

En la implantación de programas preventivos de la infección por VIH entre UDI pueden tenerse en cuenta algunos principios generales³. En primer lugar, los programas de prevención no solo ofrecerían información sobre SIDA y transmisión del VIH, sino que inducirían algún cambio de conducta. En segundo lugar, un programa preventivo concreto no es efectivo en todos los UDI, sino que debe ser diseñado adaptándolo a las características peculiares del colectivo al que va dirigido. En tercer lugar, un aspecto importante a tener en cuenta es que los programas preventivos de la infección por VIH entre UDI son útiles. Por último, la intervención de cualquier programa debe ser mantenida en el tiempo y continuamente evaluada.

Las intervenciones para disminuir el riesgo de infección por VIH entre colectivos de UDI abarcan acciones de distinto tipo³, incluyendo: a) programas educacionales sobre SIDA de distinta intensidad, b) intercambio de jeringuillas, c) venta legal de jeringuillas en farmacias, d) determinación de anti-VIH y e) tratamiento de la drogadicción. La prevalencia actual de seropositividad para anti-VIH en UDI en España oscila entre el 41% constatado en adictos atendidos en centros de desintoxicación y el 80% de pacientes UDI ingresados por complicaciones orgánicas derivadas de la adicción. Este índice tan elevado implica que las campañas de prevención de la infección por VIH entre UDI y el tratamiento de la drogadicción en sí mismo tengan en nuestro país una importancia capital.

En los últimos años se ha apreciado una disminución del uso de la vía inyectable entre usuarios de drogas en Andalucía⁶ y en varias ciudades europeas⁷. En el ámbito de la provincia de Cádiz, observamos dos hechos que nos hicieron plantearnos si este cambio en la vía de administración estaba teniendo repercusiones en las complicaciones orgánicas derivadas del consumo de drogas por VI: el aumento anual de la edad media entre los enfermos diagnosticados de SIDA y la disminución de la incidencia anual de endocarditis infecciosa en UDI (datos no publicados). Por ello, diseñamos un estudio que pretendía comprobar la existencia de cambios en la vía de administración de droga a través del tiempo en una amplia muestra de usuarios de drogas de nuestro entorno, y evaluar si ello se asoció con variaciones en la frecuencia de infección por el VIH en esa población⁸. Evaluamos durante nueve semestres (desde enero de 1989 hasta junio de 1993) 710 usuarios de drogas domiciliados en la provincia de Cádiz e ingresados consecutivamente en la Unidad de Desintoxicación del hospital Punta de Europa de Algeciras (único centro público que existe en la provincia para tal fin). A lo largo del período de tiempo analizado, observamos una marcada y significativa disminución de la vía inyectable para el consumo de droga entre los usuarios de drogas estudiados, y ello se asoció con una significativa disminución de la frecuencia de infección por VIH en la misma población.

España es actualmente el país europeo con mayor tasa de incidencia de SIDA y, como se señaló, el uso de drogas por vía inyectable es el factor de riesgo más frecuente entre los pacientes afectados de esa enfermedad. Por ello, son necesarios mayores esfuerzos en el tratamiento de la adicción y en implementar intervenciones eficaces para disminuir conductas de riesgo de infección por VIH entre el colectivo de usuarios de drogas. Todo ello debe ser un componente más de una política que abarque los múltiples y complejos condicionantes que inciden en el consumo actual de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo para el estudio de infecciones en drogadictos. Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España: análisis final de 17.592 casos (1977-1991). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13:532-539.
2. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Actualización a 31.03.95. Registro Nacional de casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud "Carlos III". Madrid). *Pub Of SEISIDA* 1995; 6:574-580.
3. Des Jarlais DC, Friedman SR, Choopanya K, Vanichseni S, Ward TP. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users. *AIDS* 1992; 6:1.053-1.068.
4. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K, Rogers M, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. *N Engl J Med* 1989; 321:874-879.
5. Muga R, Tor J, Llibre JM, Soriano V, Rey-Joly C, Foz M. Risk factors for HIV-1 infection in parenteral drug users. *AIDS* 1990; 4:259-260.
6. Plan Andaluz sobre Drogas. Informe de situación 1986-1989. Comisionado para la droga. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Sevilla: Junta de Andalucía, 1990.
7. Barrio G, de la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med Clin (Barc)* 1993; 101:344-355.
8. Torres-Tortosa M, Ruiz-López M, Fernández-Elias M, Pérez-Pérez, C, Fernández-Conejero E, Ugarte I, et al. Cambios en la vía de administración de la heroína y frecuencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clí (Barc)* 1995; 104:249.

