

A stylized white outline of a human figure is centered on a red background. The figure's torso and arms are filled with a network of white lines and nodes, resembling a circuit board or a complex anatomical diagram. The text 'CHEMOSEX Y HEPATITIS G' is overlaid on the figure in a large, bold, white font.

CHEMOSEX Y HEPATITIS G

UNA GUÍA PARA PROFESIONALES SANITARIOS



grupo de
trabajo sobre
tratamientos del VIH
INSTITUTO VENEZOLANO DE
SALUD PÚBLICA
ONG DE DESARROLLO



Edición y redacción

Juanse Hernández

Traducción

Miguel Vázquez

Grafismo

mires estudi de comunicación, SL

Impresión

Gràfiques Cuscó

Agradecimientos

Esta guía es una adaptación libre al español de *ChemSex and hepatitis C: a guide for healthcare providers*, un material elaborado por David Stuart de 56 Dean Street –una clínica de salud sexual en Londres asociada al Hospital Chelsea and Westminster– a quien agradecemos su autorización para poder adaptar este material. También queremos agradecer a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) por haber financiado esta guía en su convocatoria de ayudas.

Este recurso forma parte de las actividades de **Infodrogas-vih**, un proyecto del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) que cuenta con el apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PND) y del Plan Nacional sobre el Sida del MSSSI.

El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) es una organización no gubernamental con sede en Barcelona (España) y declarada Entidad de Utilidad Pública. Se puede contactar con gTt-VIH llamando al +34 932 080 845 o escribiendo a info@gtt-vih.org. Para más información: www.gtt-vih.org.

Descargo de responsabilidad

La información contenida en esta guía no pretende sustituir la recibida por un médico. Las decisiones referentes a la salud siempre deberían tomarse tras consultar con los profesionales sanitarios.

Publicado en Barcelona en junio de 2017

CHEMSEX Y HEPATITIS C

UNA GUÍA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

ÍNDICE

- 01 INTRODUCCIÓN (4)
- 02 SUMARIO (6)
- 03 DATOS CLAVE SOBRE EL VHC, EL VIH Y CHEMSEX (8)
- 04 CHEMSEX (10)
- 05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO (16)
 - FACTORES CONDUCTUALES: PRÁCTICAS SEXUALES (18)
 - FACTORES CONDUCTUALES: USO DE DROGAS (22)
 - FACTORES BIOLÓGICOS (23)
- 06 TRANSMISIÓN DEL VHC DURANTE EL CHEMSEX (25)
- 07 ESTUDIO DE CASO (29)
- 08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX? (34)
- 09 BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA (45)
- 10 CONSEJOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE HEPATITIS C (52)
- 11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C AGUDA (57)
- 12 VHC Y PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH (63)
- 13 RECURSOS (67)
- 14 REFERENCIAS (72)

01

INTRODUCCIÓN

La transmisión sexual del virus de la hepatitis C (VHC) ha sido un tema controvertido durante mucho tiempo. El VHC es fundamentalmente una infección sanguínea, por lo que las relaciones sexuales en las que pueda haber contacto con la sangre son las que entrañan el mayor riesgo de infección.

Aunque el VHC se ha detectado en el semen, las secreciones rectales y el fluido vaginal, se desconoce si estos fluidos resultan infecciosos porque, por lo general, las concentraciones del virus suelen ser bajas. No obstante, algunos estudios recientes están arrojando más evidencia sobre la transmisión sexual del VHC, mostrando que las concentraciones del virus pueden ser elevadas en semen y que no siempre coinciden con los niveles en sangre.

Así las cosas, el riesgo de transmisión sexual del VHC es bajo en el caso de la penetración vaginal en parejas monógamas. Sin embargo, desde hace más de una década, se han registrado tasas de transmisión sexual del VHC mucho más elevadas en hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH) por motivos que no están claros del todo.

En la actualidad, los tres grupos de población en situación de alto riesgo de adquirir el VHC son las personas usuarias de drogas inyectables, las personas con el VIH y los hombres gais, bisexuales y otros HSH.

El aumento de la prevalencia del uso intencional de sustancias psicoactivas en contextos sexuales –una práctica conocida como *ChemSex*– entre los hombres gais, bisexuales y otros HSH permite reconocer la confluencia de estos tres grupos en situación de alto riesgo en clústeres concentrados.

Este aspecto justifica la implementación tanto de intervenciones como de mensajes preventivos novedosos y especialmente dirigidos a la población diana. Con todo, el abordaje del *ChemSex* entraña retos específicos para los profesionales sanitarios en la consulta, ya que podrían encontrarse con dificultades a la hora de poner en contexto las conductas y prácticas que tienen lugar durante las sesiones de *ChemSex*.

Esta guía es una adaptación libre de *ChemSex and hepatitis C: a guide for healthcare providers* elaborada por la clínica de salud sexual londinense 56 Dean Street. Nuestra adaptación no pretende analizar a fondo la magnitud del fenómeno del *ChemSex* en España, ni abordar otras problemáticas de salud asociadas a esta práctica. En la edición española, hemos tratado de realizar una revisión de la evidencia científica disponible sobre la transmisión sexual del VHC en el contexto del *ChemSex* con el objetivo de:

Aumentar la concienciación entre el personal médico sobre los riesgos de hepatitis C a los que se exponen los hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex*.

Mejorar la confianza y las habilidades de los profesionales sanitarios a la hora de comunicar a los pacientes dichos riesgos y las estrategias para reducirlos, y recomendar el cribado del VHC, y otras infecciones de transmisión sexual, como parte del cuidado de la salud sexual en hombres gays, bisexuales y otros HSH.

