

Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana en usuarios de drogas inyectables

Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus in drug users

Epidemiologia Vírus da Imunodeficiência Humana em usuários de drogas

■
Miguel González Vélez¹, Catalina Sánchez Álvarez², José Julián Acevedo Mejía²

Resumen

En el mundo viven alrededor de 33,3 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Este continúa siendo una de las principales causas de muerte, especialmente en los países subdesarrollados. La prevalencia del VIH entre la población general es alta, pero también se ha reconocido que hay unos grupos de mayor riesgo, compuestos por hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas intravenosas (UDI), y los/as trabajadores/as sexuales; representando estos un grupo importante sobre los cuales se pueden dirigir políticas de salud pública para influir más directamente sobre la transmisión del virus. Uno de los primeros pasos para dirigir estas políticas, es desarrollar una mejor comprensión de la epidemiología local para así poder priorizar los programas de prevención. El uso de drogas intravenosas ocurre en todas partes del mundo, siendo un fuerte contribuyente a la expansión del VIH, ya que es una de las maneras más efectivas de transmisión. Según la clasificación de ONUSIDA, tanto en Latinoamérica como en Colombia, el VIH es una epidemia concentrada en los grupos de riesgo, siendo los UDI un grupo particularmente difícil de acceder, por lo cual existe poca información al respecto, dificultando la realización de esfuerzos mayores que influyan sobre su salud. Es importante caracterizar la epidemiología para brindar medidas de protección, que disminuyan la transmisión de la enfermedad, ya que está demostrado que los UDI tienen tendencia a usar medidas de protección para la transmisión de enfermedades.

Palabras Clave: VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Abuso de Sustancias por Vía Intravenosa, Epidemiología

Recibido: Enero 29 de 2012 Revisado: Febrero 04 de 2012
Aceptado: Febrero 21 de 2012

Abstract

In the world there are about 33,3 millions of people living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV). HIV remains to be a major cause of death, especially in underdeveloped countries. The prevalence of HIV among the general population is high, but there has also been recognized that there are some high risk groups, composed of Men who have Sex with Men (MSM), injecting drug users (IDU), and sex workers, representing an important group where public health policies can be directed to affect the transmission of the virus. One of the first steps to address these policies is to develop a better understanding of the local epidemiology, in order to prioritize prevention programs. Intravenous drug use happens everywhere in the world, being a strong contributor to the spread of HIV, as it is one of the most effective ways of transmission. According to the UNAIDS classification, HIV epidemic in Latin America and Colombia is concentrated among the high risk groups. IDUs are particularly difficult to access, so there is little information about them, which makes the efforts to influence their health very hard to complete. It is important to characterize our epidemiology to provide the protective measures to decrease the transmission of the disease, as it is demonstrated that IDUs are willing to use protective measures.

Key Words: HIV, *Acquired Immunodeficiency Syndrome, Substance Abuse Intravenous, Epidemiology*

Resumo

No mundo existem cerca de 33,3 milhões de pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esta continua a ser uma das principais causas de morte, especialmente em países subdesenvolvidos. Prevalência do HIV entre a população em geral é alto, mas também tem sido reconhecido que existem alguns grupos de alto risco, composto de homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), e / como trabalhadores / prostitutas, representando um grupo tão importante em que se pode dirigir políticas públicas de saúde para mais influenciam diretamente na transmissão do vírus. Um dos primeiros passos para lidar com essas políticas é desenvolver uma melhor compreensão da epidemiologia local, a fim de priorizar programas de prevenção. O uso de drogas intravenosas ocorre em todas as partes do mundo, sendo uma forte contribuinte para o alastramento do HIV, como é um dos meios mais eficazes de transmissão. De acordo com a classificação da UNAIDS e Colômbia na América Latina, o HIV é uma epidemia concentrada em grupos de risco, UDIs sendo particularmente difícil acesso, para que haja pouca informação, o que dificulta a maiores esforços que influenciam a sua saúde. É importante para caracterizar a epidemiologia para fornecer medidas de protecção que reduzem a transmissão da doença, como é mostrado que os CDI tendem a utilizar medidas de protecção de transmissão da doença.