MR.2.3. Facilitación de medios preventivos a UDI

J. Monteagudo Romero

Plan de Prevención e Control pola Infección por VIH/SIDA. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

El uso de drogas ilegales en nuestro país ha experimentado un aumento importante a finales de los años setenta y principios de los ochenta, con el consecuente incremento de los problemas asociados al mismo. Además, en ese momento, a los problemas tradicionales se suma la infección por VIH y el SIDA. La preocupación social generada por esta situación ha provocado la articulación de diferentes respuestas, como la creación del Plan Nacional sobre Drogas y los Planes autonómicos de atención a drogodependientes, así como otros dispositivos dependientes de organizaciones privadas u organizaciones no gubernamentales (ONG).

Ante la percepción de fracaso del abordaje tradicional, hace ya más de una década que en el panorama internacional se ha asumido el reto de desarrollar una nueva respuesta a esta situación, que incorpore el conocimiento científico y sea lo suficientemente flexible para ir incorporando los nuevos hallazgos. Así, surgen las estrategias de disminución o minimización del daño. Se trata de políticas sociales que dan prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de las drogas. Las intervenciones incluyen proporcionar atención sanitaria (incluido el

tratamiento del uso de drogas), reducir el número de personas que utilicen las mismas, y, particularmente, posibilitar a los usuarios el cambio a formas de uso más seguras. En este marco encajan los programas de facilitación de medios preventivos para usuarios de drogas. En el Estado español, a finales de la década de los años ochenta empiezan a aparecer programas de comercialización de kits o paquetes preventivos y de intercambio de jeringuillas.

En Galicia, los problemas derivados del uso de drogas, y fundamentalmente la infección por VIH y el SIDA, se evidencian de manera importante en los primeros años de la década de los noventa. En un estudio realizado en Galicia, entre los años 1988 y 1992 por el Plan Autonómico sobre Drogodependencias en colaboración con algunos hospitales, la prevalencia en los usuarios de drogas inyectables (UDI) de HB_sAc(+) del 76,6%, de anti-VHC 86,9%, y de VIH 57,7%. Según datos del Registro Gallego del SIDA, a finales del año 1992 había 856 casos acumulados de SIDA en nuestra Comunidad Autónoma, de los que 628 (73,4%) presentaban como factor de riesgo ser UDI.

A la vista de esta situación, Galicia, a finales del año 1992 se suma a las otras Comunidades Autónomas que ya tenían en marcha este tipo de proyectos dirigidos a usuarios de drogas. Se comienza el programa de comercialización de los kits o paquetes preventivos, que contienen una jeringuilla estéril, un contenedor de plástico para la misma, un envase de agua bidestilada, toallita impregnada de alcohol, preservativo y mensaje informativo. La venta al público se realiza a través de las oficinas de farmacia. En los meses de noviembre y diciembre de 1992 se distribuyeron más de 60.000 paquetes en las farmacias gallegas; durante el año 1993 293.269; en el año 1994 336.116 y hasta noviembre de 1995 299.854.

