

ORIGINAL**CAMBIO EN LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA. EVOLUCIÓN DURANTE
EL PERÍODO 1991-1996**

Ioseba Iraurgi Castillo (1) e Isabel Vielva Pérez (2)

(1) Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde (Bilbao)

(2) Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao

RESUMEN

Fundamento: En los últimos años se ha venido produciendo a nivel nacional una reducción del uso de la vía inyectada como medio de administración de droga y un cambio paulatino hacia la utilización de vías menos mórbidas. Nuestro objetivo ha sido examinar las tendencias de cambio en el uso de las vías de administración de drogas en la Comunidad Autónoma del País Vasco y explorar los factores asociados a la utilización de la vía inyectada.

Método: Se utilizó una serie temporal de estudios transversales a partir del Indicador «Tratamiento» del Sistema de Información sobre Toxicomanías (SIT) del Gobierno Vasco. Se analiza un total de 12.382 admisiones producidas entre los años 1991 y 1996. Se aplican pruebas de linealidad para el análisis de las tendencias y un modelo de regresión logística para la estimación de los Odds Ratio de asociación entre las posibles variables explicativas y la variable resultado.

Resultados: Se evidencia un cambio significativo ($\chi^2=621,3$; $p<0,001$) en la vía de administración de drogas que en el caso de la vía inyectada ha pasado de una prevalencia de uso del 83% en 1991 a una de 52,3% en 1996. El modelo ajustado de regresión obtenido (-2LL=10766,7) presenta la edad de los usuarios de drogas como una variable protectora (OR=0,94; 95%=0,93 a 0,95). Por el contrario, ser hombre (OR=1,25; IC95%=1,11 a 1,39), haber recibido tratamientos previos (OR=2,63; IC95%=2,38 a 2,90), ser la heroína la droga que motiva la demanda de asistencia (OR=9,41; IC95%=7,24 a 12,2) y el mayor número de años de consumo (OR=1,14; IC95%= 1,13 a 1,16) se presentan como factores asociados a una mayor utilización de la vía inyectada.

Conclusiones: Si bien se ha observado una reducción a través de los años del uso de la vía parenteral, una prevalencia del 52% en 1996 sigue siendo demasiado alta. Se discute la necesidad de persistir en la aplicación de programas de reducción de daños y prevención de riesgos.

Palabras clave: Heroína. Vía Inyectada. Tendencias.

ABSTRACT**Change in the drugs administration
pattern in the Basque Country
Community. The 1991-1996 Trend**

Background: A reduction of intravenous route as a method of consuming drugs and a change towards to the use of less morbid routes has taken place in the last years in national and international contexts. Our objective was to examine change trends in the drugs administration route in the Basque Country Community and to explore factors associated with the injected route (IR) use.

Methods: A time-based series of cross-sectional studies using data provided by the Information System on Drug Abuse (SIT) of the Basque Government was used. A total of 12382 admissions to treatment produced between the years 1991 to 1996 was analyzed. For the analysis of trends linearity test was play and for the estimation of the association between explanatory variables and outcome variable logistic regression model was carried out.

Results: A significative change in the route of drugs administration ($\chi^2= 621,3$; $p<0,001$) is evidence, having decreased the prevalence of IR use from 83% 1991 to 52,3% in 1996. The adjusted regression model (-2LL= 10766,7) reveals the age of the drugs users as a protective variable (OR= 0,94; IC95%= 0,93 to 0,95). On the contrary, being man (OR= 1,25; IC95%= 1,11 to 1,39), having received previous treatments (OR= 2,63; IC95%= 2,38 to 2,90), being heroine the drug that motivates the demand for treatment (OR= 9,41; IC95%= 7,24 to 12,2), and the greater number of consumption years (OR= 1,14; IC95%= 1,13 to 1,16), are presented as factors associated with a greater utilization of the Injected Route.

Conclusions: Even though it has been observed a reduction of the use of the injected route over the years, a prevalence of the 52,3% in 1996 continues being too high. It is discussed the need of persisting in the application of harm reduction and risks prevention strategies.

Key Words: Drug abuse. Heroin addiction. Injected Route. Trends of drugs consumption

INTRODUCCIÓN

El abuso de heroína, junto con el alcoholismo, son sin duda dos de los trastornos adictivos con mayor entidad epidemiológica y que, durante los últimos años, han tenido importantes implicaciones en problemas de salud pública. Entre los servicios especializados en toxicomanías, la heroína es responsable de la mayor parte de las demandas de tratamiento, así como de la mayor parte de las consecuencias adversas graves detectadas en relación con el consumo de drogas (muertes por sobredosis, enfermedades transmisibles, atenciones en urgencias, etc.)^{1,2}. Diversos estudios han mostrado una asociación clara entre ser Usuario de Drogas Inyectadas (UDI) y un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad^{3,4}. Al inicio de los años noventa⁵ la prevalencia de infectados por VIH entre los inyectores de drogas se situaba entre un 40% y un 75%. En 1996, el 64% de los casos diagnosticados de sida en España⁶ y el 77% de los diagnosticados en el País Vasco eran UDIs^{2,6}; entre éstos, la prevalencia de infección por virus de la hepatitis B (VHB) oscila entre un 21,5%⁷ y un 80-90%⁸; y en el caso de la hepatitis C (VHC), algunos estudios⁹ han llegado a encontrar una prevalencia de anti-VHC del 95%.

