamente, y que debe incorporar el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

Sus propósitos principales son brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre, contribuyan a normalizar la práctica disminuyendo la variabilidad de las intervenciones, y sean fuente de información facilitando el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

2.1. Marco conceptual

Para asegurar una gestión humanitaria de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacionales respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de los reclusos y que el tratamiento dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social. Entre otros muchos documentos internacionales y regionales, cabe destacar las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos; el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión; las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing); la detallada relación de principios y directrices contenidos en las Reglas Mínimas (RM) de Tokio (1990) y Bangkok (2009) y los procedimientos expresamente establecidos para la aplicación efectiva de las mismas. Asimismo deben considerarse las Reglas Para la Protección de los Menores Privados de Libertad y el Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, entre otros.

Una vez que una persona es detenida, corresponde a las autoridades penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. La persona privada de libertad sigue siendo titular de derechos y la pena de prisión no debe ser agravada con penas adicionales. De esta forma se consagra el precepto emanado de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, que establece que la atención sanitaria de las personas presas debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de

equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en los centros de privación de libertad y se fundamenta en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de las personas privadas de libertad. Por otra parte, debemos tener presente que la inmensa mayoría de las personas recluidas se reintegran a la vida en comunidad, por consiguiente cualquier enfermedad contraída en prisión o deterioro del estado de salud por las condiciones del encierro, cobran especial relevancia en el momento de la liberación. Esto refuerza la crucial relación entre la salud penitenciaria y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de las personas presas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundan no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

3. GLOSARIO

Consentimiento informado.

“Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.”

(Art 11 de la ley 18335)

Además “todo procedimiento de atención deberá previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos”

(Art 17 del Decreto 274/2010)

4. JUSTIFICACIÓN

Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 cada 100 mil habitantes, que lo ubica en los primeros lugares de América Latina con más personas presas con relación a su población.

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas. La mayor proporción de adultos está bajo la responsabilidad del INR y los adolescentes en la órbita del INISA. La cobertura sanitaria se distribuye entre ASSE y DNSP. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

Institución responsable de la atención sanitaria	Población
INISA	531
INR con cobertura asistencial de ASSE	5410
INR y cobertura asistencial de DNSP	4218
Total	10159

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad, muy joven promedialmente y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Los centros de privación de libertad pueden ser reservorios que podrían amplificar la transmisión de las enfermedades para las PPL que contraen enfermedades cuando entran a sistema y luego son liberados.

Las unidades de privación de libertad constituyen un lugar de alto riesgo de transmisión del VIH, Tuberculosis y de otras infecciones.

En nuestro medio la Comisión Honoraria Para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP) ha realizado estudios en establecimientos penitenciarios registrando en 71 casos de TB en 2013, lo cual representa una incidencia de 742,6 por 100.000, casi 30 veces mayor que la tasa en población general.

Estudios recientes en la UIPPL de Canelones a cargo del equipo técnico de la DNSP, han arrojado una prevalencia de Tuberculosis de 900 por 100.000 y de VIH de 700 por 100.000.

El diseño de un protocolo de intervención en Tuberculosis tiende a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención y una llegada más eficaz de los mensajes de salud entre pares.

5. ALCANCE

El presente protocolo tiene como finalidad organizar, sistematizar y uniformizar la prevención y el tratamiento de los internos con Tuberculosis en todos los servicios de salud del sistema penitenciario.

5.1 *Ámbito de Aplicación*

Profesionales a los que se dirige. Todos los profesionales que integran los equipos de salud asignados a los servicios de salud del Sistema Penitenciario tanto de varones como de mujeres, en Montevideo y en el interior del país, incluyendo adolescentes.

Lugares en los que se aplicará. La aplicación del protocolo es de alcance nacional, en todas las unidades de privación de libertad que se detallan en el numeral 13.

5.2 *Población Destinataria*

Criterios de inclusión

- PPL que son evaluados en las unidades de ingreso al sistema penitenciario, o adolescentes que ingresan al INISA.
- PPL que al realizarse estudios diagnósticos resultan positivos a TB o PPL en los que ya se conoce su condición de enfermos de TB.
- Personal que está en contacto directo con las PPL

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

6. DEFINICIÓN

La **Tuberculosis** es una enfermedad infectocontagiosa causada por bacilos ácido alcohol resistente (BAAR).que integran el Complejo *Mycobacterium tuberculosis* (CMT) cuyo componente más importante desde el punto de vista clínico y de salud pública es *M. tuberculosis*, bacilo tuberculoso o bacilo de Koch.

La TB se contagia por el aire, de una persona a otra por contagio directo. Cuando una persona afectada por Tuberculosis pulmonar tose, estornuda o grita, pequeñas partículas húmedas con bacilos tuberculosos son despedidas al aire, y otra persona que respira el aire con estas partículas se puede contagiarla TB. Las personas enfermas de Tuberculosis tienen mayor riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas, cuando pasan con ellas mucho tiempo. Una situación de particular riesgo es el ámbito de la celda y otros espacios cerrados del sistema penitenciario.¹

7. OBJETIVOS

Objetivo general

Lograr una calidad de atención homogénea, mejorando la oportunidad del diagnóstico precoz y alcanzando un control integral de la TB centrado en acciones individuales y colectivas de promoción, prevención y asistencia en todas las PPL.

