



emcdda.europa.eu

Infectious diseases

EMCDDA 2001 selected issue

*In EMCDDA 2001 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union*

Enfermedades infecciosas

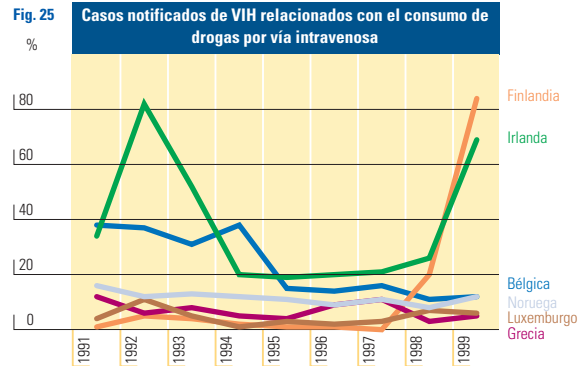
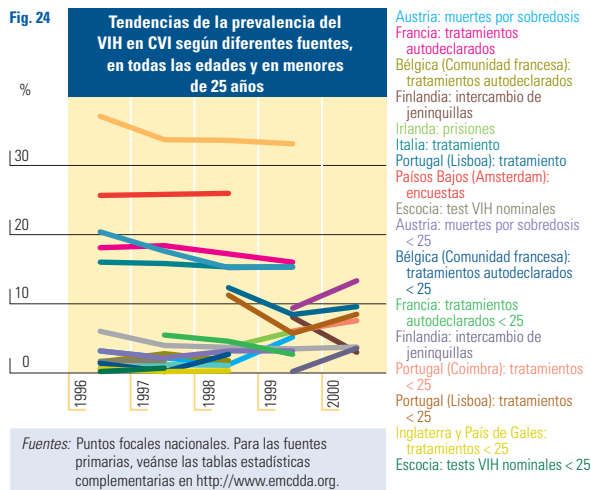
Prevalencia y tendencias

VIH

La prevalencia de la infección por el VIH difiere mucho entre países y, dentro de los mismos, entre regiones y ciudades. Aunque la divergencia de las fuentes y de los métodos de recogida de datos hace difíciles las comparaciones, los datos disponibles indican unos niveles medios de infección en diferentes subgrupos de consumidores por vía intravenosa o que se inyectan (CVI) que van de aproximadamente el 1 % en el Reino Unido al 32 % en España (véase la figura 8 en el capítulo 1).

La prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en casi todos los países desde mediados de la década de los noventa tras los fuertes descensos que siguieron a la primera epidemia importante entre CVI en los años ochenta (véase la figura 24). En algunos países (Austria, Luxemburgo, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Finlandia) la transmisión podría estar aumentado nuevamente en algunos subgrupos de CVI. (Véase, en el capítulo 1, el recuadro de la página 17.)

La transmisión reciente puede apreciarse más claramente si se observa específicamente la prevalencia en CVI de menos de 25 años. Las infecciones por el VIH en este grupo tienen que haberse producido por término medio más recientemente, ya que la mayoría de los CVI se empiezan a inyectar entre los 16 y los 20 años (1) (2). Las tendencias en este grupo de edad, en la medida en que se dispone de datos, son mucho más pronunciadas que la prevalencia general y, a veces, van incluso en la dirección contraria. En Finlandia, por ejemplo, se produjo un gran brote en 1998-1999, como se puede observar por



N.B.: Los datos relativos a Irlanda hacen referencia a análisis positivos de VIH en consumidores de droga por vía intravenosa.
Fuente: Puntos focales nacionales.

los datos notificados sobre el VIH (véase la figura 25). Después de 1999 la prevalencia general decreció, según indican los datos procedentes de intercambios de jeringuillas (véase la figura 24); sin embargo, la prevalencia entre CVI jóvenes aumentó del 0 % en 1999 al 4 % en 2000. Esto podría indicar que una vez empiezan a disminuir las nuevas infecciones entre consumidores por vía intravenosa veteranos debido a la saturación (la mayoría de las personas de este grupo de riesgo están infectadas) y/o a un cambio de comportamiento de los que corrían riesgo, las nuevas infecciones aparecieron principalmente entre los CVI más jóvenes, los cuales suelen presentar un mayor comportamiento de riesgo.