02

SUMARIO

La hepatitis C aguda transmitida por vía sexual afecta principalmente a hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH.

En hombres gais, bisexuales y otros HSH sin el VIH se ha observado también una incidencia creciente de casos de hepatitis C aguda, aunque el riesgo de infección se considera inferior.

El VHC se transmite especialmente a través de la exposición sanguínea durante las prácticas sexuales, aunque no se descarta una potencial transmisión a través del semen y las secreciones rectales cuando las concentraciones virales son elevadas en dichos fluidos.

Diferentes prácticas realizadas durante las sesiones de *ChemSex* se han asociado a la transmisión del VHC.

Entre dichas prácticas se incluyen la penetración anal sin preservativo, prácticas sexuales extremas (como el *fisting*, el sexo vigoroso y prolongado, el BDSM), el sexo en grupo, el número de parejas sexuales, el tiempo de exposición, la presencia concomitante de otras ITS –sobre todo las que pueden manifestarse con ulceración de la mucosa–, y el uso de drogas inyectables (*SlamSex*) y no inyectables.

Se han registrado casos de infección aguda por el VHC en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH que no presentaban dichas variables de riesgo o que mostraban como único factor de riesgo el sexo anal desprotegido.

El *counselling* y la educación para la salud constituyen herramientas clave en la intervención en la consulta.

Los profesionales sanitarios deben advertir a sus pacientes gais, bisexuales y otros HSH que el uso de drogas durante las prácticas sexuales –en el contexto del *ChemSex* o fuera de este– implica un riesgo de hepatitis C y que dicho riesgo se puede reducir a través de diferentes estrategias preventivas.

Conocer y familiarizarse con las sustancias más habitualmente utilizadas y las prácticas sexuales que se realizan durante las sesiones de *ChemSex* –así como las motivaciones que llevan a los pacientes a mantener estas conductas– resulta fundamental para establecer un vínculo de confianza con los pacientes.

Se recomienda hablar en la consulta con los pacientes sobre los beneficios a nivel individual y poblacional de diagnosticar y tratar la hepatitis C de manera precoz.

El uso de regímenes de antivirales de acción directa frente al VHC (DAA) – más efectivos y tolerables– permitirá mejorar, en un futuro próximo, el tratamiento de la hepatitis C aguda.

Los programas de profilaxis preexposición al VIH (PrEP) deben incluir el cribado basal y rutinario del VHC, así como información sobre la transmisión del VHC y cómo reducir el riesgo durante las prácticas sexuales y/o el consumo de sustancias.

03

DATOS CLAVE SOBRE EL VHC, EL VIH Y EL CHEMSEX

En los últimos quince años, la infección por el VHC se ha convertido en una infección de transmisión sexual (ITS) en hombres gais, bisexuales y otros HSH. Durante todo este tiempo, se han descrito numerosos brotes de infección aguda por el VHC en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH que refieren la transmisión sexual como única vía de adquisición potencial de ambos virus. Los casos de transmisión sexual de hepatitis C aguda afectaron primero a determinados países europeos¹ (Reino Unido, Francia, Alemania y los Países Bajos) y posteriormente Australia², EE UU³ y Canadá⁴.

Estos brotes han contribuido al aumento de la incidencia de la hepatitis C en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH en alguna de estas áreas. En hombres homosexuales sin el VIH, se ha observado también una incidencia creciente de casos de hepatitis C aguda, pero se calcula que el riesgo es unas cuatro veces inferior al que tienen los hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH^{5,6}.

En España, se han descrito también decenas de casos de infección aguda por el VHC en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH en grandes núcleos urbanos como Barcelona⁷ y Madrid^{8,9}, lo que parece indicar que el fenómeno observado en ciudades de otros países empieza a reproducirse en España, aunque con años de retraso y de forma localizada¹⁰.

Otra de las características que define la hepatitis C aguda en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH es la elevada incidencia de reinfección, llegándose incluso a describir múltiples casos de reinfección en una misma persona. Un estudio reciente, que realizó un seguimiento de una cohorte de hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH de ocho centros de Alemania, Austria, Francia y Reino Unido que habían logrado curar el VHC por aclaramiento espontáneo o tras un ciclo de tratamiento, halló una incidencia de reinfección de 7,3 casos por 100 persona-años, estimándose

que alrededor de una tercera parte de los pacientes se reinfectaría en el plazo de los 5 años tras la curación¹¹.

Esta elevada incidencia de reinfección pone de manifiesto el fracaso de las actuales estrategias de prevención y la necesidad de intervenciones preventivas específicas dirigidas a los hombres gays, bisexuales y otros HSH con y sin el VIH en situación de riesgo elevado de hepatitis C.

A destacar

En España, a diferencia de otros países, no se han llevado a cabo campañas de salud pública alertando a los hombres gays, bisexuales y a otros HSH sobre el riesgo de transmisión sexual de la hepatitis C, con la excepción de algunas intervenciones puntuales realizadas por algunas ONG que trabajan en el ámbito del VIH o del colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTB). Por ello, el grado de concienciación sobre esta infección sigue siendo bajo entre las poblaciones más vulnerables.