Palavras Chave: HIV, *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Abuso de Substâncias por Via Intravenosa, Epidemiologia*

Introducción

De acuerdo al informe mundial sobre la epidemia mundial de SIDA, se estima que, en el año 2009, 33,3 [31,4-35,3] millones de personas convivían con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todo el mundo (1). Ese mismo año 2,7 millones de personas contrajeron la infección y 2,0 millones de personas fallecieron a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) y sus complicaciones, siendo esta la primera causa de defunción en África y una de las principales en el resto del mundo (1-3).

Las cifras de la pandemia de VIH son especialmente alarmantes en los países subdesarrollados y en vía de desarrollo, pero incluso en los países desarrollados, con cobertura en programas y recursos de prevención, la aparición de nuevos casos de VIH se siguen reportando, (la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2004 que 1,6 millones de personas de los países de ingresos altos convivían con VIH), y las consecuencias de las etapas avanzadas de la enfermedad tienen un alto componente de morbimortalidad. En el año 2009, 2,3 millones de personas sólo en Norteamérica, Europa occidental y Europa central convivían con VIH y 100,000 más se infectaron en este mismo año (2).

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y en el año 2009 el 67% de todas las personas que vivían con VIH y el 72% de las muertes por SIDA, correspondieron a esta región. Sin embargo, los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones del mundo como Indonesia, Ucrania y la Federación Rusa (2).

A pesar de que la prevalencia mundial de la infección por VIH se ha estabilizado en los últimos años, y de que el número de nuevas personas infectadas cada año ha disminuido en un 19% desde 1999, el número total de personas que conviven con el virus está aumentando. Esto se

debe al aumento de disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales (TAR) que aumentan la supervivencia, y a que las nuevas infecciones todavía superan en número a las muertes por SIDA (1).

El 92% de las personas infectadas por VIH son adultos, de los cuales las mujeres representan la mitad. La infección por el VIH afecta principalmente a población joven y adulta; entre el 81,3% y el 89,6% de las personas con VIH tenía entre 15 y 44 años de edad al momento del diagnóstico; y entre 15,1% y 25,1% tenía entre 15 y 24 años (1). A pesar de los grandes avances terapéuticos en los últimos años, el VIH sigue siendo una enfermedad de alto costo, que expone a las personas a otras enfermedades asociadas, y por lo tanto a múltiples comorbilidades. Si bien la prevalencia en la población general es alta, el virus está generalmente localizado en los llamados grupos de riesgo, que se componen por: los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios de drogas intravenosas (UDI), y los/as trabajadores/as sexuales, los cuales aún hoy tienen baja cobertura en programas de educación y prevención.

En el último reporte epidemiológico de ONUSIDA se concluyó que el SIDA sigue siendo una prioridad de salud global. Que a pesar de los alarmantes números de personas infectadas, se han logrado importantes avances en prevenir nuevas infecciones. Además que debido a la gran variabilidad geográfica se deben implementar medidas enfocadas localmente, para poder controlar los patrones de cada región (4). El primer paso a llevar a cabo, es identificar los factores a los cuales están expuestas las poblaciones en riesgo, ya que en los últimos años, paralelo con la estabilización de la prevalencia de VIH en la población general, se ha documentado un aumento en la prevalencia en estos grupos (5). Por esta razón ONUSIDA recomienda a los países que tengan una mejor comprensión de su epidemiología local para que así puedan priorizar los programas de prevención en estos grupos de riesgo que aún en lugares de altas prevalencias siguen siendo insuficientes.

El contexto de VIH y UDI.