En septiembre de 1993 se inició un estudio cuyos objetivos eran conocer la opinión de los farmacéuticos sobre la utilidad del kit y sobre la implantación y ámbito de distribución del mismo. Se realizó una encuesta por correo a todos los farmacéuticos de Galicia. El porcentaje de devolución fue del 46%, nada desdeñable si se tiene en cuenta que se realizó un solo envío con un plazo de devolución de dos semanas. Los resultados más resaltables son los siguientes:

- 1) En el 88% de las farmacias que respondieron (representa un 40% del total de farmacias de Galicia) se dispensan jeringuillas. El paquete preventivo o kit está disponible en el 71% de las farmacias que responden (33% del total).
- 2) En el 88% de las mismas se dispensan preservativos.
- 3) En la mayoría de las ocasiones es el usuario el que lo demanda, pero en más del 20% de las ocasiones es el farmacéutico el que lo oferta a posibles usuarios.
- 4) Son menos del 6% las farmacias que no lo distribuyen por considerarlo ineficaz sanitariamente, porque creen que contribuyen a la drogadicción o por razones éticas.
- 5) El 82% de los que contestan (38% del total) opinan que el paquete es útil o muy útil sanitariamente.
- 6) La mayoría de los profesionales farmacéuticos muestran su disposición a colaborar en proyectos de prevención, aunque reservan su decisión final a la propuesta que se les presente.
- 7) No tenemos información sobre los que no responden.

Con objeto de determinar quién y cómo utilizan el material proporcionado en los paquetes, a principios del año 1995 se plantea la realización de otro estudio que tenga en cuenta a proveedores (los profesionales farmacéuticos) y

a los usuarios del mismo. La metodología utilizada tiene una vertiente cualitativa y otra cuantitativa. Las conclusiones más relevantes de la encuesta a farmacias son las siguientes:

1) Venta de kits o paquetes preventivos. Se venden en la gran mayoría de las farmacias gallegas. Se ha comprobado la existencia de un pequeño grupo de farmacias que no lo vende por no estar de acuerdo con el programa o por prejuicios hacia la población drogodependiente. Sólo en el 2% de los casos se han dado razones de ética o de que el paquete facilita el consumo. Se vende porque lo solicita directamente el usuario, que conoce el producto. En ocasiones, el farmacéutico lo oferta a posibles usuarios, lo que supone que ha actuado como agente difusor del programa. El paquete se compra normalmente de uno en uno, sin hacer acopio para posteriores consumos.

2) Sobre el contenido del paquete. Aunque de forma general se considera un equipo completo y útil, hay algunas opiniones con relación a que sobra el preservativo o falta ácido cítrico, y, sobre todo, a que se incluya un folleto con mensajes sanitarios o educativos.

Desde las farmacias se valora, mayoritariamente, la utilidad preventiva de los kits, tanto en relación con el VIH/SIDA como con otras enfermedades. Sin embargo, también de forma mayoritaria, se considera que no modifica otros hábitos de salud o de consumo de drogas y que no mejora la imagen, aseo o hábitos higiénicos de los usuarios.

3) Problemas relacionados con el programa. El 75% de las farmacias no han tenido nunca ningún problema relacionado con este programa.

Conclusiones de la encuesta a usuarios de drogas por vía parenteral:

1) Uso de los kits. Manifiestan un uso elevado de los mismos; subjetivamente cifran en una media en torno al 65% de la utilización total de jeringuillas. El programa es conocido por la práctica totalidad de los usuarios de drogas por vía parenteral, conocimiento debido fundamentalmente a la transmisión boca a boca entre ellos, pero también a partir de los farmacéuticos, comités anti-SIDA y servicios asistenciales.

2) Compartición de jeringuillas y agujas. Sólo un pequeño grupo de los sujetos entrevistados manifiesta compartir en la actualidad las jeringuillas con otras personas, que alguna vez es la pareja, aunque lo hayan hecho en el pasado. A pesar de esta afirmación, la mayoría de los usuarios consume en compañía de amigos o colegas y en lugares comunes.

3) Reutilización de jeringuillas y agujas. No se ha evitado completamente. La media de reutilización de las jeringuillas, entre los que lo hacen habitualmente, está en torno a las tres ocasiones.