04

CHEMSEX

Se define *ChemSex* como el uso intencionado, desadaptativo e intensivo de algunas drogas ilegales en contextos sexuales. Se trata de un fenómeno emergente descrito desde principios de la década de 2000. Este patrón de consumo parece estar especialmente vinculado al colectivo de hombres gais, bisexuales y otros HSH. El uso de sustancias con elevado potencial de dependencia (metanfetamina) o intoxicación (gamma-hidroxiбутirato, GHB) y el empleo de la vía intravenosa (*slamming*) también parecen ser característicos de este fenómeno.

Estos patrones de consumo se han relacionado con prácticas sexuales de riesgo de ITS, VIH y sobre todo hepatitis C. También existen interacciones farmacológicas relevantes entre algunas de las drogas ilegales y los fármacos utilizados en el tratamiento de estas infecciones. El consumo de sustancias podría condicionar, además, la adherencia al tratamiento antirretroviral, favoreciendo la pérdida del control virológico y la aparición de mutaciones de resistencia y aumentando el riesgo de transmisibilidad del VIH¹².

Un elemento clave en la definición de ChemSex es el tiempo –que puede oscilar entre horas y varios días–, ya que, a mayor tiempo, mayor es la exposición a diversos riesgos o daños relacionados con la transmisión de ITS (irritación, heridas, rasgados o sangrado de la mucosa intestinal y del pene) y con el consumo de drogas¹³.

A pesar de las diferencias observables en cuanto a la concreción del *ChemSex* por países, hay una serie de factores importantes que han influido y definido este fenómeno:

Mayor disponibilidad y empleo de tres drogas de uso recreativo:

metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL. No obstante, en una sesión de *ChemSex*, se puede utilizar cualquier otra droga disponible como cocaína, *speed*, ketamina, MDMA (éxtasis),

además del nitrito de amilo (*poppers*) y los fármacos para la disfunción eréctil. Todas las drogas tienen un potente efecto de desinhibición que mejora la experiencia sexual y cuyo uso está relacionado con aspectos como: conductas sexuales de alto riesgo (no uso del preservativo); cumplimiento de fantasías sexuales con poca consideración por las consecuencias; episodios prolongados de prácticas sexuales (a menudo traumáticas, como por ejemplo el *fisting*) que típicamente se prolongan horas o varios días; múltiples parejas sexuales; así como otros daños no relacionados con la salud sexual sino con el consumo de drogas (intoxicación, sobredosis y síntomas psicóticos).

El aumento del uso inyectado de metanfetamina y mefedrona.

Tradicionalmente, los hombres gays, bisexuales y otros HSH han preferido el consumo de drogas administradas por vía oral (como el éxtasis) o por vía intranasal (como la cocaína) frente al consumo de drogas consideradas "más duras" por vía inyectada. Esto significa que quizá este colectivo ha estado menos expuesto a la cultura de los mensajes de inyección segura que de forma tradicional han estado dirigidos, sobre todo, a los usuarios de opiáceos por vía intravenosa

(cuyo perfil solía corresponder con personas heterosexuales en situación de vulnerabilidad) que acuden a los centros de atención a las drogodependencias. Además, los hombres gays, bisexuales y otros HSH se han mostrado reacios a acudir a este tipo de centros de atención a las drogodependencias y han preferido revelar su consumo de sustancias o buscar apoyo, cuando lo necesitan, en asociaciones u ONG. Sin embargo, muchos de estos lugares no suelen contar con información sobre prácticas seguras de inyección ni programas de intercambio de jeringuillas. Por tanto, existe una subpoblación de hombres gays, bisexuales y otros HSH que se inyectan sustancias y que comparten unas prácticas y conocimientos de inyección, en general, burdos, que conocen principalmente a través del boca a boca dentro de sus propios círculos de utilización de drogas. Entre el colectivo se emplea el término *slam* o *slamming* como eufemismo para referirse al uso de drogas por vía intravenosa.

El uso de aplicaciones para teléfonos inteligentes y sitios online de búsqueda de contactos sexuales y drogas. Si bien algunas de las conductas anteriormente descritas se suelen dar en saunas

y locales donde se practica sexo, la mayor parte de las sesiones de *ChemSex* tienen lugar en los domicilios particulares de personas que buscan contacto sexual a través de aplicaciones para *smartphones* o sitios web. Esta conducta define a esta población como especialmente difícil de alcanzar a la hora de realizar intervenciones o proporcionar mensajes para facilitar un entorno seguro donde llevar a cabo estas prácticas. Aunque siguen realizándose esfuerzos para ofrecer mensajes sobre reducción de riesgos en las prácticas sexuales y/o en el uso de drogas a través de internet y otros canales, lo cierto es que los hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex*

resultan menos accesibles que los hombres gays que frecuentan locales de ocio donde se pueden efectuar intervenciones de educación para la salud cara a cara. Por este motivo, los centros de ITS y otros dispositivos sanitarios –como los centros de atención a las drogodependencias o los centros de salud–, y comunitarios –como las ONG de VIH o LGTB+– se han convertido en la nueva línea de frente a la hora de abordar estos complejos riesgos y daños que requieren que los profesionales sanitarios y comunitarios de estos centros sean más conscientes y desarrollen habilidades más allá de lo que ha sido hasta ahora su área de actuación tradicional.