En los últimos años se ha venido produciendo a nivel nacional una reducción del uso de la vía inyectada (VI) como medio de administración de la droga, heroína principalmente, y un cambio paulatino hacia la utilización de vías menos mórbidas^{1,2,10-12}. Las variaciones que se produzcan en esta cuestión merecen ser identificadas y notificadas, a fin de actualizar los conocimientos y analizar las circunstancias que hacen posible la renuncia al uso de la VI. El descubrimiento de estas condiciones dejará sentir su impacto en las políticas o programas que se adopten.

El objetivo de este trabajo es examinar las tendencias de cambio en el uso de las vías de administración de drogas en la

Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y explorar los factores de protección o riesgo asociados a la utilización de la vía inyectada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Serie temporal de estudios transversales.

Fuente de datos: La información analizada corresponde al indicador 'tratamiento' del Sistema de Información sobre Toxicomanías (SIT) del Gobierno Vasco. El SIT es el registro homólogo de la CAPV al SEIT de ámbito nacional, manteniendo la misma estructura y procedimiento que este último^{10,13-14}. El indicador tratamiento es definido como «el número anual de personas que son admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína en cada Comunidad Autónoma»¹⁰. El SIT considera una sola notificación de admisión por persona y año, la primera que se produzca, de forma que las admisiones repetidas por una misma persona en un mismo año son separadas y eliminadas. No obstante, no son separadas ni eliminadas las admisiones a tratamiento realizadas por una misma persona en años diferentes. Como refiere el SEIT, «este método refleja mejor la prevalencia de consumo que el basado en un registro de episodios sin eliminación de repetidos»¹⁰.

La serie utilizada corresponde a todos los casos recogidos por el indicador tratamiento entre los años 1991 y 1996, en total 12.382 admisiones, cuya frecuencia anual queda recogida en la figura 1. Este indicador incluye información sobre variables sociobiográficas (sexo y edad en el momento de solicitar tratamiento), variables específicas del tipo de drogas de consumo (sustancia por la que se realiza la demanda de tratamiento y otras sustancias consumidas durante los últimos 30 días - hasta un máximo de 4) y variables de historia toxicológica (el año de inicio de consumo de la droga que motiva la admisión, la existencia de tratamientos previos por

uso/abuso de drogas y la vía de administración de la droga principal). A partir de este conjunto de variables, se han obtenido otros dos. En primer lugar, se ha calculado un índice simple de politoxicomanía consistente en la suma de los distintos tipos de sustancias consumidas (rango de 1 a 5). Por otro lado, se ha calculado la variable años de consumo de la droga que motiva la demanda mediante la diferencia entre el año que el usuario accede al programa y el año de inicio de consumo de la misma.

La variable resultado en nuestro estudio ha sido la vía de administración de drogas, definida operativamente como la forma más frecuente de administración de la sustancia de uso/abuso que genera la admisión a tratamiento, tomándose como referencia los 30 días previos a la admisión.

Análisis de datos: Se han realizado análisis descriptivos, tabulados por año de admisión, para sintetizar las características de las admisiones por edad, sexo y otras variables relacionadas con la experiencia de consumo (tipos de drogas, año de inicio, etc.).

Para el análisis de tendencias de cada variable se han realizado pruebas de linealidad¹⁵, por descomposición de la suma de cuadrados de la prueba de F en el caso de variables continuas y la prueba de tendencia lineal de Mantel-Haenszel $-\chi^2-$ para variables discretas. Para interpretar los resultados se ha elegido un nivel de significación de $p < 0,05$, para unos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

La estimación de los odds ratio de asociación (OR) entre las posibles variables explicativas y la variable resultado (vía de administración de drogas, codificada como 1: utilización vía inyectada, 0: utilización de otras vías) se ha realizado por regresión logística. Los intervalos de confianza al 95% para las estimaciones de los OR se han calculado utilizando los errores estándar de los parámetros de regresión. En primer

lugar, se han calculado los OR crudos para cada variable explicativa. Para la estimación del efecto conjunto, se ha utilizado un método de eliminación de variables paso a paso, partiendo del modelo que incluye todas las variables sin interacciones (modelo de efectos principales o modelo completo). La significación de las variables eliminadas se ha evaluado por la prueba de cocientes de verosimilitud entre los modelos anidados. Este método de análisis nos proporcionará una estimación del efecto de cada una de las variables criterio sobre la variable resultado ajustado por todas las demás variables del modelo. En general, el análisis de datos debe considerarse como exploratorio.