El uso de drogas intravenosas está asociado a múltiples complicaciones locales y sistémicas. La transmisión de enfermedades infecciosas por el uso compartido de agujas contaminadas sumado a comportamientos sexuales de riesgo, hacen de la población UDI un foco epidemiológico de VIH de gran importancia para la salud pública (6-10). En el mundo, la droga inyectada más común es la heroína, pero muchas otras drogas como anfetaminas, benzodiazepinas, cocaína y metanfetaminas también son usadas comúnmente. Uno de los principales atractivos del uso intravenoso de drogas es el rápido efecto obtenido debido a la alta biodisponibilidad, y a las dosis relativamente bajas, necesarias para obtener el efecto deseado.

Los UDI por el hecho de ser una población oculta, y de difícil acceso (11), presentan un riesgo aumentado con respecto a la población general de infectarse con VIH. Según la clasificación propuesta por la OMS y ONUSIDA, la epidemia del SIDA se clasifica como concentrada, cuando la prevalencia en grupos de riesgo (HSH, UDI, y trabajadores/as sexuales) es mayor al 5% y en mujeres gestantes, no es superior al 1% (12).

La inyección de drogas intravenosas es una de las maneras más efectivas de transmisión del VIH (4) con un 0,63%-2,4% de probabilidad de transmisión (7). El contexto de marginalidad, ilegalidad y estigma que tiene el uso de drogas intravenosas, les brinda a estos grupos un carácter dinámico que convierte los estudios de VIH en estas poblaciones en estudios complejos de realizar metodológicamente; debido al número de sesgos, el uso de métodos indirectos de recolección con validez y resultados difíciles de analizar (13; 14).

Numerosos estudios concuerdan en que el perfil clásico de UDI, es caracterizado por personas sexo masculino, edad menor a los 30 años, y con inicio de uso de drogas, antes de los 20 años. El riesgo de contagiarse con VIH no solo

viene del uso de drogas, también se sabe que los UDI forman grupos y redes sociales en las que socializan con personas de características similares, que los llevan a verse envueltos en comportamientos de riesgo comunes (15). Entre los UDI, los mecanismos más comunes de infección son: el uso compartido de agujas, la reutilización de jeringas, múltiples compañeros sexuales y las relaciones sexuales sin protección (5; 7; 11; 13; 16; 17). También el uso de drogas combinadas como por ejemplo el uso de heroína y anfetaminas intravenosas se correlacionan con aumento de la infección por VIH (18). Además de la transmisión directa por contacto con agujas contaminadas, los UDI contribuyen a la expansión del virus por medio de transmisión perinatal y contactos sexuales con personas que no usan drogas intravenosas, especialmente mujeres.

UDI en el mundo.

El uso de drogas intravenosas ocurre en casi todos los países del mundo, y la correlación con la prevalencia de infección por VIH es especialmente alta en algunos países, siendo éste método una de las principales formas de transmisión de la infección. En el 2008 se calculó que en el mundo había aproximadamente 15,9 millones [11,0-21,2 millones] de UDI (14; 19), de los cuales 10 millones (78%) vivían en países en vía de desarrollo. El uso de drogas intravenosas junto con los comportamientos sexuales asociados es la principal causa de transmisión en países como China, Vietnam (20), otras repúblicas del centro de Asia, Europa del este y países en el norte de África (21; 22). En el año 1998, 128 países habían reportado uso de drogas intravenosas en su población, y 103 habían reportado esta práctica como método transmisor de VIH, 10 años después estos números habían ascendido a 148 y 120 respectivamente (3; 14), lo que probablemente indica que tanto estas prácticas como el reporte han aumentado en los últimos 10 años.

En un estudio de prevalencia de VIH realizado

en 130 países, se encontraron estimativos de relación entre VIH y UDI en 84 países. De estos, 78 tenían una prevalencia > 1%. En 20 países la prevalencia fue de 20% o más y de estos, 15 tenían al menos un sitio con una prevalencia de 50% o más, lo que indica la alta variabilidad geográfica, e incluso entre áreas de un mismo país (23).