Resulta difícil establecer la magnitud del fenómeno *ChemSex* en España y su impacto sobre las epidemias del VIH y las ITS. Diferentes estudios nacionales e internacionales han documentado una prevalencia elevada de determinadas conductas de riesgo en los hombres gays, bisexuales y otros HSH. Probablemente, el estudio EMIS (siglas en inglés de Sondeo Europeo a HSH a través de Internet) ha sido el mayor estudio de ámbito estatal que más información ha proporcionado. Este estudio se enmarcó en un proyecto multicéntrico europeo que recogía información en 13.111 hombres gays, bisexuales y otros HSH a través de una encuesta online realizada en 2010^{14,15}. En la sección española de la encuesta se describe una elevada prevalencia de conductas sexuales de alto riesgo asociada al consumo de sustancias de uso recreativo y/o *poppers*. Aunque el empleo de la vía inyectada en hombres gays, bisexuales y otros HSH fue minoritario, el subgrupo de hombres que se inyectaban presentaba una mayor

prevalencia de conductas sexuales de riesgo, VIH, hepatitis C y otras ITS. El estudio EMIS identificó también una mayor frecuencia de prácticas de riesgo en los hombres homosexuales que residían en municipios de menos de 500.000 habitantes y en aquellos cuyo entorno desconocía su identidad sexual¹⁵.

De acuerdo con los resultados más recientes de una encuesta *online* realizada a 486 hombres gays, bisexuales y otros HSH en España que utilizan drogas durante sus prácticas sexuales, el perfil de usuario de *ChemSex* –de acuerdo con la definición de los investigadores de este estudio– sería el de un hombre autóctono (71,6%), homosexual (96,1%), sin pareja (61,1%), cuya residencia se encuentra en grandes urbes como Madrid (46,9%) o Barcelona (42,2%). Su mediana de edad es de 35 años, estudios universitarios (67,9%) y en activo laboralmente (83,5%). Argumenta practicar *ChemSex* con la finalidad de incrementar el placer en sus relaciones sexuales (77,4%) y obtener mayor resistencia física en las mismas (43,4%). Utiliza las aplicaciones móviles para contactar con otros hombres con el fin de establecer encuentros para practicar *ChemSex* (77,8%), en especial las aplicaciones Scruff (80,2%) y Grindr (72,0%). El consumo de diversas sustancias asociadas al sexo tiende a darse en sesiones en domicilios privados (74%). Más de la mitad de los encuestados afirmaron que el consumo de sustancias les había inducido a practicar sexo desprotegido (54,7%)¹⁶.

El Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEEIMC) presentó recientemente los resultados preliminares de U-Sex Study, la primera investigación hospitalaria multicéntrica que se efectúa en España a través de una encuesta *online* para evaluar la magnitud del fenómeno del *ChemSex* y los riesgos asociados entre 511 pacientes gays, bisexuales y otros HSH con el VIH atendidos en 22 hospitales madrileños¹⁷. El perfil mayoritario fue el de hombre nacido en España (74%), con una edad media de 39 años, con estudios universitarios (>60%), con un empleo estable (>65%) e ingresos superiores a 1.000 euros (>70%). El 19% refirió haber tenido más de 20 relaciones con parejas sexuales distintas y el 30% haber utilizado preservativo en menos del 50% de sus encuentros sexuales. El 69,7% de la muestra reconoció haber consumido drogas alguna vez en la vida y, de ellos, más de la mitad (56,9%) indicó haber empleado drogas durante las relaciones sexuales en el último año. Un 37,2% señaló haber practicado *ChemSex* –de

acuerdo con la definición de los investigadores del estudio– alguna vez en el último año y solo un 4,5% comunicó la práctica del *slamming*.

Entre los pacientes que comunicaron practicar *ChemSex*, un 82% refirió haber sido diagnosticado de alguna ITS. La más frecuente fue sífilis (61,6%) –habiendo tenido el 33,7% de ellos más de un episodio–, seguida de gonorrea (45,3%), clamidia (32,6%), hepatitis B (20%) y hepatitis C (18,9%). El diagnóstico de hepatitis C se asoció con sexo anal desprotegido y *slamming* o *SlamSex*.

Tomados en su conjunto, los resultados preliminares de este estudio reflejan que el empleo de drogas de uso recreativo durante el sexo es frecuente entre los hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH encuestados. Análisis posteriores de este estudio pretenden ampliar la muestra y explorar si la prevalencia de consumo encontrada en los pacientes que responden la encuesta son o no generalizables al total de hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH atendidos en España.

Sexo, drogas e ITS: Responder sin alarmar

En un editorial publicado en *British Medical Journal* el año 2015 un grupo de profesionales de la salud sexual se mostraban prudentes respecto al fenómeno del *ChemSex* a la luz de los pocos datos cuantitativos disponibles en el Reino Unido. Los expertos destacaban que podría tratarse de un fenómeno minoritario, es decir una subcultura sexual dentro de la comunidad homosexual. No obstante, consideraban que el abordaje de los potenciales riesgos para la salud que tiene el *ChemSex* debería ser una prioridad

para la salud pública e invitaban a establecer alianzas entre los distintos actores y recursos implicados¹⁸.

De forma similar, se manifestó un experto australiano en un comentario en la revista *The Lancet* ante las noticias alarmantes –en especial, aquellas publicadas en los medios generalistas– que asociaban de manera inevitable el *ChemSex* a un aumento de las nuevas infecciones por el VIH y otras ITS en hombres gais¹⁹. Según este experto, las prácticas asociadas al *Chemsex* podrían suponer un mayor riesgo de VIH e ITS y podrían tener consecuen-

cias para la salud. Sin embargo, considera que, en el análisis y el debate, a menudo se pierde de vista el hecho que la mayoría de personas que practican *ChemSex* no experimentan daños y no suponen una amenaza para la salud de los demás. La proliferación de titulares sensacionalistas (véase imagen 1), la divulgación de noticias no contrastadas o la generalización de sucesos excepcionales han permitido poner el *ChemSex* en el foco mediático, creando alarma social y perpetuando prejuicios asociados al colectivo gay, pero dejando sin responder las preguntas más difíciles como, por ejemplo, cuál es la magnitud del

problema, cuáles son las posibles causas del fenómeno y cómo debería ser la respuesta.