Los análisis han sido realizados con el Programa SPSS para windows¹⁶ en su versión 6.1.

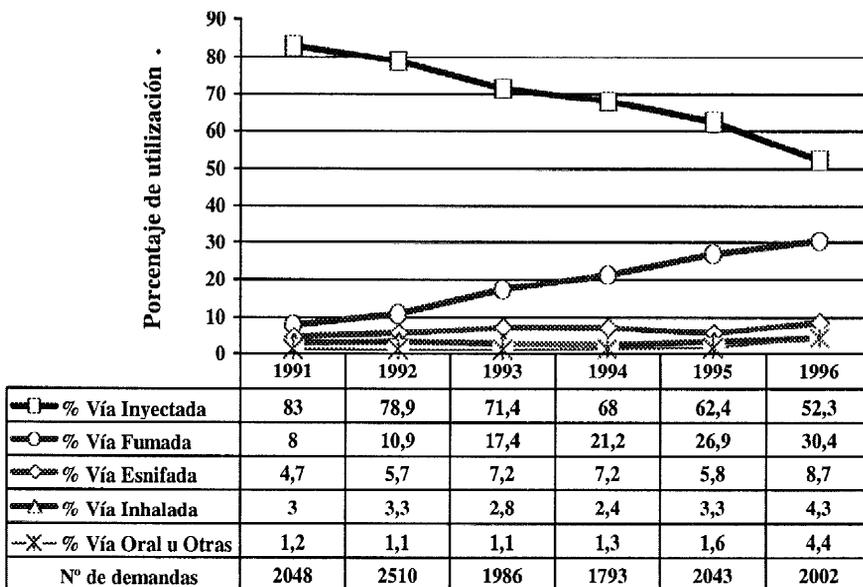
RESULTADOS

Durante el período de estudio (figura 1) se produjeron 12.382 admisiones a tratamiento, con una fluctuación variable a través de los años (un máximo de 2.510 casos en 1992 y un mínimo de 1.793 en el año 94), pero que de media se sitúa en alrededor de las 2.064 admisiones/año (IC95%: 1.874 a 2.254).

A lo largo de estos 6 años se ha producido un cambio estadísticamente significativo ($\chi^2 = 621,3$; $p < 0,001$) en la vía de administración de drogas, que en el caso de la VI ha pasado de una prevalencia de uso del 83% en 1991 a un 52,3% en 1996. Recíprocamente, la vía respiratoria ha mostrado un incremento considerable (figura 1). A efectos de análisis posteriores, dado que esta será la variable resultado, se ha procedido a su reagrupación en dos categorías (vía inyectada vs otras vías), dadas las diferentes implicaciones de cada una con procesos mórbidos. La prueba de linealidad de Mantel-Haenszel para esta nueva condición también resultó significativa ($\chi^2 = 577,6$; $p < 0,001$).

Figura 1

Tendencias de uso de las vías de administración de drogas en la Comunidad Autónoma del País Vasco



Fuente: SIT (Sistema de Información de Toxicomanías; Dpto. de Sanidad - Gobierno Vasco)

La evolución de las características de las personas admitidas a tratamiento queda recogida en la tabla 1. Durante todo el período de estudio las sustancias por las que se demanda un mayor número de tratamientos son los opiáceos, que suponen en torno al 95% de las admisiones; si bien se observa un aumento significativo de las admisiones por cocaína. Es preciso notar que a partir del año 1996 el SIT-SEIT amplía su registro a otras drogas distintas a los opiáceos y cocaína, razón por la cual las diferencias en las proporciones por sustancia en este año son más evidentes. Una corrección en la serie, que se hará efectiva también en análisis posteriores, consistente en prescindir del grupo «otras drogas», nos ofrece una prevalencia de admisiones a tratamiento en 1996 por opiáceos del 95% y del 5% por cocaína. La prueba de linealidad sobre toda la serie recogida muestra que la tendencia descrita también es estadísticamente significativa ($\chi^2=20,57$; $p<0,001$).

Atendiendo al sexo, en ocho de cada diez admisiones se trata de hombres, habiendo permanecido esta proporción invariable a lo largo de los años. Respecto al resto de las variables analizadas, se observan cambios significativos: por una parte, un aumento de la edad en el momento de la admisión, de la edad de inicio en el consumo y del número de años de consumo, así como del número de casos con tratamientos previos y, por otro lado, una reducción del índice de policonsumo, es decir, del número total de drogas consumidas.

