

Original

RESP

Estudio sobre las características de la información sanitaria en las conducciones entre centros penitenciarios*

Eusebio Espuela-García¹, Pedro Álvarez de Lara-Velasco¹,
María Antonia Domínguez-García¹, Beatriz Reina-Herráiz¹,
María del Valle Rodríguez-Ramayo¹, Delia González-Tejedor²

¹Enfermero del Centro Penitenciario de Madrid III. Cuerpo de Enfermeros de Sanidad Penitenciaria.

²Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica especialista en Psiquiatría.
Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Centro Penitenciario Madrid III.

RESUMEN

Introducción: La movilidad de la población penitenciaria precisa que la información transmitida en los traslados entre centros garantice una óptima continuidad asistencial.

Objetivo: Valorar la calidad de la transmisión de información sanitaria cuando los internos son trasladados en conducción entre centros penitenciarios de todo el territorio español.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y transversal, consistente en la revisión de historias clínicas de los internos que transitaron por el Centro Penitenciario (CP) Madrid III en un periodo de tres meses. Todas las variables medidas fueron cualitativas, expresadas en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Durante ese tiempo, 1.168 internos transitaron por el CP Madrid III. Solo 21 procedían de centros penitenciarios de Cataluña, País Vasco o Navarra, cuya historia clínica es diferente a la del resto del Estado, y solo el 57,14% aportaban algún tipo de información sanitaria. Del resto de internos, el 70,79% aportaba algún tipo de información: el 63,90% del total tenía medicación prescrita y el 5% metadona. De aquellos que tenían medicación, el 89,10% la tenían prescrita en la prescripción electrónica, siendo correcta en el 98% de los casos. Respecto a la metadona, solo el 75,44% lo tenía prescrito electrónicamente, siendo correcta en todos los casos. La fecha de la última dosis administrada solo se indicó en el 72,40% de los tratamientos.

Discusión: Solo el 34,70% de las historias presentaban una calidad óptima en cuanto a la información transmitida, siendo en el 2,50% de los casos la información recibida deficiente. El uso de herramientas informáticas facilita la transmisión de la información, reduce la carga de trabajo y mejora la seguridad del paciente.

Palabras clave: continuidad de la atención al paciente; calidad asistencial; seguridad del paciente; conciliación de medicamentos; transferencia de pacientes; prisiones.

STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF MEDICAL INFORMATION IN TRANSFERS BETWEEN PRISONS

ABSTRACT

Introduction: The mobility of the prison population creates a need for information transmitted in transfers between centers that can guarantee optimal care continuity.

Objective: To assess the quality of transmission of health information when inmates are transferred between prisons in Spain.

*Artículo presentado en la mesa de atención primaria del Congreso de Jerez y premiado por el Colegio de Enfermería de Cádiz.

Material and method: Observational, descriptive and cross-sectional study, consisting of a review of medical records of inmates who passed through Madrid III Prison in a three-month period. All measured variables were qualitative, and were expressed in absolute and relative frequencies.

Results: 1,168 inmates passed through Madrid III Prison in this period. Only 21 came from prisons in Catalonia, the Basque Country or Navarre, where their medical records are different from those in the rest of Spain, and only 57.14% provided some type of health information. Of the remaining inmates, 70.79% provided some type of information: 63.90% of the total had prescriptions for medication and 5% were prescribed with methadone. Of those taking medication, 89.10% were prescribed it in electronic prescriptions, which were correct in 98% of the cases. For methadone, only 75.44% had electronic prescriptions, which were correct in all cases. The date of the last dose administered was only indicated in 72.40% of the treatments.

Discussion: Only 34.70% of the records presented optimal quality in terms of the information transmitted, and in 2.50% of the cases the information received was deficient. The use of computerized tools facilitates the transmission of information, reduces the workload and improves patient safety.

Key words: continuity of patient care; quality of health care; patient safety; medication reconciliation; patient transfer; prisons.