Objetivos específicos.

1. Brindar estrategias específicas para el control de la TB en el contexto de los UIPPL y centros de medidas privativas de libertad en adolescentes.
2. Realizar educación para promover la consulta y el diagnóstico precoz de la TB.
3. Disminuir la transmisión de la infección tuberculosa entre las PPL, el personal que trabaja en el sistema penitenciario y los familiares de las PPL.
4. Contribuir a la disminución de la incidencia y letalidad por TB en las unidades de internación de PPL, incluidas las personas co-infectadas con el VIH.
5. Prevenir el desarrollo de TB multi-drogo-resistente (TB-MDR) y TB extremadamente resistente (TB-XDR) en las PPL.

1. Organización Panamericana de la Salud. Cárcenes saludables: promoviendo la salud para todos / Celia Wainstein. Coordinadora. 1ª ed. Buenos Aires: OPS, 2003

6. Favorecer la continuidad del tratamiento dentro del sistema penitenciario y con las instituciones de salud del SNIS para minimizar los efectos de la fragmentación del sistema de salud.
7. Optimizar la administración de los recursos e insumos para la atención de las PPL.

8. PROCEDIMIENTOS VINCULADOS AL INGRESO

Los elementos que se desarrollan a continuación están contemplados en el Protocolo de Ingreso.

Toda persona adulta que ingresa al sistema penitenciario o adolescentes que ingresan al Centro de Ingreso, Estudio, Diagnostico y Derivación del INISA debe ser evaluada de forma precoz (el día del ingreso) con clínica y paraclínica, con especial énfasis en la baciloscopía y, en caso de estar disponible, radiografía de tórax para diagnosticar enfermedad tuberculosa activa.

8.1. Actividades a desarrollar

- 8.1.1 Obtención del consentimiento informado verbal para las pruebas diagnósticas de TB.
- 8.1.2 Entrevista médica
 - El médico general realiza el examen clínico individual.
 - Completa la ficha patronímica.
 - Realiza el check-list (ver Anexo 1) para establecer el grado de sospecha de TB.

A todas las personas que tengan tos y/o expectoración, **independientemente de la duración de esos síntomas** se obtendrán dos muestras de esputo en días sucesivos a efectos de realizar los estudios bacteriológicos específicos.

- Si la sospecha de TB es baja, el check-list se adjunta a la historia clínica.
- Si el check-list identifica alta sospecha de TB se envía con la muestra al laboratorio de la CHLAEP para que sea procesada **con carácter prioritario**.

- En caso de paciente VIH conocido (o diagnosticado al ingreso), se debe indicar también una radiografía de tórax.
- Se recibe de la CHLAEP la notificación de todos los resultados, positivos y negativos, los que se adjuntarán a la historia clínica correspondiente.
- Se implementa el tratamiento indicado por el médico supervisor de la CHLAEP con la mayor celeridad posible.
- El personal de enfermería realiza el TDO diario mientras la PPL está en la Unidad de Ingreso.

8.3.1 El equipo de salud coordina con ASSE el traslado y derivación de las PPL con TB a un centro penitenciario con aislamiento adecuado (ver Anexo 2).

Se derivará a un centro hospitalario cuando hubiera:

- Sospecha de resistencia o resistencia comprobada.
- Co-infección por HIV y TB.
- Suspensión de tratamiento por hepatitis tóxica.

Se deberá tener especial atención a pacientes sospechosos de TB resistente en caso de:

- Contacto con TB resistente
- Múltiples abandonos de tratamiento.
- Antecedentes de TB resistente.

8.2. Elementos de Tipificación/Clasificación de internos

Criterios de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva específica para TB, pueden identificarse los siguientes niveles de vulnerabilidad.

- Población PPL con VIH.
- Diabetes mellitus, desnutrición, tratamiento prolongado con corticoides y otras drogas inmuno-supresoras, consumo de drogas ilícitas, tabaquismo, alcoholismo.

9. PROCEDIMIENTOS DURANTE LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD

9.1. Diagnóstico Precoz de enfermedad TB

Basado en la consulta precoz de la PPL y en la evaluación clínica - paraclínica (baciloscopía – radiografía) sistemática para TB frente a toda persona con síntomas respiratorios.

Informar a las PPL y al personal de la UI sobre los signos y síntomas de la TB para que consulten inmediatamente en caso de que los presenten.

A **TODA** PPL o integrante del personal de una UI que consulte por síntomas respiratorios, se le deben practicar las pruebas diagnósticas dirigidas a la detección de TB de la forma más rápida posible.

La primera toma de muestra de baciloscopía deberá realizarse en la consulta y se lo citará para el día siguiente para la recolección de la segunda muestra.

En la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios se podría involucrar a los líderes (PPL) de los módulos, debidamente capacitados.

9.2. Control de Contactos

La identificación de un caso de TB en un UIPPL pondrá en marcha, de forma inmediata, una serie de actividades dirigidas a minimizar el riesgo de transmisión de infección tuberculosa.

El control de contactos buscará:

- Identificar a las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la TB.
- Diagnosticar si han desarrollado una enfermedad tuberculosa activa (TB) o tienen una infección tuberculosa latente (ITL).
- Tratar precozmente a los enfermos que han desarrollado una TB activa.
- Tratar a los portadores de ITL que lo requieran, luego de descartar una TB activa con un tratamiento preventivo.
- Reconstruir la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar el caso índice (CI).