4) Tiempo de consumo. Los entrevistados tienen unos tiempos de consumo por vía parenteral que oscila entre 2 y 14 años, con períodos de abstinencia y episodios de tratamiento en la mayoría de los casos. En muchas ocasiones, están aumentando sus consumos por vía parenteral y también la práctica de reutilización de jeringuillas y agujas.

5) Utilización del material contenido en el paquete preventivo. Normalmente manifiestan utilizar todo el material contenido en el paquete. En caso de no utilizar algo, que sería el preservativo, normalmente lo guardan, en menos casos, lo tiran o se lo dan a alguien. El material de inyección es muy bien valorado, fundamentalmente el agua, que se ve como algo necesario para poder consumir. En esta línea se demanda la inclusión de ácido cítrico.

6) Utilización de preservativos. Los sujetos entrevistados manifiestan usar habitualmente preservativos en sus relaciones sexuales, aunque la gran mayoría no tiene en la actualidad pareja estable.

Una de las demandas más generalizadas es la gratuidad de los kits, y el establecimiento de programas de intercambio, que hagan más accesible la consecución de material de inyección estéril.

Desde mediados del año 1995 se viene trabajando en la planificación del establecimiento de un programa de estas características. La puesta en marcha del mismo se realizará durante el mes de enero del año 1996. En una primera etapa, el programa se realizará en los locales de los Comités Anti-SIDA de casi todas las ciudades de Galicia y de alguna asociación de ayuda al drogodependiente; también participa alguna unidad de atención al drogodependiente y la Sección Española de la ONG Médicos del Mundo. En una segunda fase, se incorporarán oficinas de farmacia de las ciudades y de las localidades donde se concentra el uso de drogas, fundamentalmente en la costa. Los paquetes que se utilizarán para el intercambio tienen el mismo contenido que los que se comercializan en las farmacias, con la única diferencia de que existen paquetes que contienen el material de inyección por triplicado y paquetes que no contienen preservativos. El protocolo de intercambio consiste en la entrega de un equipo nuevo por una jeringuilla usada, introducida en el contenedor que se proporciona para tal fin. La cantidad máxima a entregar será de nueve equipos. Se recogen unos datos mínimos para permitir el seguimiento y evaluación del programa.

MR.2.4. Prescripción de heroína. Referentes previos

Ll. San Molina

Servei de Psiquiatria-Toxicomanías.

Hospital Universitari del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Los responsables del abordaje asistencial de pacientes usuarios de drogas se plantean con una frecuencia cada vez mayor la posible utilización de narcóticos en el tratamiento de la población toxicómana. Ésta no es una idea original puesto que ya ha sido probada con anterioridad. Una de las alternativas propuestas para la disminución del consumo de drogas ilegales, de la criminalidad y de las conductas de riesgo asociadas a la adicción a la heroína, ha sido la de facilitar legalmente la heroína a los adictos. En este artículo se revisará la experiencia del Reino Unido en los programas de mantenimiento con heroína (PMH), más conocidos como *British System*, así como otras iniciativas en este sentido, efectuando un examen crítico de sus objetivos y de las poblaciones tributarias.

Uno de los argumentos a favor de la implantación de los programas de sustitución con heroína sería la posible disminución en la demanda de heroína ilegal, de la actividad ilegal relacionada con su consumo y de las conductas de