Se calcula que en todo el mundo hasta el 10% de los casos de VIH/SIDA son por uso de drogas intravenosas (21; 22), lo que equivale a cerca de 3 millones [0,8-6,6 millones] de usuarios de drogas intravenosas que pueden ser VIH positivas (14). Los tres países con más número de inyectores son China, Estados Unidos y Rusia (24), donde se estima que hay una prevalencia de VIH entre inyectores de 12%, 16% y 37% respectivamente (14). Sólo ocho países reportan no tener casos de VIH entre los UDI, y se cree que esto puede deberse a errores en los registros (14).

Estas cifras son alarmantes no solo por la cantidad, sino también por las consecuencias a futuro que pueden tener las personas infectadas. Ser VIH positivo y UDI, no solo aumenta la posibilidad de transmisión de múltiples enfermedades, sino que también aumenta la mortalidad en 20.5 sobre la población general. Además entre los UDI que conviven con VIH la mortalidad es mayor que entre los que no usan drogas intravenosas (25). Es de resaltar que antes del advenimiento del VIH, ser usuario de drogas intravenosas confería un riesgo de mortalidad del 1%, ahora este riesgo es 3-4% en los UDI que conviven con VIH (8). Por último, hay que recordar que el VIH como enfermedad crónica también contribuye negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud, teniendo marcada disminución en los parámetros tanto físicos como psicológicos, que miden la calidad de vida (26). Estas estadísticas deben ser analizadas cuidadosamente debido a: 1) La diversidad de las subpoblaciones, 2) Las diferentes prácticas realizadas (comportamientos sexuales, tipo de drogas usadas, forma del uso de drogas), y 3) La distribución del consumo de drogas intravenosas, por estas razones la prevalencia varía ampliamente

de país a país, e incluso entre lugares del mismo país (11). Por esta razón es que se enfatiza en la necesidad de estudios regionales, para abordar correctamente a la población local.

América Latina y Colombia.

En América Latina, se calcula que viven alrededor de 2 millones de personas con VIH. Durante el año 2009 ocurrieron 170,000 nuevas infecciones y 77,000 muertes por SIDA. La epidemia del VIH en la subregión andina tiene una prevalencia de 0,6% en la población general, y la epidemia se caracteriza por ser de bajo nivel y por estar concentrada en las poblaciones antes mencionadas como grupos de riesgo como los/as trabajadores sexuales (prevalencias entre 0,5% y 4,4%), los usuarios de drogas intravenosas y los hombres que tienen sexo con hombres (prevalencias entre 10% y 20%) (27), a pesar de esto son pocos los esfuerzos que están centrados en estas poblaciones.

Se calcula que en Latinoamérica hay 2 millones de UDI [0,7 y 1,3 millones] de los cuales el 29% están infectados por VIH (14). En los estudios de revisión globales acerca de la prevalencia de UDI y VIH en Latinoamérica los resultados son escasos en la mayoría de los países. Las estadísticas indican que como en otras partes del mundo el uso de los opioides de manera inyectada viene en aumento en los últimos años. Muchos países se ven afectados por el múltiple contacto con las drogas, al ser al mismo tiempo productores, rutas de tráfico, exportadores y consumidores (28). En el 2002 se estimó la prevalencia de VIH en UDI en Latinoamérica, obteniéndose una prevalencia de 34,3% en los países del cono sur, 20,2% en Brasil, 2,8% en países del Caribe, 0,9% en Centro América, 0,6% en México, y 0,2% en la Región Andina (3). En el 2009 se calculó una prevalencia general de VIH en UDI de 29%, lo que indica un aumento significativo en los últimos 7 años (27). En 12 de los países de la cuenca del Caribe la prevalencia del VIH es al menos del 1% (12), lo que indica que ya está por encima de la prevalencia en la población general, este

patrón sin programas guiados a la prevención probablemente aumentará la incidencia en los años por venir.

