

SIDA y drogodependencias ***Aids and drug addiction***

Rafael Nájera Morrondo

*Profesor Emérito de la Escuela Nacional de Sanidad.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid*

Recibido: 26/11/2015; Aceptado: 04/12/2015

Resumen

Una de las vías de transmisión del SIDA es la vía sanguínea, que en las personas que se inyectan drogas (PID) se realiza por compartir material de inyección entre personas infectadas por el virus y seronegativos. La forma de evitarlo es usar material estéril, lo cual se ha demostrado al cabo de los años una medida de gran eficacia. Sin embargo, posturas conservadoras han iniciado desde el principio una “guerra a las drogas”, persiguiendo a las personas que se inyectan drogas y a cualquier medida de ayuda (jeringas y agujas estériles) y penalizándolas. Esto ha hecho que las PID en muchas zonas o en muchos países tengan que ocultarse y usar cualquier material que tengan disponible, habiéndose producido en esos países un enorme incremento de PID infectados por el virus. No hay que olvidar que las PID van a transmitir el virus por vía sanguínea, sexual y perinatal.

REPRESION = INFECCION

Palabras Clave

PID, Represión, VIH/SIDA, Indiana, PrEP.

— Correspondencia a: _____

Rafael Nájera

E-mail: rafael.najera@externos.isciii.es



Abstract

One of the ways AIDS is transmitted is through blood. In people who inject drugs (PID) this is done by sharing injection material between people infected by the virus and seronegatives. The way to avoid this is by using sterile material, which has proven to be a highly effective method over the years. Conservative approaches have nevertheless got a “war on drugs” under way right from the start, pursuing people who inject drugs and any method of helping them (sterile syringes and needles) and by penalising these. It is a simple fact that in many areas or many countries PIDs have to hide and use whatever material they have available, leading to a huge rise in PIDs infected with the virus in those countries. It should not be forgotten that PIDs are going to transmit the virus by blood, sex and perinatal exposure.

REPRESSION = INFECTION

Key Words

PID, Repression, HIV/AIDS, Indiana, PrEP.

Se estima que existen en el mundo 16 millones de personas que se inyectan drogas ilegales, de las cuales, aproximadamente unos 3 millones, un 20% están infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los países con las cifras más altas son China, EE.UU. y la Federación Rusa con aproximadamente un 12, 16 y 37% respectivamente. Estas cifras que suponen una emergencia grave de salud pública sin embargo no apuntan al papel que las políticas punitivas hacia las drogas, han jugado en conducir a la presente situación. Como se recoge, tratar el uso de drogas como un delito criminal alimenta la epidemia del VIH.

The War on Drugs and HIV/AIDS (Global Commission on Drug Policy, June 2012) reconoce cómo la guerra a las drogas ali-

menta la pandemia del VIH, por: 1) el miedo de los usuarios a ser arrestados, alejándolos de los sistemas de prevención y arrinconándolos en ambientes de alto riesgo de transmisión, 2) las dificultades para conseguir jeringas estériles les fuerza al compartir agujas y jeringas, 3) la ausencia o dificultad para acceder a terapias de sustitución y otros tratamientos les aleja del tratamiento de su adicción y de las medidas de prevención del VIH, 4) la ausencia de medidas de prevención en las cárceles conduce a la aparición de brotes de infección por VIH entre las PID en prisiones, 5) las dificultades experimentadas en el tratamiento del VIH o sus interrupciones va a condicionar altas tasas de viremia en los afectados con mayores riesgos de transmisión y aparición de resistencias frente a los antirretrovirales y 6) los limitados fondos

disponibles se desperdician en la aplicación de una legislación ineficaz y peligrosa en vez de dedicarse a estrategias de prevención de probada eficacia.

La Declaración de Viena¹ representa una declaración de consenso sobre VIH/SIDA y política de drogas que no puede ser ignorada:

“La penalización de los consumidores de drogas ilícitas está fomentando la epidemia del VIH con consecuencias sociales y de salud tremendamente negativas. Se necesita una completa reorientación de la política”, resumiéndola en que “no se puede eliminar el SIDA si no se termina con la guerra a los drogas”.

Otro de los grandes problemas asociados con las PID infectadas por VIH es que constituyen el paradigma de la infección ya que el VIH+ puede transmitir la infección por vía sexual y la mujer seropositiva por vía vertical, madre-hijo.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España, el SIDA estuvo ligado en los primeros años de su difusión al uso de drogas por vía parenteral, compartiendo el material de inyección entre personas infectadas por el VIH y personas sanas. Esto llevó a una elevada transmisión de la infección que se transformó en pocos años en una elevadísima incidencia de SIDA.