Texto recibido: 22/04/2023

Texto aceptado: 06/10/2023

INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados es un elemento clave en la atención sanitaria prestada a las personas, y debe garantizarse durante los movimientos de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales, lo que incluye, en nuestro caso, no solo cuando las personas entran o salen de prisión, sino también, cuando son trasladadas entre los diferentes centros penitenciarios o acuden a servicios sanitarios de la comunidad para recibir algún tipo de asistencia.

Los tránsitos asistenciales son los puntos críticos de cualquier sistema sanitario a la hora de garantizar la continuidad y, a la vez, se convierten en puntos de especial atención en materia de seguridad del paciente, al constituir el principal punto de errores en la administración de la medicación^{1,2}.

El estudio ENEAS³, sobre efectos adversos ligados a la hospitalización, cifra en 37,40% los asociados a la medicación. En el estudio APEAS⁴, sobre seguridad de los pacientes en atención primaria de salud, los efectos adversos relacionados con medicación supusieron el 48,20%. En prisión, no existen datos al respecto.

A nivel comunitario, se estima que hasta el 40% de los errores de prescripción de medicación se producen en las transiciones asistenciales⁵, representando por tanto un punto crítico para la ruptura de la continuidad asistencial. Para facilitar esta continuidad y reducir los riesgos, es importante el adecuado uso de la historia clínica digital, lo que incluye la prescripción electrónica de los fármacos^{6,7}, el desarrollo de sistemas de información que permitan detectar a pacientes crónicos complejos, la promoción de sistemas de comunicación estables que permitan el intercambio de información entre los profesionales de un mismo o diferente ámbito

asistencial⁸, así como la potenciación de las actuaciones de enfermería de atención primaria en su papel de educadores en el autocuidado y la autonomía del paciente, entre otras actuaciones. La prescripción electrónica de los fármacos asegura que el tratamiento farmacológico esté correctamente registrado (fármaco, dosis, fechas de inicio y fin) en el apartado indicado para ello en la historia clínica digital, por lo que es fácilmente accesible para la consulta de cualquier profesional. En este mismo sentido, a nivel documental, es recomendable el uso de documentos estandarizados⁹ en los que se establezca claramente el tratamiento, fármaco, dosis y duración, así como las necesidades del paciente desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. Estos elementos contribuyen a facilitar una adecuada conciliación terapéutica, entendida esta como el proceso formal y protocolizado en el que se compara la medicación indicada con la que toma el paciente realmente, para resolver las posibles discrepancias y garantizar la continuidad asistencial⁶.

En nuestro medio, las personas privadas de libertad, cada vez tienden más a la pluripatología¹⁰⁻¹³ y a la polifarmacia como consecuencia directa. Por este motivo, cada vez con más frecuencia, nos enfrentamos a pacientes crónicos complejos, en los que el bajo nivel de conocimientos sanitarios y su pobre percepción de su salud dificultan su manejo y les posiciona en un lugar especialmente vulnerable en los tránsitos entre las diferentes estaciones asistenciales, tanto cuando son trasladados entre los distintos centros penitenciarios como cuando son derivados a las consultas de especialidades o al servicio de urgencias hospitalarias. Por este hecho, es de especial relevancia la continuidad asistencial, evitando procedimientos innecesarios y posibilitando la adecuada conciliación en el plano terapéutico.

El CP Madrid III es un centro de cumplimiento de penas para hombres situado en la localidad madrileña de Valdemoro, con una ocupación habitual en torno a 800 internos en régimen ordinario. Pero, además, es un centro donde pernoctan, al menos una noche durante las conducciones, más de 4.000 internos al año. La experiencia del trabajo diario con esta población hace que nos planteemos bajo qué características se producen estos traslados a nivel sanitario y cuál puede ser el margen de mejora.