En la figura 2 queda recogida la evolución que ha experimentado el uso de la VI entre los usuarios con experiencia previa de tratamiento (casos prevalentes) y los que acceden por primera vez a un centro de tratamiento (casos incidentes). En ambos casos se produce una disminución del uso de la VI, pero ésta presenta una mayor aceleración en el caso de las nuevas admisiones: de una prevalencia de uso en 1991 del 74%

Tabla 1

Evolución de las características de las personas admitidas a tratamiento (Tto) por su toxicomanía en la CAPV

	Total	1991	1992	1993	1994	1995	1996	χ^2/F
Nº de admisiones a tratamiento	12382	2048	2510	1986	1793	2043	2002	
Sexo								
Hombres (%)	79,3	78,4	80,4	81,6	78,1	79,1	77,6	2,47
Mujeres (%)	20,7	21,6	19,6	18,4	21,9	20,9	22,4	
Edad (M - DE)	27,8 (5,1)	26,8 (4,5)	27,1 (4,7)	27,5 (4,9)	28,3 (5,2)	28,8 (5,4)	28,7 (5,6)	283,84*
Droga que genera la admisión								
Opiáceos (%)	95,1	97,6	97,4	96,3	95,4	96,9	86,4	
Cocaína (%)	3,4	2,4	2,6	3,7	4,6	3,1	4,5	360,82*
Otras Drogas (%)	1,4	---	---	---	---	---	9,1	
Nº drogas consumidas durante el último mes (M- DE)	2,3 (1,3)	2,4 (1,3)	2,4 (1,3)	2,4 (1,3)	2,4 (1,3)	2,2 (1,2)	2,2 (1,2)	40,06*
Tratamientos previos (a)								
Si (%)	61,4	56,8	58,9	58,7	62,8	65,1	66,3	57,73*
No (%)	39,6	43,2	41,1	41,3	37,2	34,9	33,7	
Edad de Inicio en el consumo(a) (M - DE)	19,9 (4,9)	19,6 (4,4)	19,8 (4,7)	19,7 (4,7)	20,1 (5,2)	20,3 (5,2)	20,1 (5,1)	23,09*
Años de Consumo (a) (M - DE)	7,9 (4,7)	7,2 (4,0)	7,3 (4,3)	7,8 (4,8)	8,2 (4,8)	8,6 (4,9)	8,5 (5,2)	154,94*
M (DE): Media (Desviación Estándar). (a) - Estas variables hacen referencia a la droga que genera la admisión. χ^2 - Prueba de linealidad de Mantel-Haenszel para datos categóricos. F - Prueba de linealidad basada en la descomposición de cuadrados. * - $p < 0,001$.								

Fuente: Sistema de Información sobre Toxicomanías. Dpto Sanidad del Gobierno Vasco.

pasa a ser del 25,6% en 1996, mientras que entre los sujetos con experiencia previa la reducción del uso de la VI es de un 23,8% (en el periodo de seis años pasa de una prevalencia del 90,1% a un 66,3%).

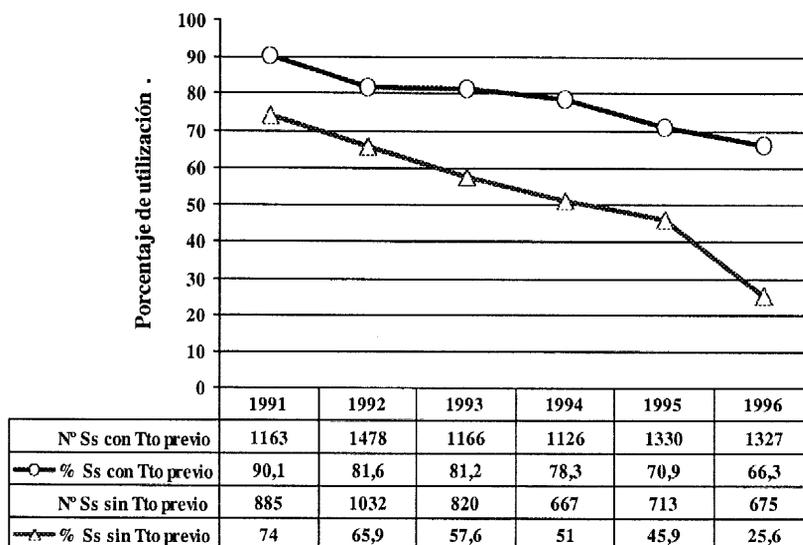
El análisis conjunto de los factores asociados a la utilización de la vía inyectada se recoge en la tabla 2. La primera columna presenta los OR de asociación cruda basados en análisis bivariados que, salvo en el caso de la

edad, muestran una asociación significativa con la vía de administración de drogas. Dada la importancia teórica de la edad, se decide incorporarla en el modelo completo.