9.2.1. Información necesaria para implementar el control de contactos

- Localización anatómica de la TB.
- Estado bacteriológico: resultado de la baciloscopía y del cultivo.
- Imagen radiológica (mayor contagiosidad si existen cavidades).
- Presencia de tos persistente y/o expectoración.
- Fecha de inicio de síntomas sospechosos de TB, de inicio del tratamiento y del aislamiento respiratorio.
- Localizaciones (celdas, otras prisiones, domicilio, albergues, etc.) donde haya estado el enfermo desde el comienzo de los síntomas. Se solicitará la ayuda del personal de la UIPPL y de otras instituciones, con el fin de conocer:
 - o las celdas en las que ha habitado el CI y los compañeros que han sido contactos,
 - o quienes compartieron talleres, locales de estudio,
 - o compañeros de gimnasio, de comedor,
 - o permisos de salida
 - o conducciones realizadas a otros centros y lugares por donde ha pasado.

En coordinación con la CHLAEP se procederá, en la medida de lo posible, al control de los familiares, amigos, etc. que estuvieron en contacto con el enfermo antes de su ingreso al sistema penitenciario.

9.2.2. Acciones a desarrollar para el control de contactos

Los contactos de un CI que padece una TB pulmonar diagnosticada bacteriológicamente, **deben controlarse en tres oportunidades durante seis meses** a partir del momento en que se realiza el diagnóstico que motiva la investigación: al inicio, a los tres y a los 6 meses.

El primer paso es identificar a las personas que estuvieron en riesgo de infectarse y enfermar por su relación con el CI.

La identificación de los contactos debe surgir de una entrevista con el CI tratando de fundamentar y transmitir la importancia de la investigación, establecer un clima que promueva la confianza del entrevistado.

El contacto debe ser identificado, entrevistado y controlado en un **lapso no mayor a 15 días** luego de diagnosticado el CI.

Primer Control - En esta instancia se estudiarán TODOS los contactos independientemente de la localización y la categoría diagnóstica de la enfermedad del CI.

Tendrán **prioridad** los contactos asignados a la misma celda aunque también deberán ser incluidas otras personas que compartieran temporalmente con el CI un espacio físico.

La evaluación de los contactos se compone de los siguientes pasos:

- a. Entrevista con el médico tratante de la UIPPL /médico supervisor de la CHLAEP
- b. Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración
- c. Estudio radiológico de tórax

La entrevista con el médico tratante de la UIPPL/médico supervisor de la CHLAEP es fundamental y debe incluir interrogatorio sobre síntomas respiratorios y la presencia de factores de riesgo que favorezcan la infección/enfermedad tuberculosa.

Los contactos de formas de TB extrapulmonar y de TB pulmonar no confirmadas bacteriológicamente serán sometidos únicamente a este primer control.

Segundo Control - Este control se practicará a los tres meses de realizado el primero. Consistirá en la realización de la siguiente rutina:

- a. Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración
- b. Entrevista con médico tratante/médico supervisor de la CHLAEP.

Tercer Control - Se realizará este tercer control a los tres meses de practicado el segundo. En esta instancia se incluye:

- a. Entrevista con médico tratante/médico supervisor de la CHLAEP
- b. Estudio radiológico de tórax
- c. Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración

Los contactos que reciben tratamiento de la ITL deberán realizar control médico mensual a efectos de controlar la tolerancia y adherencia a la terapéutica preventiva.

9.2.3. Conducta a seguir con los contactos

Según los resultados de la evaluación practicada, el médico supervisor de la CHLAEP y el médico u otro integrante debidamente capacitado del equipo de salud de la UIPPL, acordarán la conducta a seguir con cada uno de los contactos estudiados.

9.3. Tamizaje Periódico: Búsqueda activa entre la población de una UIPPL

El objetivo de esta estrategia es detectar a aquellos pacientes que no consultan por síntomas respiratorios pero que pueden tenerlos.

La estrategia se basará en una evaluación sistemática y periódica para TB de todas las PPL y personal de la UIPPL

La selección de las áreas diagnosticadas se hará de acuerdo a criterios de riesgo y operacionales.

El tamizaje periódico podrá ser parte de una consulta programada con cierta periodicidad según los distintos grupos de PPL:

- **Mensual** en PPL con infección VIH
- **Trimestral** en internos con otros factores de riesgo diferentes del VIH, que impliquen la posibilidad de inmunodepresión: diabetes mellitus, nefropatía, tratamiento con inmunodepresores, entre otros.
- **Anual** en ausencia de factores de riesgo, coordinando recursos con la CHLAEP.

La búsqueda activa deberá incluir a los funcionarios de los sectores involucrados.

9.4. Realización de Paraclínica

Antes de la iniciación del tratamiento antituberculoso, se deberán solicitar los siguientes exámenes paraclínicos:

- Funcional y enzimograma hepático.
- Hemograma.
- Serología VIH, VHC y VHB.
- Azoemia y creatininemia.
- Glicemia.

Se deben extremar los esfuerzos para que la realización de estos estudios no posponga la iniciación del tratamiento.