riesgo entre los usuarios de drogas inyectables (UDI) no atendidos en los programas de tratamiento existentes. Estos amplios objetivos sólo se podrán alcanzar cuando la mayoría de los usuarios de heroína sin contacto con la red de tratamiento se puedan beneficiar de este tipo de programas. Ello significaría facilitar la disponibilidad y accesibilidad de estos programas a través de canales de distribución poco restrictivos y minimizando todo control que pudiera impedir que los usuarios de heroína o aquellos que se inyectan fueran reacios a contactar con los servicios de tratamiento. Si estas premisas no se cumplieran, los objetivos de la sustitución de heroína deberían ser menos ambiciosos y la población candidata se vería reducida a subgrupos tales como pacientes de larga evolución con un marcado deterioro físico o psicológico que han fracasado en otros programas terapéuticos, o jóvenes adictos con una marcada desestructuración social y legal pero con algún tipo de contacto con los centros de tratamiento. Los programas de sustitución con heroína son factibles, al menos en sentido estricto, y pueden representar un abordaje adicional de utilidad en determinados subgrupos de pacientes que requieran un cuidado especial por parte de profesionales expertos. En general, los tratamientos de sustitución sólo tienen sentido enmarcados en un amplio contexto que incluya servicios sanitarios y sociales, estrategias de reducción de riesgos, programas de educación-prevenición y otras medidas encaminadas a evitar la marginación y la estigmatización.

Desde un punto de vista conceptual, es necesario definir qué se entiende por programas de sustitución o mantenimiento con heroína. Aquellos que únicamente ofrecen heroína no pueden definirse realmente como de sustitución y sí como proveedores legales de heroína¹. De hecho, existen tres vías de implantación de estos programas:

- 1) El mantenimiento con heroína se refiere a los programas de manejo médico de los dependientes de heroína en los que se incluye la prescripción y/o dispensación de heroína de una forma regular.
- 2) El registro de adictos se refiere al sistema que concede un estatus especial de "adicto confirmado", que le permita más tarde recibir una oferta legal. A diferencia del mantenimiento con heroína, no necesariamente implica que la oferta sea facilitada en un contexto clínico.
- 3) La legalización de la heroína hace referencia a los cambios en el sistema legal respecto a la situación de la heroína. Las discusiones acerca de la legalización tienden a ignorar tanto el factor oferta como a confundir legalización con mantenimiento con heroína.

En este trabajo consideraremos que el mantenimiento con heroína se realiza enmarcado en un programa de orientación médico-sanitaria; en este sentido, sería similar a los programas de mantenimiento con metadona. A su vez, bajo el epígrafe "mantenimiento con heroína" se incluyen dos conceptos distintos. Por un lado, los programas que ofrecen heroína como paso inicial de un proceso de tratamiento más prolongado que incluso puede incluir la desintoxicación²; en estos casos el término "mantenimiento" puede ser equivoco. Además, la heroína se ofrece como "gancho" para atraer adictos reacios a los programas de tratamiento. El objetivo es que esta oferta legal les permita establecer un estilo de vida más estable y saludable y facilite una situación en la cual los profesionales puedan motivar a los pacientes para, a continuación, transferirlos a medicación por vía oral y posteriormente hacia tratamientos orientados a la abstinencia. El segundo concepto de

mantenimiento con heroína es el del tiempo indefinido (por ejemplo, tanto tiempo como el paciente desee, o tanto como lo permita el programa de tratamiento)³.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En los años veinte, el mantenimiento con heroína fue utilizado en varias clínicas de EE.UU. por un corto período de tiempo⁴. Fueron programas que aun en la actualidad son motivo de controversia. Más tarde, a mediados de los años setenta, hubo varias propuestas en el mismo sentido, la mayoría como respuesta al aumento del mercado ilícito y a la criminalidad asociada al consumo de drogas^{2,5}, propuestas que nunca llegaron a materializarse.

Entre los años veinte y los cincuenta también existen ejemplos en varios países europeos donde los adictos recibían opiáceos de una forma regular (habitualmente morfina), por parte de los médicos generales. En aquel tiempo, la mayoría de los adictos eran profesionales sanitarios (médicos, comadronas) o pacientes con patología orgánica (incluidos veteranos de guerra). Sin embargo, estos ejemplos no están bien documentados y no se refieren al período más reciente de uso ilícito de drogas que emergió en los años sesenta y setenta. El Reino Unido es el único país que ofrece un buen y documentado ejemplo de mantenimiento con heroína en el marco de la actual epidemia de consumo de drogas^{3,6,8}. A lo largo de esta década, el mantenimiento con heroína ha sido uno de los abordajes de la adicción especialmente en los años sesenta y setenta, persistiendo a escala reducida en los años ochenta y conservándose en la actualidad para unos 2.000 adictos.

