

los últimos años^{3,4}. Por otra parte, estudios realizados en la ciudad de Nueva York han encontrado evoluciones diferentes de la epidemia en las distintas cohortes de nacimiento^{5,6}. En las cohortes de hombres nacidos a partir de 1972 se observa una interrupción de la tendencia decreciente descrita, que habrá que vigilar porque puede suponer un nuevo repunte de la epidemia de SIDA en UDI.

En ambos sexos, el efecto período es ascendente, y su tendencia se ve afectada por el cambio de definición de caso de SIDA y por el retraso en la notificación. También se observa un marcado efecto de la edad al diagnóstico, con la incidencia mayor en los hombres entre los 28 y 33 años, y en las mujeres entre los 25 y 30.

Como conclusión, podemos decir que la epidemia de SIDA asociada al uso de drogas inyectadas en España está afectando predominantemente a las generaciones nacidas a finales de los años cincuenta y en la década de los años sesenta. Las generaciones posteriores se están viendo afectadas en un menor grado. De acuerdo con ello, es fundamental evitar los comportamientos de riesgo para el VIH en las nuevas generaciones de jóvenes consumidores de drogas, con el fin de evitar que se vean afectados por el SIDA. De esta forma, el SIDA transmitido por esta vía podría ser controlado en España en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castilla J, Gutiérrez A, Tello O. Changes in AIDS incidence trends in Spain. *AIDS* 1994; 8:1.163-1.167.
2. Osmond C, Gardner MJ. Age, period and cohort models applied to cancer mortality rates. *Stat Med* 1982; 1:245-259.
3. Aviñó MJ, Hernández-Aguado I, Pérez S, García M, Ruiz I, Bolumar F. Incidencia de la infección por el VIH-1 en usuarios de drogas por vía parenteral. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:369-373.
4. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli P. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int J Epidemiol* 1994; 23:805-811.
5. Stoneburner RL, Lessner L, Fordyce EJ, Bevier P, Chiasson MA. Insight into the infection dynamics of the AIDS epidemic: a birth cohort analysis of New York AIDS mortality. *Am J Epidemiol* 1993; 138:1.093-1.104.
6. Fordyce EJ, Blum S, Shum R, Singh TP, Chiasson MA, Thomas P. The changing AIDS epidemic in New York City: a descriptive birth cohort analysis of AIDS incidence and age at diagnosis. *AIDS* 1995; 9:605-610.

MR.1.4 Cambios en la práctica de riesgo asociada a la transmisión de VIH en UDI

C. Menoyo Monasterio

Plan de Prevención y Control del SIDA.
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

La exposición a sangre infectada mediante el hábito de compartir jeringuillas y agujas entre los usuarios de dro-

gas inyectables (UDI) es la segunda causa, por orden de importancia, de transmisión del VIH en los países industrializados. Se considera que del total de casos de SIDA, un 37% son debidos a ello. En España este porcentaje se eleva hasta un 65% y en algunas zonas geográficas supera el 75%.

Asimismo, es evidente la relación entre la drogadicción por vía intravenosa y la transmisión heterosexual y vertical del VIH.

En muchos países se observa, desde hace ya un tiempo, que la población usuaria de drogas inyectables está (UDI) modificando sus hábitos como respuesta a la infección por el VIH.

Ya en la mitad de la década de los años ochenta, varios estudios indican los cambios que se están produciendo en esta población. Muchos usuarios manifiestan algunas formas de reducción del riesgo. En Nueva York, las intervenciones basadas en la comunidad revelaban un incremento en la limpieza del material de inyección, y los traficantes ofrecían dos jeringuillas al precio de una o incluían jeringuillas estériles con la venta de droga. En Baltimore, un estudio mostraba que los UDI referían compartir jeringuillas menos frecuentemente a fin de evitar la transmisión del VIH.

En San Francisco, en 1985, la práctica de limpiar jeringuillas con lejía era infrecuente entre los UDI incrementándose notablemente en 1987¹.

En general, se constata una reducción significativa de las prácticas de riesgo, sobre todo las relacionadas con la inyección de droga. Los cambios observados en las prácticas de inyección hacen referencia a alguno de los siguientes:

- 1) Cese o reducción del uso compartido de jeringuillas y/u otros útiles de inyección.
- 2) Incremento del uso de material de inyección estéril.
- 3) Uso de lejía para desinfección del material de inyección.
- 4) Cese o reducción de la frecuencia de inyección.