Por ejemplo, en 1989, de 3.386 casos de SIDA registrados desde el comienzo de la epidemia, 2.086 se dieron en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), anteriormente referidos como ADVP (adictos) y hoy denominados PID: “personas que se inyectan drogas”, lo que supone un 61,61% con 745 defunciones (un 54,62%), a los que habría que añadir otro

¹ The Vienna Declaration, lanzada en 2010 culminó su difusión en la XIX Conferencia Internacional sobre SIDA en Viena en 2012, que con 23.000 firmas, incluidos 7 Premios Nobel, fue enviada al Secretario General de Naciones Unidas y otros líderes mundiales.

3.31% de casos en que se daban las dos prácticas de riesgo, PID y homosexualidad masculina, llegándose a un total de 2.198 casos, un porcentaje del 69,2%. Conviene recordar que en 1994, la cifra de casos de SIDA en PID llegó a 5.101 de un total de 7.497.

Si comparamos estas cifras de hace 26 años con las actuales, vemos que el % de PID es actualmente de un 21,4% en hombres y un 26,5% en mujeres (Registro Nacional de SIDA, 30 junio 2014), lo que supondría una reducción del 60% aproximadamente.

Ahora bien, para apreciar la realidad del fenómeno en este momento, debemos analizar las cifras de personas infectadas por el VIH, auténtico marcador de la realidad actual ya que como sabemos, los casos de SIDA representan un marcador muy tardío de la realidad de la transmisión ya que, sin tratamiento, el período de incubación se extiende unos 8 o 10 años.

Así, las cifras de infección para el año 2013 fueron del 4,2% en hombres y del 5,9% en mujeres, 4,4% en conjunto, esto es 116 casos de un total de 2.342, con una distribución bastante variable según comunidades autónomas, desde un 10% del total en Rioja a un cero en Canarias, Ceuta y Melilla y un 2,3% en Navarra, Murcia, Madrid y la Comunidad Valenciana.

Probablemente esta disminución de la transmisión entre PID se debe a las políticas activas de reducción del daño, eliminando o disminuyendo la vía de administración parenteral, la difusión del uso de material estéril con programas de intercambio de jeringuillas, la disponibilidad de este material en farmacias y centros sanitarios y el cambio de hábitos en el uso de drogas con el aumento de uso de drogas de síntesis y abandono o caída en desuso de la vía parenteral.

Un fenómeno preocupante es la gran cantidad de personas infectadas desconocedoras de su situación. Se debe a la sensación



de que no están en riesgo y por tanto no acuden al sistema sanitario para comprobar su estatus. Así, nos encontramos que el 55% de las PID acuden al sistema sanitario muy tardíamente, de ellos casi el 30% cuando su cifra de linfocitos T, CD4+ es inferior a 200/mc. O lo que es lo mismo, ya serían diagnosticados de SIDA, esto es, acudirían unos 8 o 10 años tarde. Otro 20% acuden con niveles linfocitarios entre 200 y 350, momento también tardío y el resto con niveles superiores a 350 pero inferiores a 500.

Hay que realizar un gran esfuerzo para estimular la realización de la prueba ante la más mínima sospecha de haber tenido una práctica de riesgo ya que como hemos apuntado más arriba, en esta situación se van a unir las tres vías de transmisión, sanguínea, sexual y perinatal. Hay asimismo que pensar que con frecuencia el uso de ciertas drogas por vías distintas a la parenteral va a condicionar la realización de prácticas sexuales sin las debidas precauciones y por tanto condicionar la transmisión del VIH al uso de drogas por otras vías.

De todas formas hay que considerar que el problema de la falta de realización de las pruebas diagnósticas hasta momentos muy tardíos post-infección no es privativo de los usuarios de drogas, estando asociada a otras prácticas de riesgo.

Finalmente considerar el acceso real de grupos marginales, incluyendo la población inmigrante a los servicios sanitarios.

UN EJEMPLO PARADIGMÁTICO. EL BROTE DE VIH EN PID EN INDIANA

En el mundo durante los primeros años de expansión de la epidemia, las PID eran relativamente escasas, incrementándose en algunos países como Italia, Suiza, sur de

Francia y en los últimos años en los países de la antigua Unión Soviética. Algunas ciudades fueron especialmente afectadas, como Bangkok, Nueva York y Zurich.