En la misma línea, el Dr. Fernando Caudevila, médico de familia y experto en drogas en Energy Control, considera que los datos disponibles sobre el *ChemSex* indican que es un fenómeno que no debe ser ignorado, aunque tampoco magnificado ni enfocado desde perspectivas sensacionalistas. Se trata de un reto para los profesionales sanitarios, autoridades políticas, sociedad civil y, también, para los medios de comunicación²⁰.



Imagen 1: Ejemplo de titular sensacionalista

05

CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

La transmisión parenteral o permucosa del VHC se produce tras una exposición a fluido o secreciones infectadas como consecuencia de la interrupción de una barrera protectora.

La mayoría de los casos de transmisión sexual (o permucosa) se registran en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH. Los motivos que explicarían este aumento de la transmisión permucosa del VHC en este grupo continúan siendo controvertidos, aunque determinados factores conductuales y biológicos podrían estar detrás del incremento del riesgo observado. Una serie de prácticas sexuales y de uso de drogas asociadas con trauma en las mucosas se han relacionado con la transmisión del VHC. Por otro lado, desde un punto de vista biológico, el propio VIH, el VHC y las infecciones de transmisión sexual podrían desempeñar un papel importante en la transmisión.

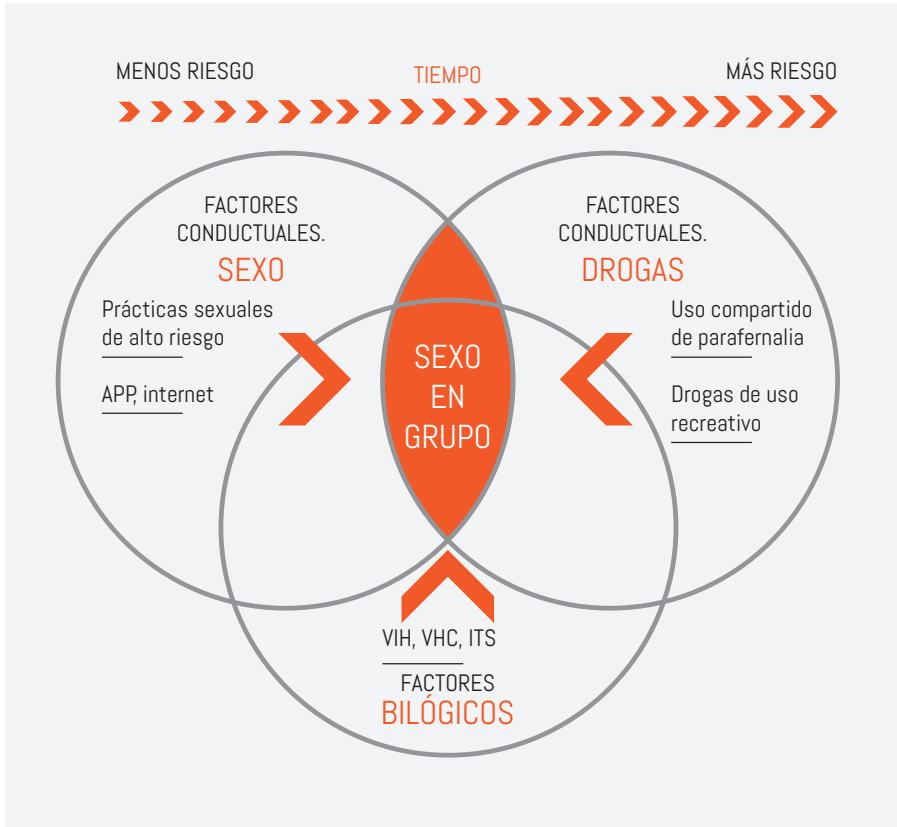
En la [imagen 2](#) se muestra toda una serie de factores potenciales asociados con la transmisión del VHC en el contexto del *ChemSex* y que han sido identificados por algunos estudios. Como puede observarse, estos factores de transmisión forman una compleja interacción entre conductas sexuales de alto riesgo, prácticas de alto riesgo en el uso de drogas y factores biológicos y patológicos.

Esta confluencia de factores representa la tormenta perfecta para la transmisión de la hepatitis C. Dado que muchos de estos factores se solapan entre sí, en ocasiones resulta difícil identificar la causa concreta de la transmisión. Por otro lado, en algunos hombres gais, bisexuales y HSH con el VIH diagnosticados de hepatitis C aguda no se ha identificado ninguno de los factores de riesgo mencionados⁶.

05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

Imagen 2:

Factores de riesgo potenciales asociados a la transmisión del VHC
(adaptado de M. Danta⁴⁰)



FACTORES CONDUCTUALES: PRÁCTICAS SEXUALES

Durante las sesiones de *ChemSex*, podrían darse toda una serie de conductas sexuales que podrían incrementar el riesgo de transmisión del VHC. El *serosorting*, es decir la selección de parejas sexuales con el mismo estado serológico al VIH –conocido o presupuesto– para mantener sexo anal sin preservativo, se ha asociado en hombres gais, bisexuales y otros HSH con un aumento de las conductas sexuales de riesgo, tales como sexo desprotegido y sexo brusco y prolongado con lesiones traumáticas en las mucosas relacionadas con tasas más elevadas de ITS^{21,22}. Dado que los hombres gais, bisexuales y otros HSH, por lo general, no suelen hacer *serosorting* en relación con el VHC –ni con ninguna otra ITS–, el riesgo de transmisión de la hepatitis C aumenta²³.