La hipótesis inicial del estudio es que la información sanitaria que se recibe de los pacientes cuando son trasladados en conducción no es adecuada, lo que dificulta la continuidad de cuidados, además de representar un evento potencialmente de riesgo en lo que se refiere a la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo general es valorar la calidad de la transmisión de información sanitaria cuando los internos son trasladados en conducción entre centros penitenciarios de todo el territorio español, incluidos aquellos cuyo destino final es el CP Madrid III (ingresos), con el fin de poder establecer pautas orientadas a mejorar la transmisión de la información sanitaria entre los distintos centros penitenciarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, entre el 14/03/2022 y el 13/06/2022 (90 días).

El universo muestral lo forman un total de 1.168 internos varones, que representa a todos los internos que, durante las fechas planteadas, han llegado al CP Madrid III, bien sea como tránsito o como ingreso, al ser este su centro de destino, no utilizando criterios de exclusión.

La información, obtenida de la documentación sanitaria que acompaña a los internos durante las conducciones, se recogió a través de un formulario de registro diseñado *ad hoc* para el estudio. Dicho formulario se construyó por consenso entre los miembros del equipo de enfermería del centro, todos ellos con amplia experiencia de trabajo en este campo, definiendo unos datos básicos a partir de la experiencia y buena práctica de los mismos, sin otro tipo de validación adicional.

Se definieron dos grupos, en función de la procedencia de los internos:

- Grupo 1: centros gestionados por la Administración General del Estado (AGE).

- Grupo 2: centros gestionados por las comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco y Navarra), en función de la disponibilidad de la historia clínica digital (OMI360, *software* de gestión médica en las prisiones dependientes de la Administración General del Estado) en los centros y, en consecuencia, de la posibilidad de acceso a los datos.

Se recogieron datos sobre la presencia de documento de traslados, la presencia de medicación y/o metadona, la forma de prescripción, la conciliación de la prescripción (la medicación prescrita coincide con la administrada en realidad) y la presencia de información sobre la última dosis administrada. Todas las variables primarias recogidas son categóricas nominales dicotómicas, todas ellas tienen un carácter genérico y ninguna representa un dato biomédico de especial protección.

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables estimando frecuencias absolutas y relativas. A partir de dichas variables, se construyó la herramienta de “calidad”, que engloba la presencia de seis variables primarias consideradas como marcadores de puntos críticos en la seguridad del paciente (apartado conducciones en OMI360 relleno, prescripción electrónica de la medicación, medicación prescrita coincide con administrada, prescripción electrónica de la metadona, metadona pautada coincidente con administrada y registro de última dosis administrada de tratamiento), definiendo cuatro categorías en función de ello:

- **Calidad óptima:** cuando estaban presentes todos los criterios.
- **Calidad subóptima:** cuando estaban presentes todos los criterios menos uno.
- **Calidad deficiente:** cuando faltaba más de uno de los criterios.
- **Situación de riesgo potencial:** cuando estaba solo uno de los criterios o ninguno de ellos.

Esta herramienta se empleó para los casos del grupo 1. En los casos del grupo 2, solo se evaluó la existencia o no de algún tipo de dato sanitario, sin especificar el contenido de la información recibida.

La base de datos se construyó a través de un Excel encriptado, en el que se introducían los casos previamente anonimizados mediante la asignación de un número de serie, con el fin de garantizar la confidencialidad de la información. El tratamiento de los datos se realizó mediante el *Statistical Pack Age For The Social Sciences* (SPSS) versión 24.

Se han cumplido todos los requisitos éticos que establece la legislación vigente en nuestro país en materia de investigación biomédica, solicitando autorización a la Subdirección General de Relaciones Institucionales.

les y Coordinación Territorial, en cumplimiento de la Instrucción 12/2019, sobre investigaciones en el medio penitenciario, y siendo concedida dicha autorización.