En el modelo de efectos principales (segunda columna) la edad adquiere significación y, por otra parte, la relación de riesgo que se advertía en los análisis simples para el policonsumo desaparece al ajustar por los efectos de las demás variables. Los OR ajust-

Figura 2

Evolución de la utilización de la vía inyectada entre sujetos (Ss) con y/o sin tratamiento (Tto) previo por su toxicomanía



Fuente: SIT (Sistema de Información de Toxicomanías; Dpto. de Sanidad - Gobierno Vasco)

tados muestran un efecto protector de la edad y de las admisiones realizadas con mayor proximidad a la actualidad; es decir, a medida que aumenta la edad de los sujetos en el momento de la admisión se observa una reducción de la vía inyectada (IC 95%: 0,93 a 0,95) y, por otro lado, cada año transcurrido, al compararlo con el referente de 1991, muestra una reducción progresiva de la VI como modo de administración de la droga -de una OR de 0,76 registrada en 1992 (IC 95%: 0,65 a 0,89) pasa a una OR de 0,22 en 1996 (IC 95%: 0,19 a 0,26). El resto de variables incluidas en el modelo presentan un efecto de riesgo. Así, ser hombre presenta un riesgo de utilización de la VI 1,24 veces mayor que ser mujer (IC 95%: 1,11 a 1,39), y en el caso de realizar la demanda de tratamiento por consumo de opiáceos el riesgo de utilizar la vía inyectada se incrementa en 9,43 veces respecto al uso de cocaína (IC 95%: 7,26 a 12,26). Por otro lado, haber realizado un tratamiento previo supone un riesgo 2,63 veces

mayor que no haber realizado tratamiento alguno (IC 95%: 2,38 a 2,90), y por cada año de experiencia de consumo el riesgo se incrementa en 1,14 veces (IC 95%: 1,12 a 1,15). Finalmente, se ha buscado el modelo más parsimonioso que pudiera explicar suficientemente bien los resultados (tercera columna tabla 2). Las pruebas de bondad de ajuste indican que el modelo reducido (que excluye únicamente la variable policonsumo) no ajusta significativamente peor que el modelo de efectos principales ($\chi^2=2,3$; $p=0,13$), y ambos son significativamente mejores que el azar, modelo nulo ($\chi^2=2158,3$; $p\leq 0,0001$; $\chi^2=2160,6$; $p\leq 0,0001$; respectivamente). Las estimaciones del modelo completo y reducido son prácticamente iguales (tabla 2), por lo que la variable excluida a lo sumo ejercería un ligero efecto de confusión. Dada la estabilidad de las estimaciones y el carácter exploratorio del análisis no se consideró oportuno buscar modelos más completos que incluyeran interacciones.

Tabla 2

Asociaciones crudas y ajustadas de las variables estudiadas y la vía de administración. Regresión Logística

	<i>Análisis bivariados</i> OR Crudo (IC 95%)	<i>Modelo Completo</i> OR Ajustado (IC 95%)	<i>Modelo Reducido</i> OR Ajustado (IC 95%)
Año de admisión a tratamiento			
1991	1	1	1
1992	0,76 (0,65 a 0,89)*	0,72 (0,61 a 0,87)*	0,73 (0,61 a 0,87)*
1993	0,51 (0,44 a 0,60)*	0,47 (0,39 a 0,56)*	0,46 (0,39 a 0,56)*
1994	0,43 (0,36 a 0,51)*	0,38 (0,32 a 0,46)*	0,38 (0,32 a 0,46)*
1995	0,34 (0,29 a 0,39)*	0,26 (0,22 a 0,31)*	0,26 (0,22 a 0,31)*
1996	0,22 (0,19 a 0,26)*	0,19 (0,16 a 0,23)*	0,19 (0,16 a 0,23)*
Edad	0,99 (0,98 a 1,00)	0,94 (0,93 a 0,95)*	0,94 (0,93 a 0,95)*
Sexo			
Mujer	1	1	1
Hombre	1,24 (1,13 a 1,36)*	1,24 (1,11 a 1,39)*	1,25 (1,11 a 1,39)*
Tto previo(a)			
No	1	1	1
Sí	3,05 (2,81 a 3,31)*	2,63 (2,38 a 2,90)*	2,63 (2,38 a 2,90)*
Droga de demanda(a)			
Cocaína	1	1	1
Opiáceos	13,38 (10,70 a 16,73)*	9,43 (7,26 a 12,26)*	9,41 (7,24 a 12,24)*
Años de consumo(a)	1,11 (1,10 a 1,12)*	1,14 (1,12 a 1,15)*	1,14 (1,13 a 1,16)*
Nº Drogas consumidas			
último mes	1,12 (1,09 a 1,16)*	1,03 (0,99 a 1,07)	
(a) - Estas variables hacen referencia a la droga que genera la admisión. * p <0,001.			