Por otro lado, diversos estudios han hallado una correlación entre la transmisión del VHC y prácticas sexuales asociadas con lesiones traumáticas en las mucosas. Un estudio del Reino Unido que analizó 60 casos y 130 controles mostró que la adquisición del VHC se relacionó con el sexo anal sin preservativo, el *fisting*, el *rimming*, las prácticas BDSM, el uso de juguetes sexuales y el sexo en grupo en el análisis univariable, pero que solo el sexo en grupo fue un factor significativo en el análisis multivariable²⁴. Teniendo en cuenta que las fiestas de sexo, el sexo en grupo o el *Chemsex* son un ejemplo máximo de la formación de redes sexuales (y sociales) entre los hombres gais, bisexuales y HSH, resulta plausible que la transmisión del VHC y otras ITS sea más eficiente cuando se produce una exposición a múltiples parejas sexuales¹⁰.

Un estudio alemán que evaluó 34 casos y 67 controles identificó factores de riesgo similares, en concreto lesiones traumáticas rectales frecuentes con sangrado, *fisting* receptivo sin guantes, sexo en grupo y drogas administradas por vía nasal. Los autores identificaron el sangrado rectal como el factor clave relacionado con la transmisión del VHC²⁵.

Un estudio estadounidense que incluyó 22 casos y 53 controles halló también factores de riesgo similares, así como una historia pasada de sífilis

05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

o gonorrea en el análisis univariable, aunque el sexo anal receptivo sin preservativo y con eyaculación y el uso de metanfetamina fumada fueron los únicos factores significativos en el análisis multivariable²⁶.

En una cohorte francesa reclutada de forma prospectiva de 80 hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH y hepatitis C aguda, un 90% comunicó haber practicado sexo anal sin preservativo; un 65%, *fisting*; un 75% había buscado parejas sexuales a través de internet (aplicaciones para *smartphones* o sitios web) y un 79% en locales de sexo; y un 55% manifestó haber tenido sangrado rectal²⁷.

Dos estudios recientes realizados en hombres gais, bisexuales y otros HSH han mostrado que el VHC pudo detectarse en niveles con capacidad infectiva en el semen de una tercera parte de los participantes²⁸ y en las secreciones rectales del 47% de los participantes²⁹, respectivamente, por lo que los investigadores de ambos ensayos recomiendan el uso de métodos barrera para la penetración anal. De hecho, un estudio reciente ha identificado el sexo anal desprotegido como el único factor de riesgo de VHC en un 20% de los hombres gais y otros HSH con el VIH que adquirieron hepatitis C aguda y fueron diagnosticados en una clínica de salud sexual en Londres³⁰. Este dato pone en evidencia que la transmisión del VHC puede producirse incluso entre hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH que no practican *ChemSex* y que no se encuentran en una situación de riesgo elevado de contraer la hepatitis C.

En la cohorte estadounidense MACS (Estudio de Cohorte Multicéntrico del Sida) de hombres gais, bisexuales y otro HSH inscritos de forma prospectiva se halló en el análisis univariable una asociación entre seroconversión al VHC y el uso de enemas antes del sexo anal receptivo³¹. De forma similar, un estudio transversal realizado en los Países Bajos identificó una asociación entre el empleo de enemas antes del sexo anal y proctitis por linfogranuloma venéreo (LGV) en hombres gais, bisexuales y otros HSH en un análisis multivariable. La mayoría de los pacientes negó haber compartido los instrumentos para la realización del enema, por lo que es posible que los propios enemas faciliten la transmisión de ITS y el VHC al provocar lesiones traumáticas en la mucosa³².

05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

Si las características únicas de internet contribuyen, o no, a un incremento de las conductas de riesgo sexual es un tema controvertido y objeto de investigación creciente. Con todo, cada vez es mayor la evidencia que apunta a que las aplicaciones para teléfonos inteligentes y los sitios *online* de búsqueda de contactos sexuales (y en ocasiones de drogas) constituyen un entorno emergente de riesgo de VIH e ITS³³.

Los resultados de algunos estudios han puesto de manifiesto que muchas personas que utilizan internet para buscar parejas sexuales han tenido conductas de mayor riesgo sexual, han tenido más probabilidades de ser diagnosticadas de ITS y han comunicado un mayor número de parejas sexuales que las personas que usan otros medios para establecer contactos sexuales³⁴. De hecho, ya a finales de la década de los años 90 del siglo pasado, se empezaron a documentar brotes de sífilis entre los usuarios de salas concretas de chat³⁵, así como también casos de transmisión del VIH a través de parejas sexuales encontradas en internet³⁶.

La tendencia ha continuado de forma creciente hasta nuestros días. Por ejemplo, en un estudio que incluyó a hombres gays, bisexuales y otros HSH de San Francisco, el análisis multivariable reveló que internet era un factor de riesgo independiente para la transmisión de la sífilis³⁷. Recientemente, un estudio realizado en hombres gays, bisexuales y otros HSH atendidos en una clínica de salud sexual en Los Ángeles concluía que aquellos que utilizaban apps basadas en sistemas de geolocalización para la búsqueda de contactos sexuales tuvieron un mayor riesgo de adquirir gonorrea y/o clamidia que los hombres que empleaban otros métodos para buscar parejas sexuales³⁸. En 2015, el Departamento de Salud de Rhode Island en EE UU alertaba de que las conductas sexuales de riesgo y, entre ellas, el uso de internet y apps de búsqueda de contactos sexuales, podrían estar detrás del aumento de las tasas registradas de gonorrea, sífilis y VIH³⁹.