Hay que tener en cuenta que las medidas preventivas se han aplicado de forma muy desigual en distintos países. Así, el uso de material estéril y especialmente el intercambio de jeringuillas o la libre dispensación en farmacias y más aún en prisiones, ha sido prohibido u obstaculizado en muchos países como EE.UU. y Rusia y países de su influencia. Por otra parte, la realización de la prueba de determinación de anticuerpos no es gratuita y/o confidencial en muchos otros países. En EE.UU. no es gratuita, anunciándose cuándo y en qué laboratorios se puede eventualmente conseguir sin costo.

Estas limitaciones en prevención en EE.UU. han ocasionado recientemente un brote de infección por VIH en Indiana este mismo año (CDC Official Health Advisory, April 2015), con importantes repercusiones en la legislación del Estado. Se produjo en Scout County (Indiana, USA) una pequeña comunidad rural, uno de los peores brotes de VIH de los últimos veinte años con más de 184 casos, a través del compartir agujas y por contacto sexual con personas infectadas. La mayor parte de los casos han sido producidos por compartir jeringas para inyectarse el opioide oxymorphone (Opana, un analgésico potente semi-sintético) de prescripción médica, triturando las pastillas e inyectándose. El brote se detectó por la alerta dada por una enfermera que observó un aumento de la incidencia (11 diagnósticos recientes en un área que venía presentando una incidencia menor de 5 por año). En las encuestas posteriores se ha comprobado que un 40% compartía agujas y sexo de riesgo y otro 40% reconocía compartir agujas y jeringas. Todos los infectados (96%) compartían agujas y jeringas.

El brote ha revelado unas condiciones de vida de total abandono. Muchos estaban sin trabajo, la mayor parte sin seguro y muchos otros no poseían ningún documento de identificación. El condado es una jurisdicción de “abstinente-only” que no imparte educación sexual en las escuelas. No hay programas de sustitución de opiáceos y el único médico de familia de la comunidad atiende una consulta 4 horas a la semana.

El brote podría haberse evitado si los programas de intercambio de jeringuillas hubiesen sido legales², lo cual plantea el problema de si episodios similares, aun cuando no tan llamativos, puedan estar produciéndose en pequeñas comunidades rurales o en barrios marginales de algunas ciudades en EE.UU, desprovistas de medidas preventivas en PID ni facilidades para realización de la prueba de VIH y Hepatitis C y otros servicios básicos de prevención, llegando a la conclusión, obvia por cierto, que las leyes que prohíben los programas de intercambio de jeringuillas deben cambiarse.

Este estado de cosas puede ayudar a explicar el incremento de un 63% en el uso de heroína observado en EE.UU. desde 2002 a 2013, a la vez que han aumentado en paralelo las muertes por sobredosis, las cuales se han cuadruplicado en este mismo periodo de tiempo (Jones, 2015). Estas personas usan frecuentemente la heroína con otras sustancias como marihuana, cocaína, alcohol y analgésicos, opioides, constituyendo una práctica especialmente peligrosa.

En la 8ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA se presentó la descrip-

² Adams (2015) y respuesta por Strathdee y Beyrer en ese mismo número. Antes del brote los programas de intercambio de jeringuillas en Indiana eran ilegales, como todavía lo son en numerosos Estados. A nivel nacional existe todavía la prohibición de usar fondos federales para programas de intercambio de jeringuillas. El Gobierno Obama la eliminó en 2009 pero el Congreso la reintrodujo en 2011.

ción del brote de Indiana (Duwve, 2015) y O’Shaughnessy, Director fundador del Centro de Excelencia de la Columbia Británica para el VIH/SIDA observó que “brotes como el de Indiana son perfectamente prevenibles”, añadiendo “necesitamos pinchar a los políticos ya que son los responsables de estas infecciones”.

Esta situación se da de forma similar en Rusia y países de su influencia y en muchos otros países, a veces con legislación todavía más restrictiva.

Debemos preguntarnos si condiciones de marginación similares o parecidas aunque no revistan esta crudeza, no se dan aún en nuestro país y tratar de llevar a cabo estudios que nos permitan detectar posibles brotes de transmisión del VIH en usuarios de drogas así como su situación real con respecto a los servicios sociosanitarios ya que los modelos teóricos pueden no conducir a la implantación de servicios que den respuesta a las necesidades de personas en riesgo de exclusión o marginadas.