DISCUSIÓN

Esta ampliamente admitida la dificultad de interpretar las tendencias en la prevalencia e incidencia de usuarios de drogas por vía parenteral y la necesidad de contar con amplias cohortes para su estudio¹⁷⁻¹⁸. Los estudios basados en registros acumulativos nos permiten una aproximación al problema, si bien no están exentos de limitaciones¹⁷. En primer lugar, se estudian poblaciones de UDIs dinámicas, esto es, con salidas por abandono del tratamiento, derivaciones

o fallecimientos, y con entradas de nuevos inicios de tratamiento entre los UDIs con tratamiento previo o entradas de nuevos toxicómanos. Por otra parte, no tienen en cuenta una importante población fantasma que no accede a los servicios donde se realizan estos registros, por lo que pueden no ser representativos de la población total de usuarios de drogas. Es decir, nos encontramos con una dificultad clara de definir la población de referencia a la que son aplicables los resultados basados en este tipo de datos. No obstante, a falta de estudios de

cohortes o de panel rigurosamente diseñados y seguidos temporalmente que permitan controlar estas limitaciones, la alternativa más plausible para conocer la evolución de una enfermedad o problema de salud y determinadas conductas relacionadas con ellas es el análisis de los registros acumulativos de casos.

Los resultados del presente estudio confirman una paulatina reducción de la VI como forma de administración de opiáceos en la CAPV. En 1991 ocho de cada diez personas admitidas a tratamiento en centros de drogodependencias en la CAPV eran UDIs, y en 1996 lo eran cinco de cada diez. No obstante, una prevalencia de uso en 1996 del 52,3% sigue siendo demasiado alta.

Esta disminución progresiva de la VI coincide con los resultados encontrados en otras áreas geográficas españolas^{1,10-12} y en otros países¹⁹⁻²¹. Investigadores del Plan Nacional sobre Drogas^{1,6,10-12,22-27} y otros grupos²⁸⁻³⁰ han evidenciado que, a lo largo de diez años, el uso de la jeringuilla para consumir heroína u otros opiáceos en España es cada vez menor. A principios de los años 80 la inyección era la vía principal de consumo para más del 90% de los heroinómanos españoles en tratamiento; a mediados de los 90 esta proporción se había reducido aproximadamente a la mitad, si bien se pueden apreciar importantes diferencias geográficas^{11-12,25}.

Son varios los factores para los cuales se ha examinado su asociación con la utilización de la vía de administración de drogas. El modelo ajustado de regresión obtenido presenta la edad de los usuarios de drogas como una variable protectora, en el sentido de que a medida que aumenta la edad de éstos menor es el riesgo de utilizar la VI. Por el contrario, ser hombre, haber recibido tratamientos previos, ser la heroína la droga que motiva la demanda de asistencia y el mayor número de años de consumo, se presentan como factores asociados a una mayor utilización de la VI.

La edad, como hemos comentado, presenta un efecto protector a medida que aumenta, lo cual indica que la relación se hace inversa si consideramos a los usuarios más jóvenes. Es decir, éstos serían los que presentan un mayor riesgo de utilización de la VI. Este resultado coincide con lo encontrado en un estudio realizado recientemente por el Plan de Prevención y Control del Sida del Gobierno Vasco entre 191 inyectores de drogas que acuden a la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Bizkaia³¹. Si bien es cierto que descende el uso de la VI entre los nuevos consumidores de heroína en comparación con años anteriores, todavía los hay que se inyectan y comparten este material, incluso en mayor medida que los usuarios de drogas 'veteranos'. Otros estudios han puesto de manifiesto resultados parecidos²⁴. Una posible razón que explique este efecto es que las campañas de prevención de riesgos han sido mayormente orientadas a los usuarios que ya estaban incluidos en programas de tratamiento, mientras el trabajo de calle dirigido a UDIs no controlados sanitariamente ha sido de menor intensidad. Se hace necesario, por tanto, incrementar este tipo de medidas.