Por otro lado, algunos estudios han mostrado que los hombres gays, bisexuales y otros HSH con conductas de alto riesgo las seguirán teniendo, independientemente de si encuentran sus parejas sexuales *online* u *offline*, como por ejemplo en clubs de sexo, saunas, etc.⁴⁰.

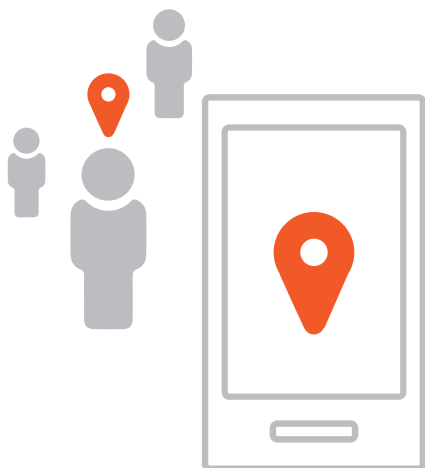
Un buen número de hombres gays, bisexuales y otros HSH en situación de vulnerabilidad psicosocial –como por ejemplo con síndrome de agotamiento

05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

por los mensajes de sexo seguro, depresión o aislamiento social- podrían ser particularmente propensos a desconectar, o evitar pensar en el VIH y otras ITS, en el anonimato de un mundo virtual donde pueden encontrar parejas sexuales para mantener conductas sexuales de alto riesgo⁴¹.

El uso de internet para encontrar parejas fuera de la red habitual de encuentros sexuales también podría crear un entorno donde se mezclan personas con conductas sexuales de bajo y alto riesgo⁴². Estas nuevas y extensas redes sexuales (y sociales) podrían, a su vez, aumentar las tasas de transmisión del VIH y otras ITS.

Por consiguiente, aunque resulta controvertido si internet conlleva un aumento general de las conductas de alto riesgo, existe un corpus cada vez mayor de indicios que apuntan a que internet podría incrementar las conductas de riesgo en hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH. Algunos expertos señalan que internet, probablemente, representa un epifenómeno asociado con la transmisión de la hepatitis C dependiente de un tercer factor relacionado de forma directa: las conductas de alto riesgo tanto en el ámbito sexual como en el de uso de drogas⁴³.



FACTORES CONDUCTUALES: USO DE DROGAS

La mayor disponibilidad de determinadas drogas psicoactivas, como la mefedrona y la metanfetamina, ha tenido un gran impacto sobre el fenómeno del *ChemSex*. Ambas drogas tienen efectos estimulantes y euforizantes y, a diferencia de otras drogas, producen una exacerbación de la libido, una hiperactividad sexual y una potenciación de las sensaciones sexuales, motivo por el que suelen ser las preferidas por algunos hombres gays, bisexuales y otros HSH para ser utilizadas en las sesiones de *ChemSex*¹³. Además, determinadas drogas empleadas en las fiestas de sexo tienen efecto anestésico, lo que facilita, al disminuir el umbral del dolor, la realización ciertas prácticas sexuales asociadas a lesiones traumáticas en la mucosa –como el *fisting* o el uso de juguetes sexuales–.

Resulta difícil de discernir hasta qué punto las drogas de uso recreativo (no inyectables) en un contexto sexualizado podrían facilitar directamente la transmisión del VHC frente al efecto que tienen sobre la desinhibición de la conducta sexual y la realización de prácticas sexuales de alto riesgo. No obstante, resulta biológicamente plausible que las drogas administradas por vía intranasal, intrarrectal o fumada puedan asociarse con transmisión permucosa, ya sea por compartir la parafernalia para su administración (billetes o ‘rulos’), por lesiones traumáticas en las mucosas o por el aumento del flujo de sangre en las mucosas (hiperemia). Un estudio estadounidense demostró la plausibilidad, desde el punto de vista virológico, de la transmisión intranasal del VHC, al descubrir la presencia de sangre y ARN viral tanto en las secreciones nasales como en el material utilizado por los consumidores de drogas (cocaína, heroína y otras drogas en polvo) por vía intranasal con hepatitis C crónica. Además, la frecuencia e intensidad de las afecciones nasales observadas en los participantes de este ensayo podrían agravar las condiciones que facilitan la transmisión intranasal del VHC⁴⁴.

Asimismo, muchas drogas, entre las que se incluyen la metanfetamina, provocan sequedad e irritación de las membranas mucosas. Esto puede provocar directamente hemorragias nasales y sequedad de pecho,

05 CHEMSEX Y HEPATITIS C: FACTORES DE RIESGO

garganta y pulmones, pero también sequedad de la mucosa vaginal, anal y del pene. El moco que recubre las membranas mucosas proporciona una capa protectora a los tejidos, por lo que la sequedad asociada al uso de drogas podría aumentar el riesgo de transmisión del VHC y otras ITS.

Dos estudios de caso-control llevados a cabo en Reino Unido²⁴ y Alemania²⁵ registraron niveles elevados de empleo de drogas administradas por vía nasal entre los casos. En EE UU, el uso de metanfetamina fumada durante el sexo fue el factor de riesgo más significativo para la transmisión del VHC –junto con el sexo anal receptivo con eyaculación– en el análisis multivariable de un estudio que incluyó a hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH que no consumían drogas por vía inyectable²⁶.

Existen también indicios que sugieren que una proporción de hombres que practican *ChemSex* utilizan drogas por vía inyectada (*slam o slamming*)⁴⁵ aunque en España se cree que la prevalencia de esta práctica es todavía baja¹⁷. El *slamming* se asocia a determinados riesgos para la salud, como por ejemplo la transmisión del VHC, VHB y VIH cuando se comparte el material para la preparación y la inyección de drogas.

FACTORES BIOLÓGICOS

Desde un punto visto biológico, existe una serie de mecanismos potenciales asociados con la infección por el VIH que podrían incrementar tanto la capacidad infectiva como la susceptibilidad al VHC⁴⁶. Algunos estudios han mostrado que el VIH puede incrementar la carga viral del VHC en suero y en semen^{47,48,49}. Por otro lado, también se ha especulado que los defectos de la inmunidad gastrointestinal en pacientes con el VIH podrían aumentar la susceptibilidad a la infección por el VHC⁵⁰. En un estudio observacional en el que se analizaron 43 individuos con el VIH se halló una respuesta inmunitaria humoral al VHC atenuada con un retraso en el desarrollo de anticuerpos frente al VHC, independientemente del recuento de CD4 o de la probabilidad de aclarar de forma espontánea el VHC. Alrededor de un 5% de los participantes de este estudio no seroconvirtieron al VHC un año después de haber adquirido la infección⁵¹.

Por otro lado, existen otros factores propios del VHC que podrían propiciar un mayor riesgo de transmisión sexual, como la presencia del virus en el fluido rectal. En un estudio observacional que analizó 45 hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH e infección aguda o crónica por el VHC, se hallaron cantidades suficientemente elevadas del virus en el moco rectal como para que se pudiera producir la transmisión durante las relaciones sexuales anales, incluso en ausencia de sangre²⁹. La presencia del VHC en el fluido rectal estuvo fuertemente asociada con cargas virales en sangre superiores a 5log UI/mL y la relación se mostró todavía más fuerte cuando la carga viral fue superior a 6log UI/mL.

En esta misma línea también se ha especulado sobre la posibilidad de que los brotes de infección aguda por el VHC transmitida por vía sexual estén relacionadas con cepas de VHC más virulentas⁷. La similitud genética de las cepas halladas en algunas ciudades e, incluso, entre países distintos, con clones comunes y una alta prevalencia de genotipo 4, podría hacer pensar que pudiera tratarse de variantes virales con mayor capacidad infectiva permucosa que, una vez entran dentro de un entorno específico donde pueden transmitirse por vía sexual, provocan los brotes de hepatitis C aguda¹⁰.

En cuanto al papel de las infecciones de transmisión sexual, parece plausible que la presencia de ITS ulcerativas como la sífilis o el linfogranuloma venéreo pueda facilitar la transmisión permucosa a través de la disrupción de la barrera mucosa. De hecho, las primeras series de casos de infección aguda por el VHC en hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH se asociaron con sífilis y linfogranuloma venéreo⁵². En el estudio alemán de caso-control, un 56% de los casos frente a un 31% de los controles comunicaron sífilis, clamidia o gonorrea los 12 meses precedentes²⁵, un hallazgo que también se observó en el estudio de caso-control del Reino Unido²⁴. Entre los 93 casos de hepatitis C aguda registrados en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Clínic de Barcelona⁶, 37 (40%) presentaron de forma concomitante a la hepatitis C aguda otra ITS: sífilis aislada en 17 pacientes; sífilis más uretritis por gonococo y clamidia en 3 pacientes; sífilis más linfogranuloma venéreo en 3 pacientes; uretritis por gonococo y clamidia en 3 pacientes; linfogranuloma venéreo en 3 pacientes; infección por el VIH reciente en 5 pacientes; y balanitis herpética en un paciente.

06

TRANSMISIÓN DEL VHC DURANTE EL CHEMSEX

La confluencia de múltiples factores de riesgo relacionados con las prácticas sexuales, el uso de fómites, el consumo de sustancias y la presencia concomitante de otras ITS hace que se den las condiciones necesarias para la transmisión del VHC.

El VHC se transmite, principalmente, a través del contacto directo de sangre a sangre y quizá también, en determinadas circunstancias, a través del semen, fluidos rectales y heces, incluso sin la presencia de sangre.

Durante las sesiones de *ChemSex*, ya sea para la realización de determinadas prácticas sexuales o para el consumo de drogas, se pueden utilizar objetos que –si se comparten– actúan como fómites para la transmisión del VHC. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE UU (CDC, por sus siglas en inglés), el virus podría sobrevivir fuera del organismo hasta tres semanas a temperatura ambiente

sobre superficies ambientales (como en juguetes sexuales o billetes y otros artilugios para la administración intranasal o inyectable de drogas empleados durante las sesiones de *ChemSex*)⁵⁰.

Un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Yale halló que el VHC podría sobrevivir sobre fómites hasta seis semanas a temperatura ambiente⁵¹. Este mismo grupo de investigación ya había revelado con anterioridad⁵² que el VHC podría sobrevivir hasta 63 días en jeringuillas con gran volumen muerto (con agujas desechables y con capacidad para 84 mL de líquido con el émbolo apretado) y hasta siete días en jeringuillas con poco volumen muerto (que por lo general cuentan con agujas unidas de forma permanente y tan solo retienen un promedio de 2 mL).

06 TRANSMISIