

Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia

María J. Bravo^a / Luis Royuela^b / Gregorio Barrio^b / María A. Rodríguez-Arenas^c / Luis de la Fuente^d y el Grupo de trabajo de Médicos del Mundo para el control de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de drogas*

^aSecretaría del Plan Nacional sobre Sida. Madrid.

^bDelegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. ^cMédicos del Mundo. Madrid.

^dCentro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Madrid. España.

*Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo: *Galicia*: Mónica Muñños y Verónica García-Boente. *Madrid*: Marisol Martínez y Silvia Zamorano. *Sevilla*: Valentín Márquez y Juan Antonio Díaz. *Valencia*: Patricia Olascoaga y Margarita Sánchez.

Diseño y trabajo de campo financiado por FIS 98/1197, y análisis y escritura de original por FIPSE 3035/91.

Correspondencia: María José Bravo Portela. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Bravo Murillo, 4. 28071 Madrid. España. Correo electrónico: maria.bravo@comcast.net; bravomar@telefonica.net

Recibido: 26 de enero de 2004.

Aceptado: 28 de junio de 2004.

(Prevalence of indirect sharing of drug-injecting paraphernalia in Galicia, Madrid, Seville and Valencia [Spain])

Resumen

Objetivos: Estudiar las prácticas de riesgo de inyección de drogas, en especial compartir indirectamente material de inyección (CIMI), y de las conductas sexuales de riesgo.

Métodos: Estudio transversal. Entrevista cara a cara de 1.638 usuarios de programas de intercambio de jeringas (PIJ). Se investigaron varias formas de CIMI (coger droga diluida en una jeringa usada ajena, meter la aguja en el recipiente donde se introdujeron otras usadas y reutilizar el líquido de limpieza de otros).

Resultados: El 16% en Galicia, el 4,7% en Madrid, el 17,6% en Sevilla y el 13,2% en Valencia se inyectó con jeringas usadas ajenas ($p < 0,001$). Con variaciones geográficas, la práctica de alguna forma de CIMI (Galicia, 32,4%; Madrid, 28,5%; Sevilla, 42,6%; Valencia, 27,4%; $p < 0,001$) superó en cada área a la de inyectarse con jeringas usadas ajenas. El 21,7; el 25,3; el 28,2, y el 18,1% ($p < 0,01$), respectivamente, no se inyectó con jeringas usadas ajenas, pero realizó alguna forma de CIMI. El porcentaje que mantuvo relaciones sexuales desprotegidas con una pareja ocasional fue en todos los lugares (36,6; 40,9; 37,9 y 23,9%; $p = NS$) muy inferior al que las mantuvo con la pareja estable (68,6; 72,0; 77,8 y 72,8%; $p = NS$). El 81,3% de los inyectores con pareja estable en Galicia, el 75,9% en Madrid, el 86,1% en Sevilla y el 79,7% en Valencia informaron que el estado serológico de su pareja era negativo o lo desconocía ($p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de CIMI es mayor que la de inyección con jeringas usadas. Para un porcentaje relevante, las únicas conductas de riesgo de inyección son las prácticas de CIMI. Éstas y el escaso uso del preservativo, especialmente con la pareja estable, pueden estar contribuyendo a la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana y al virus de las hepatitis C o B.

Palabras clave: Inyección de drogas. Prácticas de riesgo. Virus de la inmunodeficiencia humana. Virus de la hepatitis C. Virus de la hepatitis B.

Abstract

Objectives: To study drug-injecting practices, particularly indirect sharing of injecting paraphernalia (ISIP), and sexual risk behavior.

Methods: We performed a cross-sectional study of 1638 users of needle exchange programs (NEPs). Different types of ISIP were studied: taking diluted drugs in a syringe used by others, placing the needle in a recipient with other used needles, and reusing cleaning liquid previously used by others.