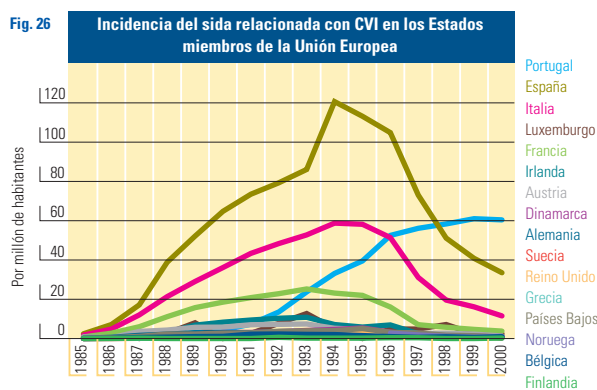
En varios países, la prevalencia del VIH es sistemáticamente más elevada entre las mujeres CVI que entre los varones CVI. Ello puede deberse a un mayor hábito o a diferentes formas de compartir jeringuilla y/o al mayor riesgo sexual de las mujeres CVI.

Sida

Los países que más se han visto afectados por el sida entre CVI son sobre todo los del suroeste de la Unión Europea, concretamente Portugal, España, Francia e Italia (23). La incidencia del sida varía enormemente de unos países a otros, al igual que la del VIH, pero la tendencia general es a la baja (véase la figura 26). Probablemente el descenso sea resultado de los nuevos tratamientos entre CVI que retrasan la aparición del sida. Por lo tanto, la incidencia del sida se considera ahora un indicador menos fiable de la transmisión del VIH que antes de 1996 más o menos. España, que presentaba la incidencia anual de sida más elevada entre consumidores de drogas, ha sido superada hace poco por Portugal, el único país que no muestra una disminución. Esto podría indicar una aceptación sólo limitada del tratamiento del VIH (fenómeno mostrado por un estudio reciente) y/o un incremento de la transmisión del VIH en la década de los noventa. Sin embargo, el

(23) Figura 16 OL. Casos de sida diagnosticados en 1999 en consumidores de drogas por vía intravenosa, por millón de habitantes (versión online).

Cuestiones particulares

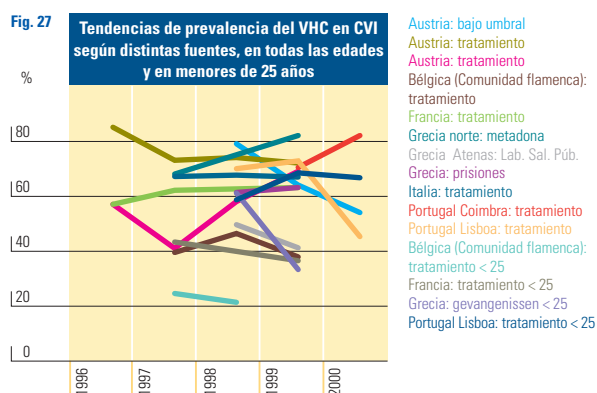


N.B.: Casos informados a 31 de diciembre de 2000, ajustados por retrasos de información.
Fuente: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

aumento observado en Portugal mostró señales de estabilización en el año 2000.

Hepatitis C

La prevalencia de la infección de la hepatitis C es superior que la del VIH y las cifras se aproximan más en toda la Unión Europea. Entre el 40 % y más del 90 % de los CVI está infectado con el virus de la hepatitis C (VHC), incluso en los países con bajas tasas de infección por el VIH, como es el caso de Grecia (véase la figura 9 en el capítulo 1). La infección crónica por el VHC ocasiona considerables problemas de salud y, a la larga (décadas), puede producir consecuencias graves, entre ellas daños severos en el hígado y la muerte prematura. El porcentaje de las infecciones crónicas que conllevan daños graves para la salud aún está muy poco claro, pero algunos datos recientes indican que en los CVI puede ser inferior (quizás entre el 5 % y el 10 %) de lo que antes se pensaba (del 20 % al 30 %) (3) (4). No obstante, los niveles extremadamente altos de infección por el VHC entre CVI en Europa pueden seguir suponiendo una gran carga sanitaria por enfermedades hepáticas entre antiguos CVI a lo largo de las próximas décadas.



Fuentes: Puntos focales nacionales. Para las fuentes primarias, véanse las tablas estadísticas complementarias en www.emccda.org.

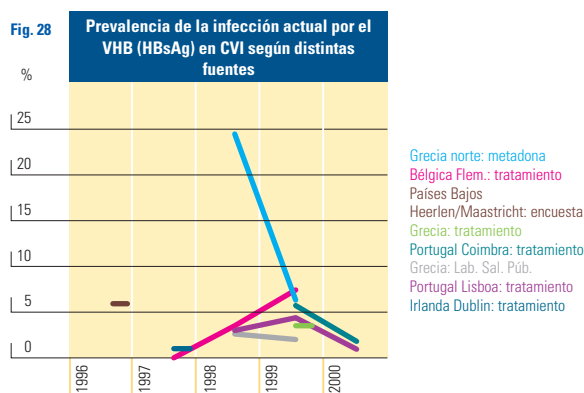
Las tendencias de la infección por hepatitis C, en los escasos países que pudieron proporcionar datos al respecto, muestran tanto disminuciones como aumentos importantes en Austria, Portugal y Grecia, dependiendo de la fuente (situación geográfica) y del grupo de edad (véase la figura 27). Ello puede responder a la distinta epidemiología de la infección según las poblaciones de CVI, aunque también es posible que las tendencias reflejen las distintas políticas relacionadas con la reciente introducción de análisis del VHC. Por ejemplo, es posible que las personas expuestas a un riesgo mayor sean las primeras en participar cuando se ofrecen análisis del VHC voluntarios, de modo que la prevalencia en los años siguientes parece disminuir. Sólo se pueden confirmar las tendencias aparentes haciendo un seguimiento durante más tiempo. Este sesgo potencial quizá sea menos importante en los análisis del VIH, que están disponibles desde hace muchos años.

Hepatitis B

La prevalencia de anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) también es alta, pero no parece que las cifras sean tan iguales en toda la Unión como las de prevalencia del VHC. En el caso de la hepatitis B, la presencia de anticuerpos indica que se ha estado infectado alguna vez, a diferencia de lo que ocurre con el VHC y el VIH, en los que un análisis de anticuerpos positivo indica por lo general una infección actual. Sin embargo, los anticuerpos del VHB también pueden indicar vacunación. Esto significa que a la hora de interpretar la prevalencia de los anticuerpos del VHB se deben tener en cuenta las prácticas de vacunación, que pueden variar mucho de unos países a otros. El porcentaje de CVI que aún no tiene anticuerpos aún corre el riesgo de infectarse y debe vacunarse. La vacunación en los CVI es especialmente importante dado que la infección por hepatitis B (también por hepatitis A o D), puede ser muy peligrosa e incluso mortal si ya se está infectado por otro virus de la hepatitis, como el VHC. En la Unión Europea, entre el 20 % y el 60 % de los CVI aproximadamente tiene anticuerpos de la hepatitis B. Los datos autodeclarados en estudios realizados en algunos países dan a entender que sólo entre el 10 % y el 30 % de los CVI podrían haberse vacunado completamente (5) (6) (7) (8). Esto indica que son muchos los beneficios potenciales para la salud que se pueden conseguir a través de la vacunación (24).

Más fácil de interpretar que los anticuerpos del VHB es la prevalencia de HBsAg (el marcador serológico que determina la presencia del virus de la hepatitis B). Indica una infección actual de hepatitis B, que puede ser reciente o

(24) Figura 17 OL. Prevalencia de la infección del VHB entre CVI en los Estados miembros de la Unión Europea, 1996-2000 (versión *online*).



Fuentes: Puntos focales nacionales. Para las fuentes primarias, véanse las tablas estadísticas complementarias en www.emccdda.org.

crónica. Así pues, el nivel de HBsAg indica la posibilidad de complicaciones graves a largo plazo y de transmisión a terceros mediante un comportamiento de riesgo con las jeringuillas o por transmisión sexual. Aunque sólo se conoce la prevalencia del HBsAg en un reducido número de países, parece ser muy desigual y, en algunos casos, elevada (véase la figura 28). En el norte de Grecia, es posible que los CVI que estuvieron en programas de metadona experimentaran un importante brote de hepatitis B antes de 1998, dado que los niveles eran extremadamente altos en 1998 pero descendieron notablemente entre 1998 y 1999. En Bélgica, los datos de los CVI sometidos a tratamiento indican un aumento constante de la infección actual por el VHB (HbsAg) entre 1997 y 1999. En Portugal, los datos recientes muestran un descenso de la infección actual por el VHB. En Noruega, los datos notificados indican un fuerte incremento de la infección por el VHB (y por el VHA) entre los CVI.

Otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, endocarditis y brotes de Clostridium

Otra enfermedad infecciosa que puede ser importante entre los CVI es la tuberculosis, que no se transmite inyectándose drogas, pero que es especialmente elevada entre los consumidores de España y Portugal, debido a su estrecha asociación a la infección por el VIH y el sida. Otras enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis o la gonorrea, también pueden darse mucho entre los consumidores de drogas, especialmente entre las prostitutas callejeras, si no tienen acceso a servicios médicos de bajo umbral. Esto puede generar una transmisión importante a los no consumidores de drogas, a la vez que estas enfermedades de transmisión sexual constituyen además un importante factor de riesgo para la infección por el VIH. Los consumidores de drogas por vía parenteral

suelen tener además una alta prevalencia de otras infecciones que pueden poner en peligro su vida, tales como abscesos en las partes de su cuerpo donde se inyectan o endocarditis (infección de las válvulas del corazón), que con frecuencia se pueden tratar con facilidad si hay servicios disponibles.

Entre abril y agosto de 2000 se produjo en Escocia, Irlanda, Inglaterra y Gales un gran brote de infección por *Clostridium novyi*, dando como resultado 104 casos de enfermedad grave y 43 fallecimientos entre personas jóvenes. El brote probablemente se debió a heroína contaminada en combinación con modos específicos de inyección (intramuscular o subcutánea en lugar de intravenosa). Se puso de manifiesto, de una manera dramática, el gran potencial de problemas graves de salud entre los CVI, que pueden ser mucho mayores y más peligrosos para la vida que los problemas de salud relacionados con otras pautas más difundidas de consumo de drogas.

Factores determinantes y consecuencias

Consumo de drogas mediante inyección

Entre los consumidores de drogas, las infecciones como el VIH y las hepatitis B y C se transmiten principalmente a través del consumo por vía parenteral. Ello se debe en gran medida a que comparten material de inyección como las agujas y jeringuillas, y otros materiales como el algodón, el agua y las cucharas. Es probable que en las situaciones de incremento del consumo de drogas inyectadas, las poblaciones de personas que se inyectan sean especialmente vulnerables a una rápida expansión del VIH y de la hepatitis.

El momento y la magnitud de las epidemias de sida en los distintos países pueden haber estado determinados en gran medida por el momento y la magnitud de las epidemias de consumo de drogas por inyección. Éstas probablemente se produjeron antes en los países del norte de Europa, como por ejemplo en los Países Bajos (años setenta y ochenta), pero se mantuvieron relativamente bajo control, mientras que en países del sur de Europa, como España, Italia y Portugal, se produjeron más tarde (años ochenta y noventa) y con unas tasas más elevadas. La aparición de epidemias de VIH puede haber dependido, por lo tanto, del delicado equilibrio entre el momento y la magnitud de las epidemias de consumo de drogas inyectadas, la concienciación acerca del sida (no existente en los primeros años) y el momento y la introducción a gran escala de las medidas preventivas.

Cuestiones particulares

La importancia del consumo por vía parenteral entre los consumidores de drogas (en Europa sobre todo de heroína sola o junto con otras sustancias) puede depender además de las preferencias y de los hábitos culturales de los consumidores o del tipo de heroína disponible en el mercado (soluble en agua e inyectable o no inyectable). También influyen probablemente el precio y la pureza, puesto que inyectarse heroína es más eficaz y, por lo tanto, más barato que fumarla. Se piensa que el miedo al sida influye mucho menos en la decisión de inyectarse o no.

Por el momento no se sabe cómo prevenir el consumo por inyección. Éste y el consumo de heroína por cualquier medio pueden depender de toda una serie de factores personales y sociales, tales como problemas de comportamiento y/o familiares y el desempleo. No obstante, el tratamiento de sustitución puede ser muy eficaz para reducir la vía de la inyección y los comportamientos de riesgo relacionados con este tipo de consumo entre los consumidores de heroína (9).

El consumo de drogas por inyección ha disminuido mucho durante la década de los años noventa en casi todos, aunque no todos, los países. Como consecuencia, las tasas al respecto (medidas en los consumidores de opiáceos que se ponen en tratamiento) varían mucho, desde un mínimo de en torno al 10 % en los Países Bajos hasta un máximo de aproximadamente el 70 % en Grecia. Sólo se dispone de las tendencias recientes del consumo por inyección en el caso de Irlanda, donde muestran un continuo crecimiento, que concuerda con un aumento reciente del número de análisis positivos del VIH relacionados con los CVI.

Comportamientos de riesgo en el consumo de drogas por vía parenteral

Entre los CVI, la difusión de infecciones viene determinada principalmente por el comportamiento de riesgo asociado al consumo por inyección, sobre todo el hecho de «compartir jeringuillas» (dar o recibir una jeringuilla usada a o de otra persona). También es posible la transmisión al compartir otros materiales empleados para inyectarse, como pueden ser el agua, el algodón o las cucharas, que probablemente sean incluso más importantes en el caso de las hepatitis B y C. La inyección carente de higiene puede incluso causar la transmisión de hepatitis aunque no se compartan materiales, por ejemplo, a través de manos, mesas u otras superficies contaminadas de sangre.

Otros comportamientos de riesgo son la transferencia de heroína de una jeringuilla a otra para medir partes iguales (*front/backloading*). Los datos preliminares sobre el uso compartido de agujas indican que, en general, éste sigue siendo muy elevado entre los CVI, oscilando entre el 10 % y el 17 % en los Países Bajos (préstamo reciente de agujas usadas) y llegando al 64 % en Irlanda (uso compartido de agujas en las cuatro últimas semanas) y al 75 % en Inglaterra y Gales (uso compartido de agujas y otro material) (25). La mayor parte de estos datos puede infravalorar aún la dimensión del comportamiento de riesgo debido al uso compartido indirecto (*front/backloading*) y al uso compartido de otros materiales que no sean las agujas, etc. Por otra parte, el uso compartido de agujas se produce a menudo entre compañeros estables que saben que no están infectados, lo cual puede ser relativamente seguro.

Comportamientos sexuales de riesgo

La transmisión por vía sexual del VIH y del VHB es mucho menos eficaz que la transmisión mediante el uso compartido de agujas, mientras que la del VHC se cree que es muy baja. Sin embargo, cuando hay un nivel de infección (prevalencia) elevado entre los CVI, la transmisión sexual del VIH y del VHB y la que se produce de madre a hijo pueden ser importantes. Los CVI, por lo tanto, pueden formar «núcleos» o «bolsas» de infección desde los que se produce una transmisión continua a la población más amplia. Una manera eficaz de prevenir la transmisión sexual es el uso de preservativos. Éste ha aumentado mucho entre los consumidores de drogas desde la década de los ochenta, especialmente entre los profesionales del sexo, que habitualmente comunican altas tasas de empleo de preservativos con sus clientes. Sin embargo, el empleo de los preservativos suele ser escaso entre conocidos que, por lo tanto, siguen siendo un importante grupo de riesgo para contraer la infección.

Consecuencias y costes

Las consecuencias de una infección por el VIH son graves. La infección conduce al sida después de unos diez años por término medio, generando desde ese momento unos elevados costes para el individuo y para la sociedad a causa de las infecciones crónicas, las hospitalizaciones y la muerte prematura.

En la mayoría de los casos, la infección por hepatitis B se resuelve por sí sola espontáneamente, pero en una proporción importante (entre el 2 % y el 8 % en los adultos, el 10 % y el 15 % en los adolescentes y mucho

(25) Cuadro 6 OL. Uso compartido de jeringuillas entre consumidores de drogas por vía parenteral en algunos Estados miembros de la Unión Europea (versión *online*).

más en los niños) da lugar a una infección crónica, que a largo plazo puede producir enfermedades hepáticas graves y la muerte prematura. Puesto que la hepatitis B y el VIH se pueden transmitir con facilidad por vía sexual o de madre a hijo, estas infecciones en los CVI suponen una importante amenaza para la población en general.