En Colombia según el Instituto Nacional de Salud, en el 2003 se habían notificado 40,072 casos de VIH, para una incidencia notificada de 10,9 por 10,000 habitantes. Con una razón hombre: mujer de 3:1 entre 1999 y 2003(12). El método de transmisión solo fue reportado en el 60,6%. Debido a las múltiples fallas en la notificación se calcula que puede haber entre 6 y 10 casos que no son detectados o notificados. En la actualidad en la población colombiana se calcula una prevalencia de VIH en la población general de 0,6%-0,7%. Al igual que en Latinoamérica, el VIH en Colombia está clasificada como una epidemia concentrada según la clasificación propuesta por la OMS y ONUSIDA (12). En Colombia el principal factor de transmisión del VIH son las relaciones sexuales entre hombres con una prevalencia del 10% al 18% (12). Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que, en 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla, en la costa caribeña (29).

Colombia posee la característica de ser uno de los principales productores de opioides en el mundo. Esto lo convierte en un país vulnerable al uso recreativo de heroína, que combinada con otras prácticas pone en alto riesgo a la población usuaria (3; 5). A pesar de que se conoce la existencia de la relación entre el VIH y el uso de drogas, la realidad del VIH en UDI en Colombia no es fácil de analizar ya que hay poca información de alta calidad epidemiológica.

Entre 1983 y el año 2000 el número de casos de VIH/SIDA aumentó a 22.441. De estos 11 fueron reportados como UDI, lo que equivale al 0,05% de los casos en el país (3), este porcentaje tan bajo sugiere que en ese momento no se conocía la prevalencia real en este grupo, ya que estudios posteriores han mostrado un aumento de la prevalencia. En 2002, la OMS presentó una

prevalencia cercana al 1%, superando la prevalencia en la población general, y en un reporte publicado en el 2003 se reportó el uso de drogas intravenosas como medio de transmisión en el 0,11% de los casos notificados con una mediana de 3 casos anuales para un total de 162 casos en 20 años (30).

Si bien en Colombia aún es más común el uso de drogas por la vía inhalada, en los últimos años se ha venido registrando un aumento del uso de heroína intravenosa (28). En un estudio realizado en Bogotá entre 2001 y 2002 se concluyó que el uso de drogas intravenosas es más frecuente de lo que se pensaba. Esta práctica ha venido aumentando en popularidad en los últimos 10 años, lo que supone un cambio en el patrón de consumo de drogas, convirtiendo esta población en un foco para la transmisión de enfermedades como el VIH y la hepatitis B y C (9).

En otro estudio realizado en Pereira en el año 2009, con una serie de casos conformada por 120 varones mayores de 16 años de edad, adictos a heroína y/o derivados de la coca (cocaína o basuco), se reportó que el 26% (20) de ellos habían utilizado heroína de manera inyectable. Así mismo en un estudio realizado en Medellín en el que se indagó por características del consumo de heroína, se encontró que el 24% la utilizaban de manera inyectable, siendo este el método más común de uso de la heroína.

Así mismo dentro de estos estudios se ha encontrado un patrón similar del consumidor al reportado en otros estudios del mundo. Consistiendo los consumidores en pacientes, con edades entre 17 a 22 años con un alto porcentaje de estudiantes universitarios, estrato medio alto, en su mayoría hombres, algunas parejas sexuales de los consumidores, historia de consumo de más de tres años, y uso de diferentes vías de consumo de la heroína.

Este tipo de cambios en el patrón de consumo no es una novedad, el mismo fenómeno ya se ha visto en otros países como España (13), don-

de se vio un aumento en la inyección de heroína hace algunos años, y ahora están viendo las consecuencias del cambio del patrón de consumo con aumentos en los índices de prevalencia de VIH y otras infecciones virales (31), convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública. Las consecuencias del cambio de la vía de consumo de drogas en Colombia será un importante campo de análisis en los años por venir.