9.5. Tratamiento

Se hará bajo la modalidad de TDO. Es la estrategia de elección para todas las personas con TB activa y se debe aplicar durante la duración completa del tratamiento. Es de especial importancia coordinar con funcionarios del CP de la CHLA-EP correspondiente a la UIPPL, respecto a la aplicación de esta estrategia, en la cual debe involucrarse y participar activamente todo el equipo de salud.

La persona con diagnóstico de TB activa recibirá tratamiento de acuerdo a las Normas Nacionales de Tratamiento con supervisión estricta durante la totalidad de la duración del mismo.

9.5.1. Tratamiento Antituberculoso en Pacientes No Tratados Previamente

El tratamiento de personas no tratadas previamente es de 6 meses en dos fases.

Una **fase inicial (2(HRZE))** de **dos meses** de duración que contiene cuatro drogas: isoniacida (H), rifampicina(R), pirazinamida (Z) y etambutol (E), administrada de lunes a sábado y en presentación combinada a dosis fija.

Es seguida por una **fase de continuación (4(H2R2))** que contiene H y R durante **4 meses** administrada dos veces por semana.

La decisión de dar por finalizado un tratamiento se basa en el número de dosis tomadas en cada una de las fases, más que en el período en sí.

Las PPL con TB pulmonar cavitaria y cultivos de esputo positivos al completar el segundo mes de tratamiento, deben prolongar hasta 7 meses la fase de continuación.

El principal factor determinante del éxito del tratamiento antituberculoso es la adherencia al mismo. Se deben tomar todas las medidas tendientes a fomentar la adherencia al plan de tratamiento por parte del paciente.

9.5.2 Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Tratados Previamente

Se define como re-tratamiento la administración de un régimen terapéutico a un enfermo que ha sido tratado previamente con fármacos anti-tuberculosos por más de 30 días. En estos casos se impone la consulta con personal de la CHLAEP, a efectos de determinar la conducta a seguir.

9.5.3 Tratamiento de la ITL o quimioprofilaxis

El tratamiento de la ITL o quimioprofilaxis (QP) consiste en la administración precoz de un tratamiento antituberculoso con dos propósitos:

- 1) Prevenir la infección de las PPL que están expuestas a fuentes de infección con alto riesgo de contagio.
- 2) Evitar que desarrollen la enfermedad aquellos que han sido infectados recientemente.

Las personas que se incluyan en QP deben ser adecuadamente informadas sobre los objetivos del tratamiento y la importancia que éste tiene para su propia salud y las demás PPL que conviven con él. Se suele presentar una elevada tasa de abandonos ya que se trata de un tratamiento de duración prolongada, los individuos a tratar son sanos, pueden no ser plenamente conscientes de la utilidad del tratamiento y tener temor a los posibles efectos secundarios de la medicación recibida.

Antes de iniciar el tratamiento quimioproláctico, SIEMPRE debe descartarse la existencia de una enfermedad tuberculosa activa.

La QP debe realizarse en:

- a. Contactos de un CI con TB Pulmonar confirmada bacteriológicamente.
- b. Pacientes “Fibróticos pulmonares”, que son adultos con lesiones radiológicas fibrosas de más de 1 cm que sugieren la posibilidad de la secuela tuberculosa, y que nunca hubieran sido tratados con fármacos anti-tuberculosos.
- c. Pacientes en tratamiento con inmunosupresores. Los pacientes que reciben el equivalente de ≥ 15 mg de prednisona por día por ≥ 1 mes u otros fármacos inmunosupresores.

9.5.3.1 Esquemas de Quimioprofilaxis de Primera Opción

Se recomienda administrar isoniacida (H) a la dosis estándar de 300 mg/día, durante seis meses, administrada en seis días por semana (por ejemplo, de lunes a sábado).

Una alternativa a este esquema es la administración dos veces por semana de INH 900 mg/día también durante 6 meses. En pacientes alcohólicos, desnutridos, diabéticos, embarazadas, se aconseja la administración adicional de vitamina B6, 100 mg por día.

Seguimiento y Supervisión de la QP.

Toda persona que reciba QP deberá controlarse con el médico del UIPPL o médico supervisor de la CHLAEP a efectos de evaluar la adherencia al tratamiento y pesquisar la aparición de efectos adversos atribuibles a la medicación.

Se recomienda una consulta una vez por mes durante todo el período de tratamiento.

En todos los casos se encomendará a los pacientes que vigilen la aparición de signos y/o síntomas sugestivos de toxicidad: dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia, anorexia ictericia y coluria.

Ante signos de toxicidad, suspenderá de inmediato el tratamiento y remitirá al paciente a la brevedad posible a consulta con el médico de la UIPPL.

Todo PPL que inicie QP debe contar con un funcional hepático basal.

En individuos alcohólicos, infectados VIH o pacientes con alguna hepatopatía, se realizarán estudios funcionales hepáticos al inicio y luego una vez al mes o cuando lo sugiera la evolución clínica. En las UIPPL la QP se iniciará sólo si es supervisada en su totalidad por personal de salud debidamente capacitado al respecto.

9.5.3.2. Esquema alternativo.

En las UIPPL puede indicarse un esquema acortado que combina Isoniacida, con las mismas dosis indicadas en el régimen anterior, más Rifampicina, 600 mg durante 3 meses. La menor duración y la administración de ambos fármacos combinados en dosis fija, mejoran la adherencia al tratamiento y tiene una eficacia similar al tratamiento con H por 6 meses.