La hepatitis C se mantiene en estado crónico en la mayoría de los casos (posiblemente entre el 70 % y el 80 %), por lo que los CVI siguen siendo una importante fuente de infección potencial. La infección de la hepatitis C, al igual que la de la hepatitis B, es capaz de ocasionar a largo plazo (décadas) enfermedades hepáticas graves y la muerte prematura. La combinación de distintas infecciones de hepatitis (incluida la hepatitis A) simultáneamente puede ser especialmente peligrosa y culmina con frecuencia en fallos agudos del hígado y en la muerte.

Una estimación preliminar de los futuros costes sanitarios ocasionados en la Unión Europea por las infecciones del VIH, el VHB y el VHC relacionadas con las drogas en un año supuso en torno al 0,5 % del presupuesto total comunitario para asistencia sanitaria (véase la figura 29).

Respuestas de reducción de los daños

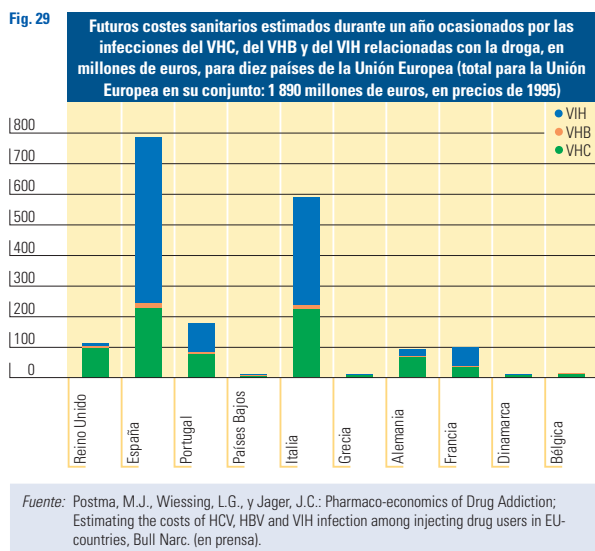
En la mayor parte de la Unión Europea, la introducción de medidas de reducción de los daños —tales como un mayor acceso a agujas y jeringuillas estériles, una mayor disponibilidad de preservativos, orientación acerca del VIH y realización de análisis para este último— ha ayudado a controlar la transmisión del VIH entre los consumidores que se inyectan. El tratamiento sustitutorio, que puede reducir enormemente la frecuencia con la que hay que inyectarse, también está disponible en todos los

Estados miembros, sobre todo en forma de metadona por vía oral, pero en casi todos los países aún es posible mejorar mucho en cuanto a cobertura. (véanse los apartados «Reducción de la demanda», «Tratamiento» y «Tratamiento de sustitución» del capítulo 2).

Aunque está demostrado que las medidas de reducción de los daños han contribuido a reducir la prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores que se inyectan, no han controlado su difusión (10). La persistencia de la infección de la hepatitis C entre los jóvenes consumidores que se inyectan exige unos enfoques innovadores de la reducción de daños. La introducción de narcosalas médicamente supervisadas y de una dispensación controlada de heroína son dos enfoques de este tipo que se están contemplando en algunos países comunitarios. Sin embargo, ambos plantean dificultades éticas y jurídicas y pueden exigir un cambio de las leyes sobre drogas. En los países en los que se han puesto en marcha narcosalas (Estados Unidos, Australia, Alemania, Suiza y los Países Bajos), aún falta por evaluar su efectividad.