A este respecto, recordar que en 2012 se publicó en EE.UU., una Guía y Recomendaciones (2011) de múltiples Agencias del Ministerio de Sanidad americano (U.S. Department of Health and Human Services, DHHS) para la Prevención y el Control de la infección por VIH, Hepatitis virales, Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis para las personas que usan drogas ilícitas, insistiendo en la evidencia de la eficacia de los servicios de prevención integrados (CDC, 2012).

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN

Abogando por medidas preventivas, no podemos dejar de citar la profilaxis de la infección, pre-exposición, esto es, el uso de medicación antirretroviral como prevención



de la infección, en personas no infectadas por el VIH, con anterioridad a una exposición potencial al virus, esto es, una práctica de riesgo.

Supone la administración de una dosis oral diaria (una píldora) de una combinación de dos medicamentos: Tenofovir, TDF + Emtricitabina, FTC (Truvada). En diversos estudios clínicos ha proporcionado en diversas poblaciones (homo/bisexuales masculinos, parejas serodiscordantes, heterosexuales) niveles de protección variables, del 40 al 96% dependiendo de la adherencia, pero en el Estudio Kaiser (2014-2015), con una adherencia del 100%, el nivel de protección fue del 100%.

El estudio Bangkok de Tenofovir (2013) realizado en 2.413 PID en clínicas de tratamiento de drogas resultó en un 49% de reducción del riesgo pero con una buena adherencia la reducción fue del 74%.

Las recomendaciones para su uso en EE.UU., son, según el CDC:

- 1) Determinación de anticuerpos para comprobar que el paciente es VIH-
- 2) Explorar una posible seroconversión si ha habido exposición
- 3) Comprobar si existen conductas de alto riesgo
- 4) Comprobar tiempo de depuración de creatinina mayor de 60 ml/m
- 5) Realizar pruebas de Hepatitis B y ETS
- 6) Si existe embarazo ni en lactancia
- 7) Una vez admitida, dosis diaria de Truvada. Consejo para reducción del riesgo, incluyendo sexo seguro para las PID para evitar transmisión sexual
- 8) Prescripción para 90 días si la persona sigue siendo seronegativa
- 9) Revisiones para ETS bianuales y prue-

bas de embarazo. Vigilar la depuésión de creatinina en el primer seguimiento y luego dos veces al año

Precisamente hoy, 24 de noviembre de 2015, Francia ha anunciado la aprobación de Truvada para aquellas personas que lo necesiten, sin costo, siendo por tanto el primer país que lo aprueba, fuera de EE.UU. Lo acaba de anunciar la Ministra de Sanidad, Mme Touraine, entrando en vigor a partir de mediados de diciembre de este año, estando disponible bajo la "Recomendación de Uso Temporal, RTU" "para individuos que por distintas razones no puedan usar el condón de forma sistemática y que pertenezcan a grupos en que la incidencia de VIH sea muy alta".

Esta política sanitaria permitirá realizar estudios amplios de investigación sobre la eficacia en distintas poblaciones y situaciones. Hay que tener en cuenta que esta recomendación viene avalada por tres años de estudios previos como comenta Aurélian Beauchamp, el Presidente de AIDES, la primera organización francesa de lucha contra el SIDA y que ya propuso su introducción en enero de 2013. Otros estudios como el Ipergay en Francia (con 86% de eficacia) y el PROUD en Inglaterra han contribuido a la toma de esta decisión. El lema hoy es hacer investigación no para las personas, sino con las personas".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J. (2015). HIV outbreak in India-na, *N.Eng.J.Med.*, 373, 14:1379-1381.

CDC Official Health Advisory (April, 2015). *Morbidity, Mortality Weekly Report*, May 1, 2015.

CDC (2012). Integrated Prevention Services for HIV infection, Viral Hepatitis,



Sexually Transmitted diseases, and Tuberculosis for persons who use Drugs Illicitly: Summary Guidelines from CDC and the US Department of Health and Human Services. Recommendations and Reports. *MMWR*, Vol. 61, N° 5. November 9, 2012.

Duwve, J.M. et al. (2015). Community outbreak of HIV infection linked to injection drug use of Oxymorphone - Indiana. *MMWR*, 64(16): 443-444.

Global Commission on Drug Policy (2012). *The War on Drugs. How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*. Report June 2012.

Jones, C.M. et al. (2015). Vital Signs: Demographic and Substance Use Trends Among Heroin Users. United States, 2002-2013. *MMWR*, Vol. 64, n° 26: 719-725, July 10, 2015.

Registro Nacional de SIDA (2014). Centro Nacional de Epidemiología. Últimas cifras disponibles, 30 de junio de 2014.