Este esquema no es aconsejable en pacientes con infección por VIH si a la vez reciben tratamiento anti-retroviral.

9.6. Gestión de los Medicamentos

Podrá adquirir diferentes modalidades, asegurando el tratamiento estrictamente supervisado denominado TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (TDO) coordinando los recursos de la CHLAEP con el personal de enfermería y otros recursos de la UIPPL.

Ej. 1. El personal de la CHLAEP concurre dos veces por semana (lunes y viernes) supervisando la toma de la medicación (TDO). Para los días restantes se deja la medicación, en un sobre para cada paciente, en la enfermería donde el paciente tiene que firmar cuando le es administrada por el personal de enfermería de la UI, con la modalidad de TDO.

Ej. 2. La CHLAEP envía la mediación a la UI y el personal de Enfermería se encarga de realizar la modalidad de TDO todos los días, con apoyo de operadores penitenciarios debidamente entrenados.

9.7. Alimentación

En el paciente con Tuberculosis la alimentación toma un rol fundamental ya que una correcta alimentación promueve la salud y reduce complicaciones.

9.7.1. Dieta suplementaria

Las PPL con Tuberculosis deben recibir una dieta adicional que incluya lácteos, carnes rojas y blancas, huevos, frutas y verduras y cereales (arroz, fideos, maíz), y legumbres (porotos, garbanzos, lentejas).

Es recomendable incluir cereales (arroz, fideos, pastas, preparaciones con harinas) al menos en una de las dos comidas principales (almuerzo o cena).

Es recomendable proporcionar abundante cantidad de **agua** potable durante todo el día, por lo menos 2 litros.

9.7.2. Higiene y Conservación de alimentos

Deben aplicarse las medidas destinadas a evitar la adquisición de una enfermedad relacionada con alimentos, que son aplicables a toda la población del sistema penitenciario y se detallan en el Anexo 3.

9.8. Elementos de Tipificación/Clasificación de internos

Criterios de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva específica para TB, pueden identificarse los siguientes niveles de vulnerabilidad.

- Población PPL con VIH.
- Diabetes mellitus, desnutrición, tratamiento prolongado con corticoide y otras drogas inmuno-supresoras, consumo de drogas ilícitas, tabaquismo, alcoholismo.

10. PROCEDIMIENTOS VINCULADOS AL PRE EGRESO

10.1. *Actividades a desarrollar en las Unidades de Internación previo al egreso.*

- Los técnicos de la DINALI referentes para las distintas unidades de internación, se reúnen periódicamente con los equipos de salud. En esas instancias se revisa la ***nómina de personas en tratamiento por Tuberculosis*** que están en las UIPPL, que es actualizada cada 2 meses en comunicación entre el Equipo de Salud y Sección Jurídica de cada UI. Este intercambio permite identificar a las PPL que están próximas a su liberación (entre 6 meses y un año).
- Se coordina fecha de reunión con la PPL, el referente de salud y el referente de la DINALI. En esa reunión se explica la estrategia para asegurar la continuidad del tratamiento y se brinda información de la apoyatura de la DINALI. Se le informa de los distintos centros de salud específicos donde continuar su tratamiento en el afuera y se registra en la Historia Clínica su elección.
- En caso de confirmar la liberación de un paciente en tratamiento por TB, se cita al paciente y le solicita domicilio y teléfonos de contacto, (el personal y el de un familiar cercano), dejando registro de los mismos en la Historia Clínica.
- En función de la dirección, se le indica el dispensario de la CHLAEP más cercano a su domicilio para que concurra y se le entrega material impreso con la dirección y el horario de funcionamiento.
- En el momento del egreso se le suministra la próxima toma de medicación y se le informa donde debe dirigirse para continuar con el tratamiento.
- Se informa a la Lucha Antituberculosa para una posterior localización del paciente en caso de abandono del tratamiento.
- La comunicación también se hace extensiva a la oficina de Dirección Nacional de Liberados a los efectos de poder dar seguimiento de la PPL para que concurra al servicio.

10.2. *Derivación a equipos de salud territoriales.*

Se presentan a continuación los centros y los contactos para el seguimiento y la continuidad de los tratamientos en servicios de salud territoriales, en todo el país, registrados en la CHLAEP.