En varios países de Europa, Norte América, Asia y el sudeste asiático, donde ya se ha documentado la relación entre la epidemia de VIH/SIDA y el uso de drogas intravenosas, ya tienen intervenciones enfocadas en estas poblaciones (14).

Por las características de las poblaciones en las que se encuentra la epidemia de VIH/SIDA en Colombia, hacen que las prácticas inseguras que se llevan en este grupo contribuyan a la diseminación del VIH y otras enfermedades infecciosas, es por esto que es importante avanzar en la priorización y focalización de acciones en grupos altamente vulnerables. El primer paso para contribuir a esta priorización es mejorar la información disponible acerca del número de UDI, sus comportamientos de riesgo y dónde se encuentran, para así poder caracterizar los servicios de salud necesarios para influir en un nivel macro y no limitarse a enfoques individualistas (22). Para resaltar al respecto de los UDI es la disposición a las medidas de sanidad para protegerse, ya que se ha demostrado que están dispuestos a usar medidas de protección para la transmisión de enfermedades (10). Estas actitudes potenciadas con programas que incentiven la protección pueden tener grandes repercusiones para la salud de los usuarios.

Los consumidores de drogas no se incluyeron dentro de los grupos a priorizar en el marco del Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011. El Ministerio de la Protección Social comprende la necesidad de empezar a visibilizar estos grupos y adelantarse en las acciones de vigilancia de segunda generación y otras iniciativas de vigilancia centinela para avanzar en conocer mejor el aporte que podrían estar haciendo estos grupos al perfil actual y futuro de la

epidemia en Colombia.

En el estudio se analiza el componente socio comportamental, que permite conocer la exposición al riesgo y los factores protectores frente a ese riesgo.

A pesar de los estudios realizados en los últimos años, aún existe un gran subregistro en los países de la subregión andina, incluyendo Colombia.

Es por esto que se necesita buscar activamente información sobre la seroprevalencia de esta población oculta, para poder impactar en los aspectos comportamentales, y posteriormente poder impactar por medio de estrategias de prevención. Con esto en mente se busca mejorar el conocimiento de la realidad de las tendencias de consumo y sus consecuencias asociadas.

Una perspectiva al futuro.

Las políticas en muchos países frente al uso de drogas intravenosas son prohibitivas y de baja tolerancia. Las autoridades usan sanciones legales, y represivas que no han mostrado resultados positivos (32), dejando de lado los programas basados en enfoques científicos. Pocos países tienen cobertura suficiente para prevenir la transmisión del VIH (33), esta cobertura incluye principalmente los programas de: disminución del riesgo asociado al uso de drogas intravenosas, programas de intercambio de jeringas (PIJ) (7; 34; 35), terapias de sustitución con opiodes (TSO), y TAR (36). Se estima que mundialmente solo el 5% de los UDI tienen acceso a jeringas estériles en PIJ, lo que equivale a menos de 2 jeringas estériles por mes por UDI (ONUSIDA considera como baja cobertura menos de 8 jeringas por persona por mes), 8% (6%-12%) reciben TSO, y 4% (2%-18%) reciben TAR. Con la aplicación de estas medidas se ha demostrado una disminución en la dependencia a opioides y en comportamientos de riesgo asociados con el VIH (4). Estas medidas son costo efectivas y sinérgicas (33) ya que se ha demostrado que pueden reducir la incidencia de VIH en los UDI hasta en un 42%, sin aumentar el uso de drogas

intravenosas (31; 37). También se ha demostrado en estudios de educación preventiva, que los UDI tienen tendencia a realizar prácticas para prevenir enfermedades, por lo que se esperaría que los UDI usen agujas y jeringas estériles si se las proveen fácilmente.