La aparición del SIDA ha renovado el interés por objetivar la eficacia de los programas de tratamiento a fin de minimizar la difusión de la infección por el VIH entre toxicómanos y a su vez desde este colectivo al resto de la sociedad. Los PMH vuelven a ser un tema de actualidad como respuesta, a las presentes demandas socio-sanitarias. Los nuevos objetivos que se plantean incluyen aumentar la capacidad de atracción y las tasas de retención en tratamiento, con un especial énfasis en los métodos de reducción de riesgos. Teniendo en cuenta la mayor facilidad de acceso a los programas de mantenimiento con metadona por vía oral, relativamente pocos centros de tratamiento se han planteado la prescripción de heroína, y tan solo algunos han optado por la prescripción de metadona inyectable.

Los objetivos principales de los PMH son: a) minimizar la demanda de heroína ilegal, b) atraer y retener al mayor número posible de usuarios de heroína y adictos, y c) minimizar los riesgos de la infección por el VIH. Por último, cabe recordar que, si bien estos programas fueron efectivos en algunas comunidades y enmarcados en un contexto histórico, no necesariamente son extrapolables a otras zonas geográficas, por lo que es necesario contemplar de forma cuidadosa las posibles consecuencias negativas de su implantación⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hartnoll R. Heroin substitution programmes: a critical analysis. Comunicación personal. Reunión Científica: Opciones terapéuticas con sustitutivos opiáceos. Oviedo, 3-4/XII/1992.
2. Goldstein A. New approaches to the treatment of heroin addiction: STEPS (Sequential Treatment Employing Pharmacological Supports). Arch Gen Psychiatry 1976; 33:353-358.
3. Judson HF. Heroin Addiction in Britain. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1974.

4. Musto D. The American Disease: Origins of Narcotic Control. New Haven: Yale University Press, 1975.

5. Vera Institute of Justice Inc. Heroin Research and Rehabilitation Program, discussion proposal, May 1971.

6. Johnson BD. How much heroin maintenance (containment) in Britain? Int J Addiction 1975; 12:361-398.

7. Stimson GV, Oppenheimer E. Heroin addiction. London: Tavistock, 1982.

8. Strang J. "The British System": past, present and future. Int Rev Psychiatry 1989; 1:109-120.

9. San L. Experiencias controladas de legalización de heroína. Jano 1994; XLVI (1.072):81-86.

MR.2.5. IDUs and HIV seropositivity among incarcerated men and women in the United States of American

D. Farabee and C. G. Leukefeld

Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, Lexington, Kentucky (USA).

This presentation summarizes the most current data available regarding injecting drug use and the epidemiology of HIV among the US prison population. It explores the vectors of transmission prior to and during incarceration, the unique treatment opportunities posed by incarceration, and the current challenges to effective program implementation.

CURRENT PREVALENCE

HIV/AIDS

Seroprevalence of HIV, the condition leading to AIDS, is considerably higher among US prison and jail populations than among the general US population. As of 1993, 2.4% of Federal and State prison inmates were known to be infected; slightly lower rates (1.8%) were found among local jail inmates. Prevalence varies decidedly by region and gender, with the highest rates found among prisoners in the Northeast (7.4%) and among females (4.2% of females versus 2.5% of males)¹.

Injection Drug Use (IDU)

The strong association between injection drug use and HIV seropositivity has drawn increasing attention from the public health sectors. Indeed, by 1993 injection drug use was related to 28% of HIV infections, relative to 12% in 1981². According to a nationally representative sample of US prison inmates, 25% reported injecting drugs (most commonly heroin and/or cocaine) for non-medical purposes at least once in their lifetimes. Twelve per cent of the inmates reported at least one incidence of needle sharing³.