CENTROS PERIFERICOS	DIRECCION	TELEFONOS	CORREO ELECTRÓNICO
C.P. PEREIRA ROSSELL	Br. Artigas 1500	27098794	cp4pereirarossell@gmail.com
C.P. MACIEL	Guaraní s/n	29153000 int. 2113	cpmaciel2010@hotmail.com
C.P. PASTEUR	José A. Cabrera s/n	25072467	
C.P. COLONIA SAINT BOIS	Fauquet 6358	23228080(int.162)- 23235216	chla@hotmail.com
C.P. CLINICAS	Avda. Italia s/n	24843695	cp.clinicas@hotmail.com
C.P. CERRO		96615252	
C.P. FOCOS	18 de Julio 2175	24090857	vigilanciagr@chlaep.org.uy
HOSPITAL ESPAÑOL	Av. Garibaldi 1729	22019404	
C.P. ARTIGAS	Eduardo M. Castro s/n	4772 7043	cpartigas01@hotmail.com
SUB C.P. BELLA UNIÓN	Hospital: Treinta y Tres entre GrAL. Rivera y Atilio Ferrandis	4779 5494	
C.P. CANELONES	Cont. Dr. Soca 1073	43326108	centrocanelones@gmail.com
SUB C.P. SANTA LUCÍA	Dr. Luis Alberto de Herrera entre Chile	43346002	
C.P. LAS PIEDRAS	Lavalleja 583	23644244	cpaspiedras2014@gmail.com
SUB C.P. LA PAZ	Emilio Andreon s/n	23622486	
C.P. PANDO	Correch 1149	099756461 / 22921731	cpdepando@gmail.com
SUB CP TOLEDO		22969450	
LA LOMA SALVADOR ALLENDE	Ruta 8 Camino Maldonado Km 23.500	22887475	
HOSPITAL DE LA COSTA	García Arocena s/n y Seco García km 22.200	26965363-26816055	
SUB C.P. SAUCE	Vicente Ponce de León s/n	22940514-22941858	cpsauce116@gmail.com
C.P. CERRO LARGO	Garzón s/n (Hospital)	46422156 / 46422175 int. 125	chlamelo@hotmail.com
SUB C.P. RIO BRANCO	Ismael Velazquez 1131	46758038 / 46752221 int. 128	
C.P. COLONIA	18 de Julio s/n (Hospital)	45226161 / 45222994 int. 104	chlaepcolonia@adinet.com.uy
SUB C.P. CARMELO	Gral. Artigas 1914	45422107 / 45423666 int. 229	
SUB C.P. JUAN LACAZE	Zorrilla de San Martin 515	45863058 / 45862052	
C.P. ROSARIO	José M. Garat 100	45520536	cprosario13@adinet.com.uy
SUB C.P. NUEVA HELVECIA	18 de Julio 1592	45544964 / 45547300	
SUB C.P. COLONIA VALDENSE	Alice Rivoir s/n	45588721	
C.P. DURAZNO	18 de julio 617	43622084	chlaepdurazno@gmail.com
SUB C.P. SARANDÍ DEL YI	Avda. Petrini 501	43678552	
C.P. FLORES	Manuel Irazábal s/n	43644202	chla_trinidad@adinet.com.uy
C.P. FLORIDA	B. Brum 414 (Hospital)	43522021 / 43524211 int. 155	vacunaciones.florida@asse.com.uy
SUB C.P. SARANDÍ GRANDE	Pasteur 1052	43548085	

C.P. MINAS	Dighiero s/n	44428240	chlaeplavalleja@gmail.com
C.P. MALDONADO	Cont. Ventura Alegre s/n	42261196	maldonadochlaep@adinet.com.uy
C.P. SAN CARLOS	Andrés Ceberio 519	42670423	chlaepsancarlos@adinet.com.uy
C.P. PAYSANDÚ	Montecaseros 520	47235603	chlaep.paysandu@adinet.com.uy
C.P. RÍO NEGRO	Hospital: Instrucciones s/n	45621063	chlaepfraybentos@adinet.com.uy
SUB C.P. YOUNG	Semiramides Zeballos s/n	45675400	
C.P. RIVERA	Hospital: Presidente Viera s/n	46223307 int. 125	chlrivera@yahoo.es
C.P. ROCHA	Dr. Florencio Martinez Rodriguez s/n (Hospital)	44721561	cprocha255@gmail.com
SUB C.P. CHUY	Santa Teresa s/n (Hospital)	47743050 / 44742028	
C.P. SALTO	Hospital: 18 de julio y José P. Varela s/n	47333793	chlaepsalto@adinet.com.uy
C.P. SAN JOSÉ	M. Larriera s/n esq. Eusebio Vidal	43431437	chlaepsj1@adinet.com.uy
SUB C.P. CIUDAD DEL PLATA	Ruta 1 km 26	23477705	subcpciudaddeplata@gmail.com
C.P. SORIANO	Hospital Mercedes	45322177 int. 118	chlaepsoriano@adinet.com.uy
SUB C.P. DOLORES	Cheveste 1199	45342191 int. 117	
SUB C.P. CARDONA	Rogelio C. Sosa s/n (Hospital)	45368079 int. 105	
C.P. TACUAREMBÓ	Hospital: Lorenzo Carnelli s/n	46339081	chlaeptbo@gmail.com
SUB C.P. PASO DE LOS TOROS	Dr. Berruti s/n	46643948	
C.P. TREINTA Y TRES	Andrés Areguatti s/n esq. P.Zufiategui	44520341	chlaeptreintaytres@gmail.com

10.3. Elementos de Tipificación/Clasificación de internos pre egreso

Criterios de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva general pueden identificarse los siguientes niveles de vulnerabilidad:

- Conjunto de la población PPL
- Población PPL que estará en situación de calle

Desde una perspectiva específica para BK, se identifican los siguientes:

- Portadores de VIH
- Población PPL con consumo de pasta base

11. RECOMENDACIONES SOBRE AISLAMIENTO.

Los aspectos operativos se detallan en el Anexo 2.

11.1. Aislamiento al ingreso

Indicar aislamiento y prever espacios adecuados para el mismo, en los casos en que la clínica indica presunción de TB, hasta que se obtienen los resultados de la Baciloscopía.