Results: The prevalence of injecting with syringes already used by others was 16% in Galicia, 4.7% in Madrid, 17.6% in Seville and 13.2% in Valencia ($p < 0.001$). With geographical variations, other types of ISIP (Galicia: 32.4%; Madrid: 28.5%; Seville: 42.6%; Valencia: 27.4% — $p < 0.001$ —) were more frequent than injecting with syringes already used by others (Galicia: 32.4%; Madrid: 28.5%; Seville: 42.6%; Valencia: 27.4% — $p < 0.001$ —). The percentage not injecting with syringes used by others but performing ISIP was 21.7%, 25.3%, 28.2% and 18.1% ($p < 0.01$) respectively. In all geographical areas, sexual risk practices were more prevalent with steady sex partners (68.6%, 72.0%, 77.8%, 72.8% [NS]) than with casual partners (36.6%, 40.9%, 37.9%, 23.9% [NS]). Among injectors with a stable partner, 81.3% in Galicia, 75.9% in Madrid, 86.1% in Seville and 79.7% in Valencia reported that his/her serological status was negative for HIV or was unknown ($p < 0.001$).

Conclusions: ISIP is more prevalent than injection with syringes already used by others. For a substantial percentage of injectors, ISIP is the only risk practice. ISIP and the low use of condoms, particularly with steady partners, could be a contributory factor to the spread of HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus infection.

Key words: Drug injection. Risk practices. HIV. HCV. HBV.

Introducción

En los últimos 10 años, en España se han extendido las intervenciones de salud pública para reducir el daño o el riesgo asociado a la inyección de drogas. Ha mejorado mucho el acceso a los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) y al material de inyección estéril mediante programas de intercambio de jeringas (PIJ) comunitarios o en prisiones, o a través de venta de *kits* en farmacias¹. Hay evidencias de que la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida) ligada a la inyección de drogas evoluciona favorablemente. Entre los inyectores disminuyen la prevalencia de inyección con jeringas usadas, los nuevos casos de sida diagnosticados anualmente y la prevalencia de infección por VIH²⁻⁴. Es probable que la incidencia de infección esté descendiendo a mayor ritmo porque este índice no está afectado por el aumento de la supervivencia vinculado a los tratamientos antirretrovirales. Sin embargo, los inyectores siguen siendo una población clave para la evolución de la epidemia de VIH en la población general a través de conductas sexuales de riesgo con sus parejas no inyectoras, así como para el futuro de la epidemia de infección por virus de la hepatitis C (VHC)⁵.

En España, los estudios sobre prácticas de inyección se han centrado casi exclusivamente en la inyección con jeringas usadas ajenas. Sin embargo, con el descenso de esta práctica, han emergido otras, relacionadas con la forma de diluir y repartir la droga entre los miembros de un grupo, denominadas genéricamente «compartir indirectamente material de inyección» (CIMI), que conllevan riesgo de transmisión de VIH⁶⁻⁸, VHC⁹⁻¹¹ y, previsiblemente, virus de la hepatitis B (VHB), aunque no hay estudios al respecto. Además, aunque se sabe que el uso sistemático del preservativo entre los inyectores está poco extendido, sobre todo con la pareja estable¹², los estudios sobre prácticas sexuales de riesgo en esta población siguen siendo muy escasos.

Se pretende conocer la prevalencia de algunas prácticas sexuales y de inyección (directas e indirectas) que implican riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en inyectores de 4 áreas españolas. Asimismo, se explora el contacto con diversos recursos asistenciales y ciertas características de las parejas sexuales de los inyectores que pueden ayudar a identificar áreas de trabajo prioritarias en el estado actual de las epidemias de VIH o VHC.

Material y método

Se entrevistó a 1.638 usuarios (438 en Galicia, 470 en Madrid, 245 en Sevilla y 485 en Valencia) entre los

atendidos por los PIJ móviles de Médicos del Mundo (MDM) durante el período 1998-2000. Dichas unidades visitaron 9 escenarios de venta y consumo de drogas en Madrid, 6 en Sevilla, 7 en Valencia y 8 en Galicia con una afluencia importante de consumidores. Inicialmente se seleccionó a todos los usuarios que habían acudido al programa un máximo de 4 veces y se habían inyectado en los 30 días previos. Sin embargo, dada la progresiva sustitución de la vía inyectada por la fumada, se redujo el reclutamiento, lo que puso en peligro la captación de un número muestral suficiente; en el año 2000 hubo que eliminar el primer criterio en Sevilla y Madrid, con lo que resultó una muestra final de un 65,9% con menos de 5 visitas, un 4,6% con 5-49 y un 29,5% con 50 o más en Madrid, y 31,1, 49,2 y 19,8%, respectivamente, en Sevilla.

Se aplicó un cuestionario de unos 15 min de duración mediante una entrevista cara a cara. Las condiciones para su aplicación aconsejaron reducir al máximo el número de preguntas. Se incluyeron variables sociodemográficas, uso de drogas, contacto con recursos asistenciales, estancia en prisión, estado serológico frente a VIH del entrevistado y su pareja sexual estable (informados por el entrevistado), inyección con jeringas usadas antes por otros, dar a otros jeringas usadas, 3 prácticas CIMI (coger droga disuelta de jeringas usadas antes por otros [*front/back loading*], coger droga de un recipiente [bote, tapón, cuchara, etc.] donde otros habían metido sus jeringas usadas y lavar la jeringa con líquido usado por otros con igual fin) y prácticas sexuales de riesgo con la pareja estable y las ocasionales. Para acortar el cuestionario en el caso de las trabajadoras del sexo, no se preguntó por las relaciones con las parejas ocasionales y se investigó sólo por los clientes y la pareja estable. El período de referencia para dichas prácticas fueron los 30 días previos a la entrevista. La entrevista fue realizada por un trabajador del PIJ distinto del que realizaba la atención y con anterioridad a ésta. El proceso se ha descrito detalladamente en otras publicaciones^{2,13}. Nadie se negó de manera explícita a la entrevista, aunque a veces no se realizó por la presión asistencial o la prisa por inyectarse.

Se usó la prueba de la χ^2 para evaluar la significación estadística de las diferencias para variables cualitativas y la prueba de la F para las cuantitativas. Se rechazó la hipótesis nula para $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS/PC 11.5 para Windows.

Resultados

Características sociodemográficas (tabla 1)

Aunque se observaron algunas diferencias geográficas, la mayoría de los inyectores en el conjunto de

Tabla 1. Características sociodemográficas, consumo de drogas, contacto con servicios asistenciales e infección por VIH entre los usuarios de los programas móviles de intercambio de jeringas de Médicos del Mundo. España 1998-2000

	Galicia (n = 438)	Madrid (n = 470)	Sevilla (n = 245)	Valencia (n = 485)
Características sociodemográficas^a				
Varón ^a	85,8	86,6	94,7	85,8
Edad media (años) ^b	30,8	32,1	33,3	32,0
Extranjero ^f	10,3	11,8	6,5	13,6
Nivel educativo de EGB o inferior ^b	79,2	70,9	83,2	75,7
Tenía trabajo ^{b,h}	16,0	15,7	6,9	22,1
Estuvo alguna vez en la vida en prisión ^f	54,8	57,2	64,1	53,4
Patrón de consumo de heroína y cocaína^{a,c}				
Heroína sin mezclar en la misma dosis ^h	80,1	77,2	66,9	83,9
Cocaína en polvo sin mezclar ^h	75,6	76,4	41,2	72,0
Heroína y cocaína en polvo mezcladas ^h	38,6	66,4	32,2	56,5
Base o crack sin mezclar en la misma dosis ^h	23,1	36,0	53,5	25,2
Heroína más cocaína base mezcladas ^h	11,0	16,8	91,0	2,7
Tratamiento del abuso o la dependencia de drogas^a				
Alguna vez en la vida en tratamiento por dependencia de drogas	89,7	83,0	89,8	80,4
Alguna vez en la vida en tratamiento de mantenimiento con metadona ^h	66,2	31,1	64,5	39,6
Actualmente en tratamiento por dependencia de drogas ^h	41,1	20,6	26,5	19,0
Infección por VIH				
Prevalencia de infección ^{d,f}	23,6	30,4	33,9	30,3
Nunca se realizó el test anti-VIH ^{a,h}	8,2	3,6	8,2	13,2
VIH negativos sin fecha del último test	2,6	6,8	11,0	18,6
VIH negativos con último test \geq 6 meses ^{d,h}	54,4	41,1	53,8	59,1
VIH positivos alguna vez en tratamiento antirretroviral ^e	60,2	66,9	60,8	62,9

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

^aPorcentajes calculados sobre el total de la muestra. ^bPeríodo de referencia: últimos 30 días. ^cUna persona puede haber consumido más de una droga. Se refiere al consumo por cualquier vía. ^dPorcentajes calculados sobre el grupo que se había realizado el test e informa de los resultados (prevalencia autoinformada). ^ePorcentaje calculado sobre el grupo VIH positivo. ^fp < 0,05. ^gp < 0,01. ^hp < 0,001.

la muestra eran varones (87,4%), mayores de 30 años, no tenían trabajo (83,6%) y no habían finalizado la EGB o la enseñanza secundaria (76,4%). Un 56,5% había estado en la cárcel.

En relación con actividades que sugieren un tipo de vida marginal, el 23% en Galicia, el 18,5% en Madrid, el 15,2% en Sevilla y el 15,3% en Valencia (p < 0,05) obtenía dinero de actividades ilegales, como vender droga o robar, y el 13,7, el 29,4, el 33,1 y el 21,4% (p < 0,001), respectivamente, vivieron en la calle en los 30 días anteriores a la entrevista.

Consumo de drogas y tratamientos del abuso/dependencia de drogas (tabla 1)

En los últimos 30 días casi todos habían consumido alguna forma de heroína (en Galicia el 86,5%, en Madrid el 91,5%, en Sevilla el 99,6% y en Valencia el 95,1%; p < 0,001) o cocaína (en Galicia el 86,8%, en Madrid el 98,1%, en Sevilla el 97,1% y en Valencia el 95,4%; p < 0,001), solas o mezcladas. Se observaron importantes diferencias geográficas en la

forma de uso de estas drogas: en Sevilla se consumía la cocaína sobre todo en base y mezclada con heroína en la misma dosis, y en las otras áreas el consumo de cocaína era fundamentalmente en forma de sal («en polvo» en el cuestionario) y sin mezclar con heroína (aunque en Madrid y Valencia era frecuente el consumo mezclado). Para el conjunto de la muestra, un 85% de los entrevistados había recibido alguna vez tratamiento por abuso o dependencia de drogas, con diferencias importantes en la proporción de los que se encontraban en tratamiento en el momento de la entrevista, que era el doble (41,1%) en Galicia que en Valencia (19%).

Infección por VIH (tabla 1)

En el conjunto de las 4 áreas, un 91,6% se había hecho el test anti-VIH. De ellos, entre un 23,6% (Galicia) y un 33,9% (Sevilla) eran positivos. Del global, un 63,2% de los VIH positivos estuvieron en algún período de su vida en tratamiento antirretroviral.

Prácticas de inyección (tabla 2)

Los entrevistados llevaban, por término medio, 11-13 años inyectándose drogas. El número medio de inyecciones diarias era de 3 o 4. De los que se inyectaron con jeringas ajenas usadas en los últimos 30 días, un 96,8% en Galicia, un 86,4% en Madrid, un 91,9% en Sevilla y un 95,2% ($p = \text{NS}$) limpiaron esas jeringas antes de usarlas, generalmente con métodos ineficaces (72,1, 89,5, 72,2 y 91,5%; $p = \text{NS}$). Se observaron diferencias territoriales importantes en todas las prácticas CIMI, salvo en coger droga disuelta de recipientes donde otros habían metido sus jeringas usadas. La prevalencia de CIMI, entendida como haber realizado alguna de las prácticas indirectas, fue en todas las áreas mayor que la prevalencia de inyectarse con jeringas usadas ajenas. Por otra parte, la proporción de los que reutilizaron sus jeringas en los últimos 30 días fue del 82,9% en Galicia, del 50,6% en Madrid, del 80% en Sevilla y del 68,7% en Valencia ($p < 0,001$).

Conductas sexuales y características de la/s pareja/s (tabla 3)

El uso del preservativo en los 30 días previos a la entrevista se estudió en 859 inyectores que habían tenido relaciones sexuales en ese período. En las 4 áreas, la proporción de inyectores que tuvieron relaciones sexuales vaginales o anales de penetración con parejas estables en los últimos 30 días fue muy superior a la que las tuvo con parejas ocasionales. Igualmente, el uso

inconsistente del preservativo en ese período (no usarlo siempre) fue más frecuente con las parejas estables que con las ocasionales. Para el conjunto de la muestra, de los que tenían pareja estable, un 52,5% informó que su pareja se había inyectado alguna vez y un 64% dijo que sus parejas estables no acudían nunca al PIJ. El porcentaje de inyectores que mantuvieron relaciones sexuales en los últimos 30 días a cambio de droga, dinero u otra mercancía fue del 4,1% en Galicia, del 2,6% en Madrid, del 2% en Sevilla y del 2,9% en Valencia ($p < 0,001$).

Discusión

Este es uno de los pocos trabajos sobre prácticas CIMI realizados en España y el único realizado en 4 comunidades autónomas simultáneamente con igual metodología. Los entrevistados eran inyectores antiguos, con bajo nivel educativo y una situación económica precaria. Casi todos usaban heroína y cocaína, con variaciones territoriales en su forma de consumo. En Sevilla estaba muy extendido el uso de cocaína base sin mezclar o mezclada con heroína, a menudo por vía inyectada.

Al comparar los resultados con los de trabajos previos similares, se observó que había descendido la prevalencia de VIH en Galicia (27,5% en 1998)¹⁴, Madrid (43,2% en 1994-1995)¹³ y Valencia (41,8% en 1994-1995)¹³, pero no en Sevilla (30,1% en 1994-1995)¹³. A

Tabla 2. Prácticas de inyección entre los usuarios de los programas móviles de intercambio de jeringas de Médicos del Mundo, 1998-2000

	Galicia (n = 438)	Madrid (n = 470)	Sevilla (n = 245)	Valencia (n = 485)
Edad media de primera inyección (años) ^d	19,3	20,9	20,7	20,6
Nº de inyecciones diarias ^d				
< 5 inyecciones	73,2	67,2	70,8	81,9
≥ 5 inyecciones	26,8	32,8	29,2	18,1
Se inyectó con jeringas usadas ajenas (A) ^d	16,0	4,7	17,6	13,2
Cogió droga disuelta de jeringa usada ajena (B) ^d	20,8	12,1	19,1	12,0
Cogió droga de un recipiente en que se habían metido jeringas usadas ajenas (C)	18,7	21,3	26,0	22,5
Usó líquido de limpieza empleado por otros (D) ^d	18,3	8,1	29,5	15,1
Compartió indirectamente material de inyección (B y C y D) ^d	32,4	28,5	42,6	27,4
Compartió indirectamente y no se inyectó con jeringas usadas ajenas (E) ^e	21,7	25,3	28,2	18,1
VIH negativo entre los que realizaron la práctica E	75,3	67,0	60,3	68,1
Dio sus jeringas usadas a otros ^d	12,4	8,1	18,3	8,3
VIH positivo entre los que dieron jeringas usadas a otros	14,0	27,0	34,2	18,2
Fuente de la mayor parte de sus jeringas estériles:				
Farmacias o programas de intercambio de jeringas	99,8	84,5	98,2	92,3
Comprándolas a un amigo en la calle	0,2	15,5	1,8	7,7
Se inyectó con jeringas usadas ajenas en prisión ^a	73,7	69,0	88,9	71,7

^aCalculado sobre el grupo que se inyectó en prisión (Galicia, 118; Madrid, 71; Sevilla, 27; Valencia, 92). El período de referencia fue los 30 días previos a la entrevista, excepto para la edad media de primera inyección e inyectarse con jeringas ajenas usadas en prisión. ^b $p < 0,05$. ^c $p < 0,01$. ^d $p < 0,001$.

Tabla 3. Características de las conductas sexuales de los usuarios de los programas móviles de intercambio de jeringas de Médicos del Mundo y de su/s pareja/s. España 1998-2000

	Galicia, % (n)	Madrid, % (n)	Sevilla, % (n)	Valencia, % (n)
Sin relaciones sexuales ^h	46,3 (438)	59,4 (470)	58,4 (245)	48,2 (485)
Tuvo pareja/s sexual/es ocasional/es (PO) ^{a,b}	37,8 (217)	37,7 (175)	32,3 (96)	39,7 (232)
Tuvo pareja sexual estable (PE) ^{a,b}	67,8 (236)	64,2 (190)	71,8 (103)	59,4 (251)
No usó siempre preservativo con PO ^b	36,6 (82)	40,9(66)	37,9(29)	23,9 (88)
No usó siempre preservativo con PE ^b	68,6 (156)	72,0 (118)	77,8 (72)	72,8 (147)
La pareja sexual estable se inyectó drogas ^{c,g}	(160)	(121)	(72)	(147)
En los últimos 30 días	39,4	41,3	33,3	47,6
Alguna vez pero no en últimos 30 días	11,3	7,4	14,8	11,6
Nunca	49,4	51,2	51,9	40,8
Estado serológico de la pareja sexual estable ^{d,h}	(160)	(120)	(72)	(149)
VIH positivo	18,8	24,2	13,9	20,3
VIH negativo	72,5	69,2	73,6	55,4
No lo conoce	8,8	6,7	12,5	24,3
Tuvo relaciones sexuales con no inyectores ^e	79,0 (438)	81,3 (470)	87,8 (245)	76,7 (485)

^aCalculado sobre el grupo que tuvo relaciones sexuales. ^bSe refiere a relaciones de penetración vaginal o anal. ^cPorcentajes calculados sobre el grupo que ha mantenido relaciones con ese tipo de pareja. ^dPorcentajes calculados sobre el grupo que ha mantenido relaciones con ese tipo de pareja. ^eIndistintamente del tipo de pareja. Período de referencia: últimos 30 días. Una persona puede haber mantenido relaciones sexuales con más de un tipo de pareja. ^fp < 0,05. ^gp < 0,01. ^hp < 0,001.

pesar de su larga historia de consumo inyectado, un porcentaje relevante de inyectores en Valencia nunca se había realizado el test anti-VIH y aproximadamente la mitad de la muestra necesitaba valorar de nuevo su estado serológico frente al virus. Había descendido también la prevalencia de inyectarse con jeringas usadas ajenas en los últimos 30 días en Madrid (21,7% en 1993¹⁵ y 18,1% en 1994-1995¹³) y Sevilla (26,9% en 1994-1995¹³ y 23,6% en 1995¹⁶), pero no en Valencia (13,8% en 1994-1995)¹³. No hay datos previos para Galicia.

La gran mayoría de los inyectores estuvo alguna vez en tratamiento por la dependencia de drogas, incluso un porcentaje importante, sobre todo en Galicia, se encontraba recibéndolo en el momento de la entrevista. Los datos sobre tratamiento antirretroviral sugieren que no es despreciable el porcentaje de consumidores de drogas seropositivos que se inyecta mientras acude a un centro hospitalario para recibir esta terapia. Según la Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida, el 9% de los inyectores encuestados en 2002 se inyectó en los 30 días anteriores a la entrevista y la proporción ascendía al 20% entre los que habían sido diagnosticados de VIH en ese mismo año¹⁷. Por otra parte, algunos inyectores, sobre todo en Sevilla, daban sus jeringas usadas a otros y, como en estudios previos², bastantes de ellos (22,8%) estaban infectados por el VIH y probablemente muchos más por el VHC. Según recientes recomendaciones de los Centers for Disease Control para la prevención de la transmisión del VIH, se debe trabajar más intensamente desde el punto de vista preventivo con las personas seropositivas¹⁸. Además, se ha sugerido que los servicios clínicos que atien-

den a estos pacientes deben proporcionarles los recursos necesarios para evitar prácticas de inyección que puedan transmitir el VIH^{18,19}.

Como en un trabajo anterior²⁰, en Madrid se observó que bastantes inyectores (15,5%) obtenían la mayor parte de sus jeringas estériles comprándolas a amigos o en la calle, hecho que ocurre también en otros países²¹. En este sentido, se ha propuesto que los servicios comunitarios aprovechen la oportunidad de trabajar con estos «intercambiadores» secundarios como transmisores de mensajes de salud a sus pares²¹.

Al igual que en otros países^{10,22}, en las áreas españolas estudiadas, las prácticas CIMI (coger droga disuelta de una jeringa usada ajena, coger droga de recipientes donde otros habían metido jeringas usadas, lavar la jeringa con líquido usado por otros con igual fin) estaban bastante extendidas y su prevalencia era mayor que la de inyectarse con jeringas usadas ajenas.

Teniendo en cuenta el riesgo de transmisión de VIH⁶⁻⁸ o VHC^{9,10,23} y previsiblemente VHB (aunque no hay estudios al respecto) que entrañan estas prácticas, el contexto de elevada prevalencia de infección por estos virus entre los inyectores en España⁵ y la extensión de la práctica del bombeo²⁴, es lógico pensar que estas conductas pueden desempeñar un papel relevante en la transmisión de estas infecciones entre los inyectores en España. Además, este hecho puede ser trascendental para los que no se inyectan con jeringas usadas y sus parejas.

Es probable que en España la amplia oferta de jeringas estériles gratuitas o baratas y la simplicidad de los mensajes preventivos («no compartas jeringas», «no te inyectes con jeringas usadas») hayan contribuido al

rechazo a compartir jeringas, pero no otros materiales de inyección. El proceso de uso compartido de material de inyección es a veces complejo y tiene que ver con la forma de comprar y repartir la droga. Es frecuente que la compra se haga en común y se disuelva luego en una sola jeringa usada, para repartirla después con precisión a las demás jeringas usando las marcas del émbolo²⁴. La prevalencia de esta última conducta parece haber descendido en Madrid (16,7% en 1995¹⁶), pero no en Sevilla (16,9% en 1995). No se identificaron estudios sobre prácticas CIMI en Galicia o Valencia. Para que se produzca un abandono de este tipo de conductas es importante que los mensajes sean explícitos y adaptados a la realidad de las prácticas de inyección. Por otra parte, también se observó que la conducta de lavar las jeringas ajenas con métodos ineficaces antes de usarlas^{12,13} sigue persistiendo entre los que todavía se inyectan con jeringas ajenas usadas.

Convendría plantear estudios que investigasen en profundidad la compleja relación entre condiciones socioeconómicas, mercado ilegal de drogas, forma de consumo de heroína y cocaína y prácticas de riesgo de inyección, sobre todo en la ciudad de Sevilla, donde este y otros trabajos han identificado contextos de alto riesgo^{13,16}.

La mitad de los inyectores había tenido relaciones vaginales, anales u orales en los 30 días previos a la entrevista, generalmente sólo con una pareja estable. Al igual que en otros trabajos^{12,13,25}, muchos inyectores continuaban teniendo relaciones sexuales desprotegidas, principalmente con su pareja estable, lo que implicaba un riesgo importante de transmisión del VIH por vía sexual, sobre todo si se considera que en un 47,5% de los casos la pareja estable nunca se había inyectado drogas y era mayoritariamente VIH negativa. En

España, los inyectores de drogas (en general varones) siguen siendo el reservorio más importante del VIH, lo que supone un riesgo importante para sus parejas sexuales (generalmente mujeres), sobre todo conociendo la eficiencia de la transmisión sexual del virus del varón a la mujer²⁶ y asumiendo una situación socioeconómica precaria que debilita la capacidad de las mujeres para negociar el uso del condón. Aunque no es fácil, hay que desarrollar estrategias de acceso a estas mujeres para promocionar el test anti-VIH y capacitarlas para negociar relaciones sexuales sin riesgo en un contexto con dificultades asociadas al mantenimiento de los roles tradicionales de género. Para las mujeres inyectoras, el riesgo de infección es aún mayor^{27,28}, ya que a la inyección se añade en muchos casos el riesgo de tener relaciones sexuales no protegidas con varones que se inyectan o relaciones sexuales de prostitución para costearse la adquisición de la sustancia.

Para interpretar de manera adecuada los resultados, hay que tener en cuenta las limitaciones de este trabajo^{2,13}, principalmente el carácter autoinformado del estado serológico respecto al VIH, la aplicación de cuestionarios a cargo de los trabajadores del PIJ, la imposibilidad de introducir preguntas más detalladas sobre prácticas de riesgo por las condiciones de la entrevista y el muestreo no probabilístico que impide conocer el grado de representatividad de la muestra. Se considera improbable que la selección en Madrid y Sevilla en el año 2000 de inyectores con bastantes visitas previas al PIJ afecte a los resultados, pues la presencia de otros PIJ en el mismo territorio hace que los usuarios nuevos en el PIJ de Médicos del Mundo no fuesen en realidad usuarios nuevos de ese tipo de recursos, ya que en general acudían a otros programas similares.

Bibliografía

1. Rodés A, Suárez M, Menoyo C, De la Fuente L, Bolea A, Parras F. Implementation of comprehensive harm reduction interventions in Spain: 1993-2000. En: Proceedings of XIV International Aids Conference; 2002 June 7-12, Barcelona, España. Barcelona: IAS; 2002. p. 573.
2. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Colomo C, Rodríguez A y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para el control de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de drogas. Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas. *Rev Clin Esp* 2000;200:355-9.
3. Hernández-Aguado I, Avino MJ, Pérez-Hoyos S, González-Aracil J, Ruiz-Pérez I, Torr A, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol* 1999;28:335-40.
4. De la Fuente L, Fabregat A, Domingo A, Silva T, Ambrós M, Torralba L. Jóvenes consumidores de heroína de Madrid y Barcelona en 1995 y 2002: cambios en las prevalencias de inyección y en las prácticas asociadas. *Publicación Oficial de SEISIDA* 2003;14:153.
5. Hernández-Aguado I, Ramos-Rincón JM, Avinio MJ, González-Aracil J, Pérez-Hoyos S, De la Hera MG. Measures to reduce HIV infection have not been successful to reduce the prevalence of HCV in intravenous drug users. *Eur J Epidemiol* 2001;17:539-44.
6. Shapshak P, Fujimura RK, Page B, Segal D, Rivers JE, Yang J, et al. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Drug Alcohol Depend* 2000;58:153-7.
7. Shah SM, Shapshak P, Rivers JE, Stewart RV, Weatherby NL, Xin KQ, et al. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;11:301-6.
8. Abdala N, Stephens PC, Griffith BP, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999;20:73-80.
9. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment

- as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
10. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey S, Williams I, Williamson J, et al. Risk of HVC infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol* 2002;155:645-53.
 11. Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Frontloading: a risk practice for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996;10:311-7.
 12. Rodés A, Vall M, Casabona J, Nuez M, Rabella N, Mitrani L. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los comportamientos asociados a su transmisión entre los usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en la calle. *Med Clin (Barc)* 1998;111:372-7.
 13. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Colomo C, Royuela L y Grupo de Trabajo de MDM para el control de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de drogas. Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de Madrid, Sevilla y Valencia. *Gac Sanit* 1999;13:109-18.
 14. Cid A, Aguilera A, Santiago MI, Taboada JA, Monteagudo J. Prevalencia de VIH en UDI que participan en el programa de intercambio. *Gac Sanit* 1999;13(Supl 2):77.
 15. Bravo MJ, De la Fuente L, Colomo C, Royuela L, Estébanez P. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. *Gac Sanit* 1996;10:261-73.
 16. De la Fuente, Bravo MJ, Lew C, Barrio G, Soriano V, Royuela L. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y sólo en los usuarios por vía intravenosa. *Med Clin (Barc)* 1999;113:646-51.
 17. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida 1995-2002. Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado 28/4/2004]. Disponible en: www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm
 18. CDC. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations and Reports. *MMWR* 2003; 52 (No. RR-12) [consultado 28/4/2004]. Disponible en: www2a.cdc.gov/cd/availableactivities.asp
 19. Vlahov D, Safai M, Lai S, Strathdee SA, Johnson L, Sterling T, et al. Sexual and drug risk-related behaviours after initiating highly active antiretroviral therapy among injection drug users. *AIDS* 2001;15:2311-6.
 20. Brugal MT, Bravo MJ, Vallés N, Díaz de Quijano, Fabregat A, Ambrós M. Formas de obtención de jeringas en los jóvenes inyectores de Madrid y Barcelona. Relación con la conducta de inyectarse con jeringas usadas. *Publicación Oficial de SEISIDA* 2003;14:152.
 21. Snead J, Downing M, Lorrivick J, García B, Thawley R, Kegeles S, et al. Secondary syringe exchange among injection drug users. *J Urban Health* 2003;80:330-48.
 22. Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis TE, Edwards V, Friedman SR, et al. Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City. *Am J Public Health* 2001;9:23-30.
 23. Villano SA, Vlahov D, Nelson KE, Lyles CM, Cohn S, Thomas DL. Incidence and risk factors for hepatitis C among injection drug users in Baltimore, Maryland. *J Clin Microbiol* 1997;35:3274-7.
 24. Bravo MJ, Ortiz A, Galván J, Barrio A, De la Fuente. ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades por vía parenteral? *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:289-301.
 25. Ruiz I, Hernández-Aguado I, Rebagliato M, Aviño MJ, Pérez-Hoyos S, García de la Hera M, et al. Determinants of condom use among intravenous drug users in Spain. *Eur J Public Health* 1996;6:270-4.
 26. Royce RA, Sena A, Cates W Jr, Cohen MS. Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med* 1997;336:1072-8.
 27. Estébanez P, Russell NK, Aguilar MD, Beland F, Zunzunegui MV. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *Int J Epidemiol* 2000;29:734-43.
 28. Romero M, Zunzunegui MV, Perea E, Gornemann I, Fernández A. Uso consistente del condón entre los usuarios de drogas por vía intravenosa y sus parejas estables. *Gac Sanit* 1999; 13:96-101.
-