A pesar de que es difícil probar la asociación entre una intervención determinada y el cambio de hábitos, la mayoría de los estudios atribuyen estos cambios a las distintas estrategias de prevención de SIDA dirigidas a los UDI, entre las que se incluyen:

- 1) Campañas informativas, realización de la prueba del VIH acompañada de consejo.
- 2) Suministro de jeringuillas en farmacias.
- 3) Programas de intercambio de jeringuillas y agujas.
- 4) Programas *Outreach*.
- 5) Programas de Mantenimiento con metadona.

CAMPAÑAS INFORMATIVAS

En Turín, Italia, la disminución del porcentaje de UDI VIH positivos que entraron en el Instituto de Enfermedades Infecciosas entre 1986 y 1991 (25,8% y 1,3%) se atribuyó a las campañas de información sobre los riesgos asociados a las prácticas de inyección no seguras².

SUMINISTRO DE JERINGUILLAS Y AGUJAS EN FARMACIAS

Consiste en la libre dispensación del material de inyección y constituye una sencilla y barata medida de prevención de la infección por el VIH en la población UDI.

En nuestro país y otros países europeos no existen restricciones en la venta de jeringuillas y agujas en farmacias, pero no ocurre lo mismo en EE.UU., donde muchos estados tienen leyes que establecen penas criminales por la posesión de equipos para la inyección de droga o consideran como un delito por parte de los farmacéuticos vender jeringuillas sin una prescripción médica. Así, por ejemplo, en Connecticut, la venta de jeringuillas en las farmacias sin prescripción médica y la posesión individual, hasta un máximo de 10 está permitida desde julio de 1992. Con esta ley, en las áreas de alta prevalencia de uso de drogas, la venta de jeringuillas sin prescripción médica se incrementó de forma muy importante mientras que en las zonas de baja prevalencia de uso de drogas inyectables no se han producido cambios apreciables. Esta nueva ley se ha asociado con un incremento en el acceso de los UDI al material de inyección estéril y con una reducción del uso compartido de jeringuillas. Un 78% de los UDI encuestados (n=134) manifestó comprar las jeringuillas en las farmacias tras entrar en vigor la ley, frente al 19% (n=124) antes de la nueva ley. Entre los UDI que manifestaron compartir siempre jeringuillas, el uso compartido disminuyó tras entrar en vigor la nueva ley del 52% al 31%³.

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS Y AGUJAS

Centrados en la eliminación directa de las jeringuillas contaminadas, su desecho seguro y su reemplazamiento por jeringuillas estériles, los beneficios y cambios en las prácticas de riesgo asociados a este tipo de programas han sido varios.

Las primeras investigaciones mostraron que los Programas de Intercambio de Jeringuillas y agujas (PIJ) desempeñaban un papel significativo a la hora de reducir el uso compartido de jeringuillas en Amsterdam, Suecia, Australia y Reino Unido.

Los PIJ también han demostrado que pueden referir a los UDI que requieran servicios médicos o sociales a los centros adecuados, e incluso facilitar, a aquellos que estén motivados, el acceso a un programa de tratamiento.

La evaluación del PIJ de New Haven, mediante el análisis de las jeringuillas, ha evidenciado una reducción significativa del porcentaje de jeringuillas contaminadas por el VIH que retornan al programa, pasando del 67,5% al inicio del mismo (noviembre de 1990) al 41,3% en junio de 1992. Igualmente, ha puesto de manifiesto la capacidad del programa para disminuir el tiempo de circulación de las jeringuillas que se distribuyen. Ello reduce las oportunidades de los usuarios de drogas para compartir las jeringuillas; como consecuencia disminuye la probabilidad de que las jeringuillas se contaminen por el VIH y, por tanto, aquellos que comparten las jeringuillas tienen un menor riesgo de infección. Los autores estiman que el intercambio de jeringuillas puede disminuir en un tercio el porcentaje de nuevas infecciones por el VIH entre sus clientes⁴.

PROGRAMAS OUTREACH

Los Programas *Outreach* se inician en EE.UU. en la mitad de la década de los años ochenta debido, en parte, a la necesidad de intervenir directamente sobre los UDI fuera de tratamiento. Las medidas adoptadas se basaron fundamentalmente en la distribución de lejía y preservativos, constituyendo una medida provisional para interrumpir la

difusión del VIH mientras se desarrollaron otros tratamientos y pautas de intervención.