11.2. Aislamiento durante la privación de libertad

Ante la aparición de elementos clínicos de presunción de TB (sintomático respiratorio) se debe realizar la indicación de aislamiento por el profesional tratante, sin esperar resultado de Baciloscopía.

El médico tratante debe solicitar la Baciloscopía e indicar el aislamiento hasta obtener el resultado de la misma.

11.3. Situaciones de liberación de la PPL durante el período de aislamiento.

Deberá coordinarse la derivación a salas de aislamiento en hospitales de ASSE o de la institución privada que le brinda cobertura.

12. EVALUACIÓN

Indicadores

Será responsabilidad del Responsable sanitario de cada UIPPL requerir información mensual a los médicos tratantes sobre:

- Número de solicitudes de análisis para diagnóstico de tuberculosis.
- Número de resultados negativos y positivos.
- Número de internos bajo tratamiento.
- Número de internos que se niegan a iniciar y/o continuar el tratamiento.

13.LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD:
UIPPL Nº 3 "LIBERTAD"
UIPPL Nº 4 "SANTIAGO VÁZQUEZ"
UIPPL Nº 5 "FEMENINO"
UIPPL Nº 6 "PUNTA DE RIELES"
UIPPL Nº 7 "CANELONES"
UIPPL Nº 8 "DOMINGO ARENA"
UIPPL Nº 9 "EL MOLINO"
UIPPL Nº 12 "CERRO CARANCHO" (RIVERA)
UIPPL Nº 13 "LAS ROSAS"(MALDONADO)
UIPPL Nº 24 "PENSE" (SORIANO)
UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA:
UIPPL Nº 10 "JUAN SOLER"
UIPPL Nº 11 "TACUABÉ"
UIPPL Nº 14 "PIEDRA DE LOS INDIOS"
UIPPL Nº 15 "CONVENTOS" (CERRO LARGO)
UIPPL Nº 16 " PAYSANDÚ
UIPPL Nº 17 "CAMPANERO" (LAVALLEJA)
UIPPL Nº 18 DURAZNO
UIPPL Nº 19 "LAS CAÑITAS" (RÍO NEGRO)
UIPPL Nº20 SALTO
UIPPL Nº 21 ARTIGAS
UIPPL Nº 22 ROCHA
UIPPL Nº 23 TREINTA Y TRES
UIPPL Nº 25 FLORES
UIPPL Nº 26 TACUAREMBÓ
UIPPL Nº 27 "PINTADO GRANDE" (ARTIGAS)
UIPPL Nº 28 "PASO ATAQUE" (RIVERA)
UIPPL Nº 29 FLORIDA
UNIDADES QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR NACIONAL
UIPPL Nº2 "CENTRO 2" CHACRA DE LIBERTAD Y DE CANELONES.

Actualizado a diciembre 2015

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

CENTROS DE INGRESO
C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino)
C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio)
CENTROS DE MONTEVIDEO
C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación)
COLIBRI
C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRILI)
Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación)
PASO A PASO
DESAFIO
RIFLEROS
CENTRO DETENCIÓN FEMENINO
REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD
CIMARRONES
CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO
M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO)
LAS PIEDRAS
SARANDI
ITUZAINGO
ARIEL
CERRITO
GRANJA
EL HORNERO
Actualizado a abril 2016

14. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

N° Versión <i>Número de versión cambiada</i>	Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i>	Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i>

15. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Derechos Humanos y Prisioneros Vulnerables. Programa Internacional de Capacitación. Reforma Penal Internacional – Manual de Capacitación No. 1. San José. Costa Rica. En: <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/man-hr1-2003-vulnerable-prisoners-es.pdf>
- Documento de consenso para el control de la Tuberculosis en las prisiones españolas. Rev. esp. sanid. penit. v.12 n.3 Barcelona nov.-feb. 2010.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena Medidas Privativas Y No Privativas De La Libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Naciones Unidas. Nueva York, 2010. En: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf
- Organización de Naciones Unidas. Reglas Mínimas para el tratamiento de reclusos. Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. 1955. Aprobadas por el Consejo Económico y Social. 1957 y 1977. En: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>
- Organización Panamericana de la Salud. Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos / Celia Wainstein. Coordinadora. 1ª ed. Buenos Aires: OPS, 2003
- REGLAS MÍNIMAS (RM) DE TOKIO (1990). Adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/110, de 14 de diciembre de 1990. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/reglas_tokio.htm
- REGLAS MÍNIMAS (RM) BANGKOK (2009). Adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/111, anexo. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/tratamiento_reclusos.htm y https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf
- Rodríguez de Marco J. Guía Práctica para el Manejo de la Tuberculosis en los Centros de Reclusión. CHLAEP. 2010. No publicado.
- World Health Organization. El control de la Tuberculosis en prisiones STOP TB Department Communicable Diseases. WHO Suiza. 2010.

16. ANEXOS

Anexo 1. Checklist para determinar Prioridad en las Baciloscopías

PRIORIDAD		
Unidad.....	Fecha.....	
Nombre de Usuario.....	Cl.....	Edad.....
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"><p>Los Usuarios que incluyan UNO O MÁS de los siguientes síntomas serán considerados como de alto riesgo. Considere la necesidad de su aislamiento hasta que se confirme Tuberculosis</p></div>		
Marque con una X		
Repercusión General con tos	Si	No
Repercusión General sin tos	Si	No
Tos de 15 días o mayor duración		
Abandono de tratamiento de TB en tiempo menor a 6 meses	Si	No
Paciente con VIH (Especifique)	Si	No
Otro criterio (especifique)		
Nombre del Médico.....Firma.....Núm CP.....		