RESULTADOS

Grupo 1

Representa el 98,20% (1.147) de la muestra. De ellos, el 40,90% portaban una hoja con el resumen de tratamiento, y el 44,70%, el apartado OMI-conducción relleno. En total, el 70,79% de los internos portaban algún tipo de información y solo el 29,21% carecía de ella. De entre los que llevaban información, el 20,94% portaba la información en los dos formatos (hoja con el resumen de tratamiento y cumplimentado el apartado OMI- conducción) (Tabla 1).

Del total de internos llegados en ese periodo, el 63,91% (733) tenían prescrita medicación, y el 4,97% (57), metadona.

De entre los que tenían medicación pautaada, el 89,01% (653) la tenían prescrita electrónicamente y, de ellos, en el 98,01% (640) de los casos, esta prescripción correspondía con la medicación que se estaba administrando (Figura 1), mientras que en el 1,99% de los casos, no coincidía la medicación administrada con la prescrita electrónicamente.

Del 10,91% (80) que no tenía la medicación prescrita electrónicamente, en el 41,25%, (33) estaba adecuadamente especificada en el evolutivo, y en el 33,75% (27), en la hoja resumen de tratamiento. En el 7,50% (6) de los casos, la información aparecía en ambas. Entre este conjunto, hay que destacar que el 17,50% (14 casos) no tenían adecuadamente especificada la medicación en ninguno de ellos.

Tabla 1. Distribución de la información según su forma de presentación.

Sin información	335 (29,21%)		
Con información	812	Hoja resumen	299
	(70,79%)		(36,82%)
		OMI360-conducción	343
			(42,24%)
		Hoja resumen + OMI360-conducción	170
			(20,94%)

Nota. OMI360: denominación del *software* de gestión médica en las prisiones dependientes de la Administración General del Estado.

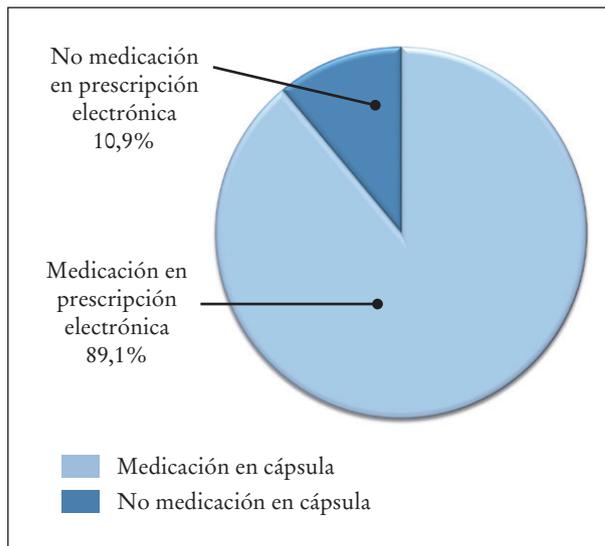


Figura 1. Características de la prescripción de tratamiento farmacológico en OMI360 (*software* de gestión médica en las prisiones dependientes de la Administración General del Estado).

Sin embargo, en relación con la metadona, tan solo el 75,44% (43) de los pacientes con este tratamiento lo tenían prescrito electrónicamente; en todos los casos en los que la prescripción había sido realizada a través de este sistema, la prescripción coincidía con la dosis que se estaba administrando. En los casos en los que lo pautaado no estaba en la prescripción electrónica (24,56%, 14 casos), solo en el 28,58% (4) estaba correctamente especificada en el evolutivo; en el 7,14% (1), en la hoja resumen de tratamiento; en el 7,14% (1), estaba especificado en el evolutivo y en la hoja resumen de tratamiento; y en el 57,14% (8), no estaba especificado en ningún lugar.

En el 72,40% (572) de los casos con cualquier tipo de tratamiento, incluida la metadona, se especificaba la fecha de la última dosis administrada.