Estos programas se han mostrado eficaces a la hora de incrementar el conocimiento sobre el SIDA, aumentar el uso de lejía y la utilización del preservativo, y disminuir el porcentaje de UDI que refieren compartir jeringuillas.

Un estudio realizado entre 1.584 UDI de cinco ciudades de EE.UU.⁵ encontró diferencias sustanciales entre la entrevista inicial (base) y seis meses después de una intervención *outreach*:

- 1) En la entrevista inicial, el 65% manifestó compartir el material de inyección. Seis meses después, refirió este hecho el 37%.
- 2) Al inicio, el 11% de los que admitieron compartir jeringuillas usaba lejía de forma consistente. Seis meses después, usaba lejía el 43%.
- 3) El uso del preservativo se incrementó desde el 10% al 27%.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

La mayoría de los estudios que establecen una asociación entre tratamiento del uso de droga y cambio de hábitos de riesgo para el VIH hacen referencia a los tratamientos con metadona. Se ha demostrado el impacto de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) en la reducción de los porcentajes de seroconversión.

En nuestro país, un cambio asociado a la disminución del riesgo para la infección por el VIH se identifica con el aumento de la administración de heroína por vía pulmonar y el descenso del uso de la vía parenteral.

Así, los datos que facilita el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)⁶ respecto a la principal vía de administración de droga entre las personas admitidas por primera vez a tratamiento por heroína muestra que, durante los años 1991 a 1993, se ha producido una disminución del porcentaje de drogodependientes que utilizan la vía inyectada (50,3% frente a 38%) como principal vía de administración a la vez que aumenta el porcentaje de aquellos que utilizan la vía fumada o inhalada (45% frente a 57,6%). Este fenómeno se produce en todas las Comunidades Autónomas aunque con diferencias geográficas, siendo el Norte la zona que presenta una mayor prevalencia del uso de la vía inyectada.

Las conductas sexuales de los UDI son preocupantes si se tiene en cuenta que la transmisión del VIH a través de esta vía está experimentando un notable incremento. Aunque no puede decirse que no se hayan producido cambios, parece confirmarse una mayor dificultad para modificar las prácticas sexuales de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chaisson RE, Osmond D, Moss AR, et al. HIV, bleach and needle sharing. *Lancet* 1987; 1:1.430.
2. Sciandra M, Sinico A. Prevention of HIV infection among IDU in Turin (Italy): 1986-1992. IX Int Conf Aids. Berlin, 1993. Abstract PO-C15-2963.
3. Valleroy LA, Weinstein B, Stephen TJ, et al. Impact of increased legal access to needles and syringes on Community Pharmacies Needle and syringe sales-Connecticut, 1992-1993. *Acquir Immun Deficiency Syndrom Human Retrovirol* 1995; 10:73-81.
4. Kaplan EH, Khoshnood K, Heimer R. A decline in HIV infected needles returned to New Haven's Needle Exchange Program:

Client shift or needle exchange? Am J Public Health 1994; 84:1.991-1.994.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Reducing HIV transmission in intravenous drug user not in treatment. United States. MMWR 1990; 39:529-538.
6. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1993. Ministerio de Justicia e Interior: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1994.

MR.1.5. Substitution treatment and the outbreak of AIDS epidemic in Western Europe

M. Reisinger
European Methadone Association.
Brussels (Belgium).

A review of opiate addiction treatment essentially amounts to a review of substitution treatment, since that form of treatment accounts for the highest demand, the highest rate of retention in treatment and the highest recovery rate. Drug-free treatments of opiate addiction take in fewer patient and have a very high relapse rate. A review of substitution treatment in Europea must take account of a wide variety of public health and legal approaches for each European country and rapid changes in the situation during the last few years (with an overall increase of substitution treatment). A survey of the current situation in Western Europe shows that there are around one million opiate addicts for 400 million population. 125,000 opiate addicts are in methadone treatment (12.5%). The percentage of opiate addicts in MT varies from 0% to 63% (Netherlands). More than 85% of opiate addicts are not in methadone treatment. Data show that methadone is the main "official" substitution treatment and codeine is the main "hidden" substitution treatment. In France, codeine is an over the counter medicine, widely used by opiate addicts because of lack of official substitution treatment: 30,000 (ex)heroin addicts probably use codeine daily, which is far more than the number of patients currently in methadone treatment (around 1,000 in October 1995). In United Kingdom, codeine and dihydrocodeine consumption is even higher than in France. In Germany, codeine and dihydrocodeine are prescribed by GPs as substitution treatment as much as methadone. Morphine sulfate is used as substitution treatment in some countries such as France; the consumption is also high in the United Kingdom. Dextropropoxyphene is also used as substitution treatment in Sweden and Denmark. Consumption is high and increasing in France and United Kingdom. Buprenorphine is prescribed as substitution treatment in several countries: Belgium, France, Italy, United Kingdom (a few hundred patients in each country). Only three countries admit more than 30% of opiate addicts in substitution treatment and six countries admit less than 5% (table 1). The example of cities where methadone treatment is available to demand shows that 70% of opiate

addicts may be admitted for treatment (in Amsterdam, for example). Substitution treatment does not keep up with the demand. Most European countries should increase the availability of substitution treatment to meet the demand. In the last ten years, the consumption of methadone increased twofold in the world and sixfold in Western Europe. In most countries during the period of penetration of HIV (1980-1985) the development of methadone treatment was insufficient to avoid an AIDS epidemic among drug addicts. The current methadone consumption increase appears as a delayed response to AIDS progression among drug users. Fear of AIDS and its costs helped to overcome social resistances to methadone treatment (fig. 1). Methadone consumption increases in most Western European countries. Rate and time of increase varies. Countries with the highest percentage of heroin addicts in methadone treatment (>30%) still have an increasing methadone consumption: Denmark, Switzerland, Netherlands. All countries with a medium percentage of heroin addicts in methadone treatment (5%-30%) have an increasing consumption of methadone. Most of them show a rapid increase. Countries with a low percentage of heroin addicts in methadone treatment are divided into three groups:
1) High increase rate: France has the highest methadone consumption increase in Europe.
2) Low increase rate: Norway still imposes very strict criteria for admission to methadone treatment.
3) Methadone consumption absent or undetectable: Luxemburg's consumption does not appear in the statistics of the International Narcotics Control Board which take account only of full kilograms of methadone. Finland has almost no heroin users. Greece only started methadone treatment in November 1995. In general, methadone and other substitution treatment show a rapid progression in Europe, but the availability of

TABLE 1
Methadone treatment in Western Europa

Heroin addicts In/Out MT	Country	Methadone Kg per million (1991-1994)
> 30%	Denmark	18.2
	Switzerland	17.2
	Netherlands	8.5
5%-30%	United Kingdom	6.5
	Austria	5.2
	Spain	3.6
	Belgium	3.3
	Ireland	2.9
	Italy	2.2
	Sweden	1.9
	Germany	1.7
< 5%	Portugal	0.9
	Norway	0.8
	France	0.1
	Finland	0
	Greece	0
	Luxemburg	0

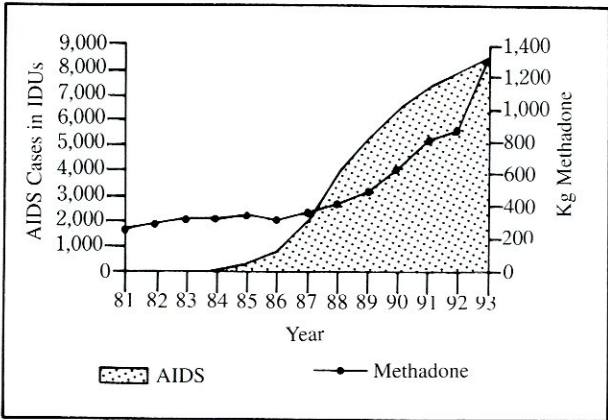


Fig 1. Methadone Consumption and AIDS Epidemic in Western Europe.

substitution treatment is still largely inferior to the demand. Substitution treatments are limited both quantitatively and qualitatively. The development of substitution treatment (including buprenorphine treatment) is impeded by attitudes of resistance, in spite of its effectiveness on numerous factors: reduction of heroin consumption, intravenous injection infectious risks (HIV, hepatitis), mortality, delinquency and prostitution; improvement in social rehabilitation. To overcome such resistance, it is not enough to improve knowledge of substitution treatments. It is also imperative to analyze the psycho-social mechanisms at the roots of these attitudes of resistance. The development of substitution treatments (including buprenorphine treatment) will require not only a better dissemination of the knowledge about these treatments, but also a demystification of the prejudices existing in all sectors of society: medical professions, politicians, journalists and the general population.