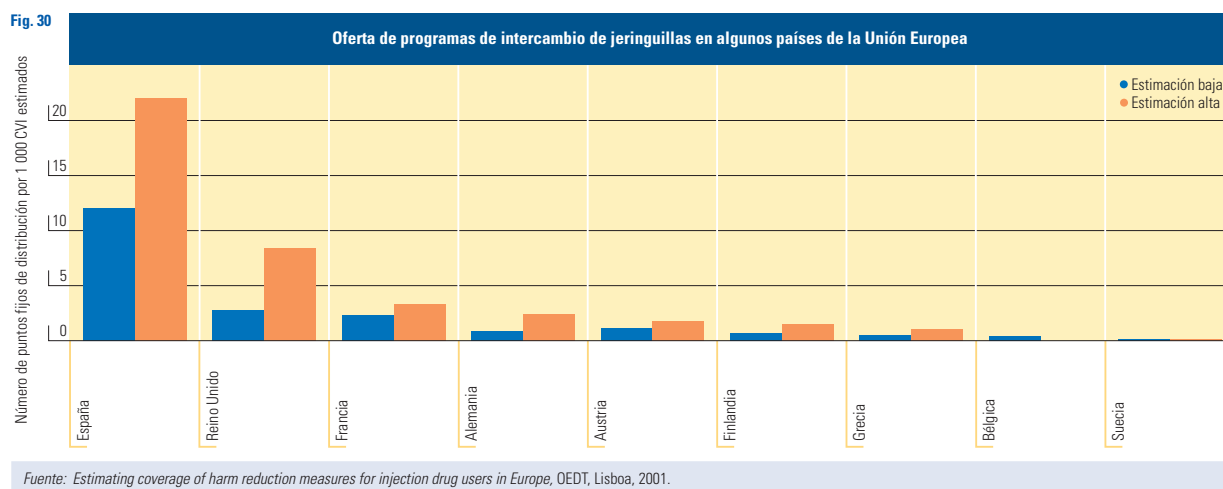
Aspectos importantes para medir la disponibilidad de medidas de reducción del daño son la oferta de servicios y la cobertura de la población de CVI. Tomando como base las estimaciones del consumo problemático de drogas y las tasas de CVI entre los consumidores de opiáceos en tratamiento, se han obtenido unas estimaciones preliminares del tamaño de la población de CVI en los países comunitarios. A partir de estas estimaciones surge una imagen aproximada de la oferta de programas de intercambio de jeringuillas (puntos de distribución) por país (véase la figura 30) y del número de agujas intercambiadas a través del programa de intercambio de jeringuillas por cada 1 000 CVI al año (26). Aunque las estimaciones concretas para cada país pueden no ser muy fiables, globalmente se observa que en casi todos los países de los que se dispone de datos sobre los programas de intercambio de jeringuillas, aún no se está dando un número suficiente de agujas limpias a los CVI, con la posible excepción del Reino Unido (Inglaterra y Gales) y España.

Un estudio francés calculó que el número medio de inyecciones para un consumidor de opiáceos por vía intravenosa sería de 3,6 al día, lo que supone más de 1 300 inyecciones al año para un consumidor diario de opiáceos por vía intravenosa (el 93 % de la muestra tomada de consumidores de droga que asistían al intercambio de jeringuillas se inyectaba droga diariamente). Sin embargo, esta media puede depender mucho de las



(26) Figura 18 OL. Jeringuillas distribuidas o intercambiadas por medio de programas de intercambio de jeringuillas, por CVI y año (versión online).

Cuestiones particulares



sustancias inyectadas (puede que los consumidores de opiáceos que también se inyecten cocaína lo hagan con mucha más frecuencia) o de los ingresos (es posible que los CVI con poco dinero se inyecten mucho menos). Son necesarias unas estimaciones mejores y más específicas de cada país sobre el tamaño de la población de CVI y el número de inyecciones para evaluar la cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas y, en consecuencia, su capacidad para prevenir efectivamente infecciones relacionadas con las drogas (27) (28).

Fuentes

- (1) Darke, S., Kaye, S., y Ross, J.: «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, vol. 94, 1999, pp. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., y Montoroso, E.: «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban health*, vol. 77, 2000, pp. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., y Vlahov, D.: «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., et al.: «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection», *Hepatology*, 2001 (en prensa).
- (5) European network on VIH/AIDS and hepatitis prevention in prisons (Red europea para la prevención de VIH/sida y hepatitis en las cárceles), segundo informe anual, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., et al.: «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, pp. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., y Thornton, L.: «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sci*, vol. 170, 2001, pp. 32-34.
- (8) Punto focal de Italia (informe anual 2000 para el OEDT).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., y Alcabes, P.: «Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of VIH», *AIDS*, vol. 12 (Supl.), 1998, pp. S217-S223.
- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., et al.: «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, pp. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., y Lert, F.: «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, pp. 597-606.

(27) Cuadro 7 OL. Provisión, utilización y cobertura de los servicios de distribución de jeringuillas para consumidores de drogas por vía parenteral y cobertura de las farmacias en algunos países europeos, según datos de los puntos focales nacionales, 2000 (versión *online*).

(28) Cuadro 8 OL. Provisión de asesoramiento y pruebas del VIH, de tratamiento del VIH y de vacunación contra el VHB para los consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países europeos, según datos de los puntos focales nacionales, 2000 (versión *online*).