A partir de la variable compleja “calidad”, se clasificó a los internos en conducción de acuerdo a cuatro grupos, siendo el mayoritario (más de la mitad de los casos analizados) los que aportaban una información de una calidad subóptima o calidad deficiente, y hasta en el 2,45% de los casos, nos encontramos con una situación de riesgo (Figura 2 y Tabla 2).

Grupo 2

A lo largo de los tres meses que duró el estudio, solo 21 internos en tránsito procedían de territorios fuera de la jurisdicción de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, lo que supone un 1,79% del total de la muestra. El 38,10% procedían de Cataluña; otro 38,10%, del País Vasco; y el 23,80% restante, de

Tabla 2. Calidad de la información aportada por tipología de paciente respecto al tratamiento activo.

	Solo medicación	Solo metadona	Medicación y metadona	Total
Calidad óptima	219 (32,21%)	2 (66,67%)	20 (37,74%)	241 (32,74%)
Calidad subóptima	275 (40,44%)	1 (33,33%)	17 (32,07%)	293 (39,81%)
Calidad deficiente	170 (25%)	--	14 (26,42%)	184 (25%)
Riesgo	16 (2,35%)	--	2 (3,77%)	18 (2,45%)

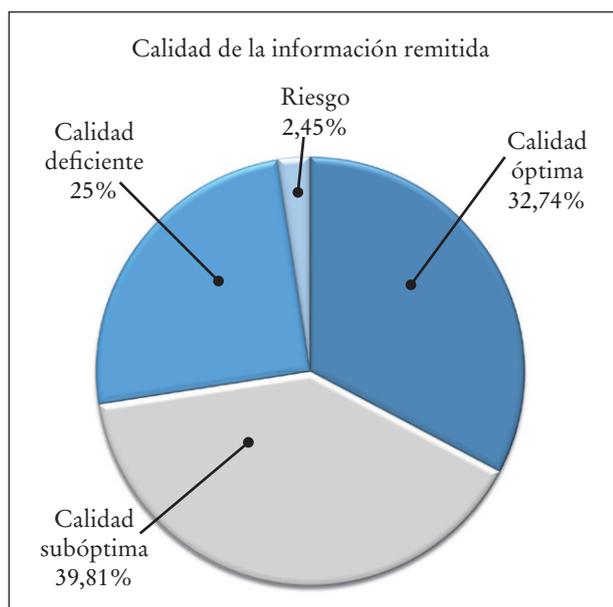


Figura 2. Calidad de la información aportada por tipología de paciente respecto a tratamiento activo.

Navarra. Del total de este grupo, solo el 57,14% aportaban algún tipo de información sanitaria (el 50% de los provenientes de Cataluña, el 50% de los del País Vasco y el 80% de los de Navarra). Se observan diferencias por centro de procedencia, aunque estas no son significativas estadísticamente (Figura 3).

DISCUSIÓN

Aunque la implantación de la historia clínica digital en todos los centros gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias tuvo lugar hace más de cinco años, a la vista de los resultados, se observa que solo el 44,70% de los internos presentaban adecuadamente cumplimentado el apartado OMI-conducción, y de ellos, casi en un tercio, la información estaba duplicada, adjuntando la hoja de resumen de tratamiento junto con el registro del apartado correspondiente de la historia clínica digital, siendo recomendable cumplimentar adecuadamente