En relación con el factor 'tratamientos previos', la utilización de vías de administración menos mórbidas se hace más patente entre los sujetos que acceden por primera vez a un servicio de toxicomanías y que llevan consumiendo drogas menos tiempo. Si entre los usuarios que tienen tratamientos previos seis de cada diez son UDIs, esta proporción es de 1/4 entre los que acuden por primera vez a un centro de tratamiento. La vía alternativa que está cobrando mayor protagonismo es la respiratoria, conocida popularmente como 'fumar chinos'³². Si en 1991 el 8% de los pacientes admitidos a tratamiento en la CAPV utilizaba esta vía, en 1996 este porcentaje es del 30%. Estos datos son análogos a los observados en otras comunidades autónomas; según la encuesta a consumidores de heroína en tratamiento¹, llevada a cabo en 1996 en el ámbito nacional, durante el mes previo al inicio del tratamiento un 58,1% de los consumidores había

utilizado principalmente la vía respiratoria y un 35,5% la VI. Entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, la vía fumada-inhalada predominaba en el grupo de tratados por primera vez y la inyectada era más característica en el grupo de los que ya habían sido tratados previamente. La proporción de tratados por primera vez cuya vía de administración más frecuente era la parenteral descendió desde un 50,3% en 1991 a un 27,1% en 1996.

Existen varias razones para explicar este cambio en la vía de consumo^{11,33-34}. Una de ella, al parecer la más ampliamente aceptada, estaría relacionada con el tipo de heroína que circula en la calle. La heroína marrón es menos soluble que la blanca, razón por la que su consumo se realiza a través de su combustión y posterior inhalación; la blanca sería más idónea para su administración por vía parenteral. La distribución geográfica del tipo de heroína en circulación también ha sido constatada: mayor presencia de heroína blanca en el norte y costa este de España, mientras la heroína marrón se encuentra en mayor medida en las zonas sur y centro. Esta distribución diferencial de la heroína se ha relacionado con la diferente prevalencia de uso de la VI en diversas áreas españolas. De la Fuente y colaboradores¹¹, en un estudio desarrollado en tres ciudades españolas, encontraron que en Sevilla y Madrid, representativas de las áreas sur y centro, se observaba una prevalencia de usuarios inyectores de entre un 24-30%; Barcelona, en cambio, presenta un porcentaje de usuarios inyectores del 77%. La zona norte, representada por Cataluña y en la que también cabe incluir al País Vasco^{1-2,10}, es donde hay mayor presencia de heroína blanca en la calle, donde más se recurre a la utilización de la vía inyectada y donde más resistencia se observa a que ésta vaya siendo sustituida por la vía fumada u otra alternativa.

En resumen, y retomando los objetivos de este estudio, los resultados encontrados permiten albergar una expectativa positiva tendente hacia una situación más favorable en el País Vasco. Se observa un claro desplaza-

miento en la forma de administración de la droga hacia vías menos mórbidas. Esto tiene mayores probabilidades de suceder cuando el usuario no ha tenido tratamientos previos, lleva pocos años consumiendo, tiene ya cierta edad y se trata de una mujer. No obstante, sigue habiendo una prevalencia de UDIs elevada: cinco de cada diez pacientes en tratamiento son inyectores de drogas. Esta prevalencia tan elevada, con el consiguiente riesgo para la salud, hace que sea preciso tomar medidas para su reducción. Lo que se precisa son acciones preventivas de riesgos mayores, como programas de administración de material de inyección estéril, trabajo comunitario que permita el acercamiento de los UDIs a los centros de asistencia, además de la extensión y perfeccionamiento de los tratamientos con agonistas opiáceos^{33,35}.

A pesar de los datos que sitúan a España, y al País Vasco dentro de ella, en uno de los primeros lugares en cuanto a consecuencias adversas por el consumo intravenoso de drogas, se observa en nuestro país la misma tendencia descendente que se está observando en la mayor parte de la Unión Europea^{20, 33, 36-37}. Parece, por tanto, necesario seguir con la implantación de medidas que favorezcan la reducción del uso de la vía parenteral y la prevención de enfermedades infecciosas. También consideramos necesario continuar con la monitorización y vigilancia de las nuevas tendencias de uso de drogas, con el fin de tener una información lo más actualizada y cercana a la realidad posible, que es lo que, en definitiva, permitirá adoptar con la suficiente antelación intervenciones y políticas eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSG). Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Ministerio del Interior; 1997.
2. Elzo J, Laespada MT, Vielva I. Informe 1 del Observatorio Vasco de Drogodependencias.

- Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1998.
3. Bewley TH, Bem-Arie O, Jarmes P. Morbidity and mortality from heroin dependence. Survey of heroin addicts Known to Home Office. *Br Med J* 1968; 1: 725-726.
 4. Gómez FM. La heroína. Dependencia de opiáceos. En: ACIP AIS, Editor. Curso de Master/Experto en Drogodependencias y Sida. Málaga: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales; 1992. p. 3-123.
 5. Bravo MJ, De la Fuente L. Epidemiología de la infección por VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral. *Pub Of Seisida* 1991; 2: 335-342.
 6. Castilla J, Pérez de la Paz J, Sánchez F. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional del SIDA actualizado a 30 de Septiembre de 1997. *Boletín Epidemiológico Semanal* 1997; 5: 93-96.
 7. Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Solé J. Evaluación del tratamiento de los heroínómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. En: Casas M, Gutiérrez M, San L, editores. Avances en drogodependencias. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995. p. 129-168.
 8. Aguilar E, Guix J, Alberola V, García-Conde J. Problemas médicos en adictos a drogas por vía parenteral. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum; 1988.
 9. Llibre JM, Bartroli M, Berrocal M, González-Moreno M. Seroprevalencia de virus de la hepatitis C en adictos a drogas por vía parenteral. *Med Clin (Bar)* 1992; 99: 675.
 10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSG). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1995. Madrid: Ministerio del Interior; 1997.
 11. De La Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997; 92: 1749-1763.
 12. De La Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli P. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 805-811.
 13. Ozamiz A, Uriguen I. Evolución de los indicadores «inicio de tratamiento» y «urgencias» por opiáceos y cocaína en la CAPV, 1987-1990. *Osasunkaria* 1992; 2: 11-16.
 14. Ozamiz A, García E, Orbeago A. Evolución de los inicios de tratamiento por consumo de opiáceos o cocaína. *Euskadi, 1987-1993. Osasunkaria* 1994; 10: 31-35.
 15. Doménech JM. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. Unidad 10. Barcelona: Signo; 1996.
 16. Norusis MJ. SPSS for Windows. Base System user's guide. Release 6.1. Chicago: SPSS Inc.; 1994.
 17. Roca J, Antó JM. El sistema estatal de información sobre toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6: 9-38.
 18. Strickler H, Hoover DR, Dersimonian R. Problems in interpreting HIV sentinel seroprevalence studies. *Amm Epidemiol* 1995; 5: 447-454.
 19. Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med Clin (Bar)* 1993; 101: 344-355.
 20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities; 1997.
 21. Des Jarlais DC, Friedman SR, Sothoran JL, Wenston J, Marmor M, Yancovitz SR, Frank B, Beatrice S, Mildvan D. Continuity and change within an HIV epidemic. Injecting drug users in New York city, 1984 through 1992. *JAMA* 1994; 271: 121-127.
 22. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Díaz A, Rodríguez-Artalejo F, and the Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 172-180.
 23. Bravo MJ, Colomo C, Barrio G, De la Fuente L. Infección por VIH y conductas de riesgo entre los consumidores de drogas atendidos en un programa de intercambio de jeringas. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 719.
 24. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Colomo C, Royela L, Estébanez P. Conductas de riesgo para transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. *Gac Sanit* 1996; 57: 261-273.
 25. Bravo MJ, Delgado M, De la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, López R. Sharing injec-

- ting equipment and sexual behavior in ambulatory intravenous drug users: a national survey (Spain). *Int J Addict* 1994; 29: 1893-1907.
26. De la Fuente L, Saavedra P, Barrio G, Royuela L, Vicente J. Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. Spanish Group for the Study of the Purity of Seized Drugs. *Drug Alcohol Depend* 1996; 40: 185-194.
 27. Delgado M, De la Fuente L, Bravo MJ, Lardelli P, Barrio G. IV drug users: changes in risk behaviour according to HIV status in a national survey in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 1994; 48: 459-463.
 28. Fernández J, López C, Ariza MJ, Alameda J. Cambios de la vía de administración de heroína y hábitos de riesgo de transmisión de VIH. *Pub Of Seisida* 1992; 3: 153.
 29. Torres-Tortosa M, Fernández-Elías M, Ugarte I, Ruiz-López M. Cambios en la vía de administración de droga en heroínómanos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 344-345.
 30. Torres-Tortosa M, Ruiz M, Fernández-Elías M, Pérez C, Fernández E, Ugarte I, Canueto J. Cambios en la vía de administración de heroína y frecuencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Bar)* 1995; 104: 249-252.
 31. Características y hábitos de los nuevos inyectores de drogas. *Boletín del Centro de Documentación de Drogodependencias del Observatorio Vasco de Drogodependencias* 1999; 52: 10.
 32. Strang J, Griffiths P, Gossop M. Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history. *Addiction* 1997; 92: 673-683.
 33. De la Fuente L, Barrio G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacía un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit* 1996; 57: 255-259.
 34. San L. Why is the administration route of heroin changing?. *Addiction* 1997; 92: 685-686.
 35. Friedman S, Des Jarlais D. Controlling the HIV epidemic among drug injectors. *Gac Sanit* 1993; 34: 41-45.
 36. De-Andrés R. ¿Hemos aprendido algo sobre el VIH/SIDA?. *Boletín Centro de Documentación de Drogodependencias del Observatorio Vasco de Drogodependencias* 1999; 512: 1.
 37. Elzo J, Laespada MT, Vielva I. Informe 2 del Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1999.