Anexo 2. Condiciones de aislamiento de pacientes tuberculosos en los establecimientos de privación de libertad

Indicación de aislamiento

Las PPL en las que se diagnostique TB pulmonar y/o laríngea bacteriológicamente (baciloscopía y/o cultivo positivos) deberán aislarse del resto de los reclusos en ambientes destinados para ese fin en la UIPPL correspondiente, siempre y cuando

por la gravedad del cuadro no requiera ser internado en un servicio de salud de mayor complejidad.

Las PPL con TB con las características mencionadas podrán compartir un ambiente de aislamiento si no existen elementos que permitan sospechar que alguna de ellas tenga una enfermedad con bacilos resistentes a las drogas antituberculosas. En caso de que exista algún paciente con bacilos resistentes, el aislamiento debe ser individual.

Condiciones del ambiente de aislamiento

El ambiente destinado al aislamiento de pacientes con TB pulmonar y/o laríngea, debe ser ventilado y con buena iluminación natural. Se dispondrán las ventanas de tal forma que el aire de la habitación circule hacia el exterior a espacios amplios y en donde no transiten otras personas.

No se requieren medidas especiales de desinfección de las instalaciones, de la ropa de cama y de los utensilios que usa el paciente, salvo que sea portador de otras afecciones que lo ameriten.

Se restringirá al máximo el ingreso de otras personas al ambiente de aislamiento. Quienes ingresen al mismo deberán usar medios de protección: mascarillas N95, que son de uso personal. Para ello la UIPPL deberá contar con un stock suficiente de este insumo, y el personal que lo use deberá ser especialmente adiestrado para un uso correcto de la mascarilla.

Traslado del paciente

Se restringirá al máximo el traslado de la PPL con TB a otros sectores de la UIPPL u otras instituciones. En caso de que el traslado sea necesario, el paciente deberá usar una mascarilla quirúrgica (tapabocas) durante toda su estadía fuera del ambiente de aislamiento. Para ello la UIPPL deberá contar con un stock suficiente de este insumo y el paciente deberá ser especialmente adiestrado para el uso correcto del tapabocas.

Duración del aislamiento

Es deseable que las PPL con TB pulmonar y/o laríngea diagnosticadas bacteriológicamente permanezcan en un ambiente de aislamiento durante la primera fase del tratamiento, o por lo menos hasta que una baciloscopia sea negativa. Luego de iniciado el tratamiento las baciloscopias se realizarán al mes y al segundo mes del comienzo del mismo.

Anexo 3. Higiene y conservación de alimentos

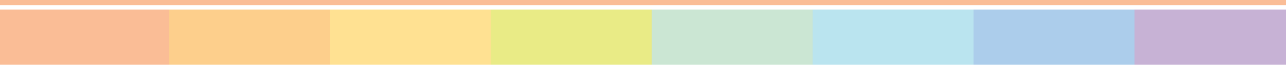
Las **medidas preventivas** comienzan al conservar los alimentos en la heladera y al cuidar que los utensilios de preparación, las esponjas y los trapos de cocina, se mantengan limpios.

Deben tenerse en cuenta las siguientes **recomendaciones** para un adecuado manejo de los alimentos:

- Es importante el lavado de las manos y de los utensilios de cocina con agua caliente antes y después del manejo de cada uno de los alimentos.
- No deben utilizarse tablas de madera para el corte de los alimentos crudos como carne y vegetales. Las tablas de plástico son más fáciles de lavar y de esterilizar.
- Las frutas y verduras frescas deben de ser lavadas exhaustivamente con agua y deben refrigerarse
- Los verduras de consumo frescos que son vegetales en contacto con la tierra (zanahorias, rábanos, apio, etc.), deben lavarse escrupulosamente, especialmente las hortalizas de hoja (lechuga, escarola) ya que de otro modo podría quedar suciedad o insectos escondidos. En estos casos se recomienda su lavado con agua e hipoclorito (8 gotas por litro/50cc cada 10 litros) sumergidos durante 15 minutos, para su desinfección. Luego enjuagar con agua limpia repetidas veces.
- No se deben de descongelar los alimentos al aire libre; se recomienda utilizar preferentemente la heladera o agua fría o un horno microondas.
- Los alimentos tienen que estar bien cocidos. Las carnes alcanzan su punto de cocción máximo por arriba de los 75°C. por lo tanto se sugiere superar la temperatura de 80°C.
- No se debe utilizar huevo crudo o comidas que lo contengan como las mayonesas caseras. Cuando cocine huevos debe asegurarse que la yema y la clara estén bien cocidas.

Las **personas que manipulan alimentos** (elaboración o traslado) deben tener carné de salud vigente, y renovado cada año.

Es deseable que estas personas reciban elementos de capacitación específica. Podrían replicarse contenidos similares a los cursos que brindan los servicios de bromatología de las intendencias departamentales, para expedir el carné de manipulador de alimentos.



"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**