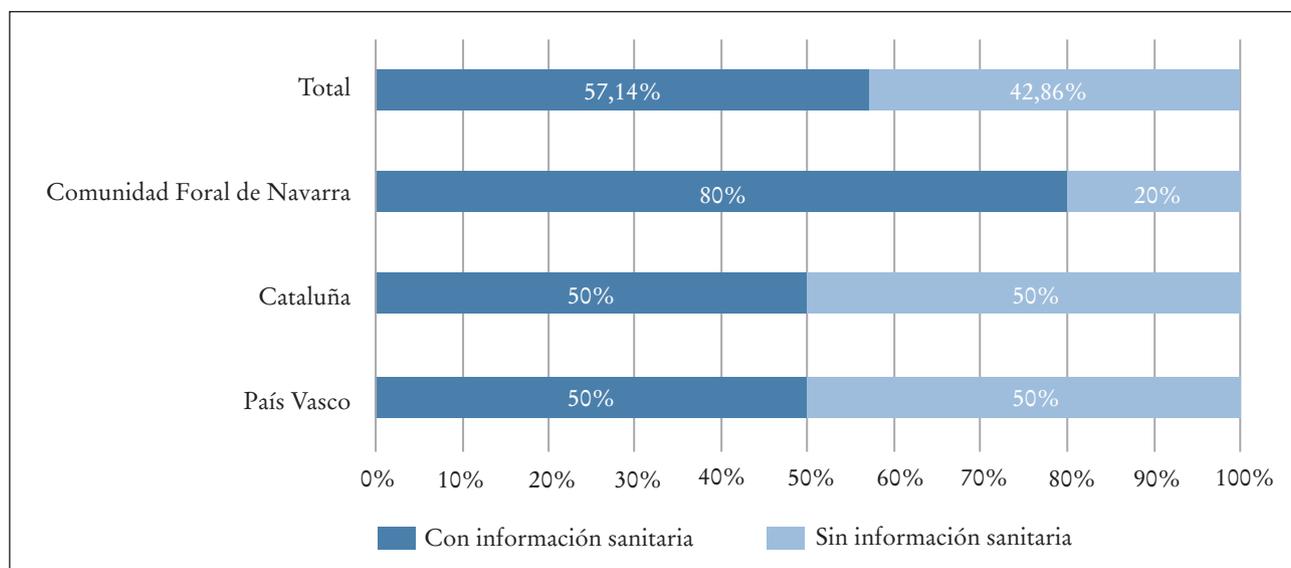


Figura 3. Distribución de la presencia de información sanitaria en territorio no OMI360 (*software* de gestión médica en las prisiones dependientes de la Administración General del Estado) (territorios con las competencias de sanidad penitenciaria transferidas), por comunidades autónomas.

el apartado OMI- conducción en todos los casos, abandonando el envío de documentación en papel.

En España, no existen estudios de este tipo dentro del campo penitenciario, lo que imposibilita poder hacer comparaciones que pudieran favorecer la extracción de conclusiones sobre la evolución en el tiempo, pero ese mismo aspecto, que pudiera considerarse como una debilidad del estudio, da valor al mismo por ser el primero que se hace, a partir del cual se van a poder realizar otros estudios posteriores que permitan establecer la citada comparación.

La importancia de la muestra, un total de 1.168 casos, pone de manifiesto la importancia del estudio, aunque puedan encontrarse otros aspectos de debilidad, como no haber recogido el tipo de información recibida en el caso de los internos pertenecientes al grupo 2, un total de 21, al igual que no haber diferenciado sobre la importancia de las seis variables primarias utilizadas para definir los cuatro criterios de calidad.

Asumiendo los valores y debilidades del presente estudio, parece importante destacar que durante el periodo en el que se realizó el mismo, casi el 30% (Tabla 1) de los internos del grupo 1 carecían de información sanitaria, y en un 27,6% de los casos con tratamiento pautado, no se especificaba la última dosis administrada, lo que se interpreta como un riesgo para los pacientes, dando lugar tanto a dejar de administrar la medicación que el paciente necesita como a duplicar tomas de medicación ya administradas, considerándose ambas situaciones de extrema gravedad.

A la vista de los resultados, cabe decir que, la duplicidad de la información sanitaria y la discordancia entre lo pautado electrónicamente y lo realmente administrado a los internos debe alertarnos sobre la necesidad de hacer desaparecer los registros paralelos aún existentes en algunos centros penitenciarios, dado que lo recomendable es el uso de documentos estandarizados⁹ y la prescripción electrónica de los fármacos^{6,7}.

Si cualquier situación que plantee dudas en la adecuada prescripción de cualquier tratamiento médico puede ser alarmante, más lo es aún cuando se trata de metadona, dado que es un fármaco opiáceo con importantes implicaciones en su administración si no se realiza de forma correcta, lo que atrae nuestra atención sobre la necesidad de mejorar su registro.

Los casos en los que no hay una adecuada actualización de los tratamientos en la prescripción electrónica suponen una rotura en relación con la seguridad del paciente.

Se debe entender la prescripción electrónica como una herramienta útil, resaltando que la adecuada

implementación de la historia clínica digital, el cese del empleo de sistemas locales de almacenamiento de información y el adecuado uso de las herramientas que proporciona, junto con la optimización de aquellas que por su dificultad se convierten en poco prácticas y reducen su uso, es lo que justifica la necesidad de desarrollar líneas de formación destinadas a potenciar tanto la cultura de la seguridad como la de la calidad y mejora continua.

Cuando los internos proceden del territorio no gestionado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (grupo 2), en el 42,86% de los casos, no se aporta información sanitaria alguna, quedando en evidencia la ruptura de la continuidad asistencial en dichos casos, poniendo de manifiesto, en estos casos, la necesidad de establecer sistemas de comunicación estables⁸ entre centros gestionados por las diferentes administraciones (Administración General del Estado y Administración de Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas), lo que supone un reto para las mismas, siendo competencia suya buscar soluciones que garanticen el derecho de las personas privadas de libertad a una atención sanitaria de calidad.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

No ha sido preciso una inversión económica para el desarrollo del presente estudio. El material informático necesario para el desarrollo del mismo fue material de uso privado.

CORRESPONDENCIA

Eusebio Espuela García
E-mail: eusebio.espuela@dgip.mir.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: WHO; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Alqenae FA, Steinke D, Keers RN. Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-related Harm following Discharge from Hospital to Community Settings: A systematic Review. *Drug Safety*. 2020;43(6):517-37. <https://doi.org/10.1007/s40264-020-00918-3>.
3. Aranaz JM, dir. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS

2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
 5. Bravo Toledo R, Caballero Encinar N. Conciliación de la medicación en el paciente polimedcado. En: Villafaina A, Gavián E, eds. Polimedcación y salud. Estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia: Polimedcación lab; 2011.
 6. Madrdejós-Mora R. Conciliación y prescripción electrónica. *Aten Primaria*. 2014;46(10):529-30. doi: 10.1016/j.aprim.2014.02.011.
 7. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. [Internet]. En: Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp2015-2020.htm>
 8. Romero-Ventosa EY, Samartín-Ucha MS, Martín-Vila A, Martínez-Sánchez ML, Rey Gómez-Serranillos I, Piñeiro-Corrales G. Equipos multidisciplinares comprometidos: detección de problemas relacionados con los medicamentos a través de la continuidad asistencial. *Farm Hosp*. 2016;40(6):529-43. doi: 10.7399/fh.2016.40.6.10506.
 9. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, BakerDW. Deficits in communication and information transfer between hospitals and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831-41. doi: 10.1001/jama.297.8.831.
 10. Wright NM, Hearty P, Allgar V. Prison primary care and non-communicable diseases: a data-linkage survey of prevalence and associated risk factors. *BJGP Open*. 2019;3(2):bjgpopen19X101643. doi: 10.3399/bjgpopen19X101643.
 11. Munday D, Leaman J, O'Moore E, Plugge E. The prevalence of non-communicable disease in older people in prison: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2019;48(2):204-12. doi: 10.1093/ageing/afy186.
 12. Marco Mouriño A, Rivera-Esteban J, Augustin S, Turu Santigosa E, Pericàs JM; FatPrison Study Group. Morbilidad metabólica en la población penitenciaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2023;55(6):102620. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102620.
 13. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, *et al*. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit*. 2014;16(2):38-47. doi: 10.4321/S1575-06202014000200003.