En el 2009, los PIJ habían sido implementados en 82 países y TSO en 71 países, ambas intervenciones estaban disponibles en 63 países (14). América Latina se ha caracterizado por tener información insuficiente, pocos servicios implementados, y cobertura en UDI escasa o desconocida (26). Solo en cinco países se han implementado los PIJ, en dos países la TSO y ambas medidas solo en un país, por lo cual estas son aún muy frecuentes en la región (7), en estos países el reto actual es mantener vivas las iniciativas para poder ayudar a las comunidades más afectadas por la epidemia. En otros países de Suramérica incluido Colombia, el reto es implementar las medidas que disminuyan el riesgo y se enfoquen en promover métodos más seguros como el acceso a equipos y materiales estériles, buena limpieza de los materiales, e información acerca de prácticas sexuales seguras.

Para el éxito de estos programas se necesita un grupo de trabajo de campo estructurado y fuerte apoyo del gobierno para las organizaciones que lleven este trabajo a cabo (33). Además se requieren que las medidas sean de alto cubrimiento y con enfoques combinados, ya que se ha demostrado que las intervenciones individualizadas tienen poca eficacia incluso con alto cubrimiento. Se conocen suficientes medidas efectivas para la prevención de VIH, el reto es desarrollar estas medidas adecuadamente y a gran escala (19). En el futuro se deben crear las condiciones de prevención para las consecuencias asociadas al uso de drogas intravenosas (3). Además del apoyo científico, estos programas se deben planear, implementar y monitorear, basados en el derecho humano y con gran apoyo gubernamental y con protección legal. Por último, si bien se hace énfasis en la necesidad de información acerca del VIH, las limitaciones en la información no deben ser justificación suficiente para no implementar estos programas,

la prevención del VIH debe ser una política prioritaria en los países en donde se ha identificado el uso de drogas intravenosas. Se estima que en poblaciones con alta prevalencia de VIH en UDI, en 5 años, aplicando TMM, PIJ, y TAR, la prevalencia de VIH podría disminuirse entre un 30-60%; y eliminando leyes prohibitivas de sustitución de opioides se podrían prevenir el 14% de las infecciones por VIH en IDU (1; 19; 38).

Referencias

1. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva, Switzerland: 2010.
2. UNAIDS. Global report of the AIDS epidemic update. Geneva, Switzerland: 2009.
3. Rodríguez CM, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS* 2002 Dic;16 Suppl 3:S34-41.
4. Ghitza UE, Epstein DH, Preston KL. Contingency management reduces injection-related HIV risk behaviors in heroin and cocaine using outpatients. *Addict Behav* 2008 Abr;33(4):593-604.
5. Doherty MC, Garfein RS, Monterroso E, Brown D, Vlahov D. Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS* 2000 Abr;14(6):717-726.
6. Reid SR. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm Reduct J* 2009;6:24.
7. Louisa Degenhardt. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010 Jul;376:285 - 301.
8. Brettle RP. Clinical features of drug use and drug use related HIV. *Int J STD AIDS* 1996 Jun;7(3):151-165.

9. Mejia IE, Perez A. La inyección de drogas en Bogotá: Una amenaza creciente. *Adicciones* 2005;17(3):251-260.
10. Lankenau SE, Clatts MC, Goldsamt LA, Welle DL. Crack Cocaine Injection Practices and HIV Risk: Findings From New York and Bridgeport. *J Drug Issues* 2004;34(2):319-332.
11. Li H, Goggins W, Lee SS. Multilevel analysis of HIV related risk behaviors among heroin users in a low prevalence community. *BMC Public Health* 2009;9:137.
12. Ministerio de la Protección Social-ONU. Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. Bogotá: 2008.
13. Bravo Portela MJ, Ortiz A, Galvan J, Barrio G, de Hoz L. ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades de transmisión de enfermedades por vía parenteral? *Revista Española de Salud Pública* 1998;72(4):289-301.
14. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, Wodak A, Panda S, Tyndall M, Toufik A, Mattick RP. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008 Nov;372(9651):1733-1745.
15. Latkin C, Yang C, Tobin K, Hulbert A. Factors associated with recruiting an HIV seropositive risk network member among injection drug users. *AIDS Behav* 2010 Oct;14(5):1137-1141.
16. Gollub EL, Rey D, Obadia Y, Moatti JP. Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history. The link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 Study Group. *Sex Transm Dis* 1998 Oct;25(9):483-488.
17. Kruse GR, Barbour R, Heimer R, Shaboltas AV, Toussova OV, Hoffman IF, Kozlov AP. Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduct J* 2009;6:22.
18. Martin M, Vanichseni S, Suntharasamai P, Mock PA, van Griensven F, Pitisuttithum P, Tappero JW, Chiamwongpaet S, Sangkum U, Kitayaporn D, Gurwith M, Choopanya K. Drug use and the risk of HIV infection amongst injection drug users participating in an HIV vaccine trial in Bangkok, 1999-2003. *Int. J. Drug Policy* 2010 Jul;21(4):296-301.
19. Steffanie A Strathdee. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present and future. *Lancet* 2010 Jul;376:268 - 284.
20. Clatts MC, Giang LM, Goldsamt LA, Yi H. Male sex work and HIV risk among young heroin users in Hanoi, Vietnam. *Sex Health* 2007 Dic;4(4):261-267.
21. Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004 Nov;18(17):2295-2303.
22. Aceijas C, Friedman SR, Cooper HLF, Wiessing L, Stimson GV, Hickman M. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. *Sex Transm Infect* 2006 Jun;82 Suppl 3:iii10-17.
23. The Warsaw Declaration: A framework for effective action on HIV/AIDS and injecting drug use. 2nd international policy dialogue on HIV/AIDS. Held in Warsaw, Poland, November 12-14, 2003. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2003 Dic;8(3):21-23.
24. Heimer R, Barbour R, Shaboltas AV, Hoffman IF, Kozlov AP. Spatial distribution of HIV prevalence and incidence among injection drugs users in St Petersburg: implications for HIV transmission. *AIDS* 2008;22(1):123-

130. 2004;18(6):472-478.
25. Frederick L Altice. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010 Jul;376:367-87.
26. Korthuis PT, Zephyrin LC, Fleishman JA, Saha S, Josephs JS, McGrath MM, Hellinger J, Gebo KA. Health-related quality of life in HIV-infected patients: the role of substance use. *AIDS Patient Care STDS* 2008 Nov;22(11):859-867.
27. (UNAIDS) JUNP on H. Report on the global AIDS epidemic. 2008.
28. Isaza C, Suarez P, Henao J, Gonzalez M. Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Investigaciones Andina* 2010;12(21):34-34.
29. Castaño GA, Calderon GA. Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Revista Cubana de Salud Publica* 2010;36(4)
30. Ministerio de la Protección Social. Informe Epidemiológico Nacional Quincenal. Bogotá: 2003.
31. Bravo M, Royuela L, Barrio G. Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia. *Gaceta Sanitaria*
32. Vlahov D, Robertson AM, Strathdee SA. Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clin. Infect. Dis* 2010 May;50 Suppl 3:S114-121.
33. Chris Beyrer. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet* 2010 Jul;376:561 - 573.
34. Strathdee SA, Stockman JK. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep* 2010 May;7(2):99-106.
35. Cooper EN, Dodson C, Stopka TJ, Riley ED, Garfein RS, Bluthenthal RN. Pharmacy participation in non-prescription syringe sales in Los Angeles and San Francisco counties, 2007. *J Urban Health* 2010 Jul;87(4):543-552.
36. Daniel Wolfe. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010 Jul;376:355 - 366.
37. Needle exchanges do not boost drug use, study says. IDU remains major HIV risk factor. *AIDS Alert* 2003 Sep;18(9):112, 114.
38. Ralf Jürgens. People who use drugs, HIV and human rights. *Lancet* 2010 Ago;376:475 - 485.

Forma de citar: González-Vélez M, Sánchez-Álvarez C, Acevedo-Mejía JJ. Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana en usuarios de drogas inyectables. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(1): 38-47

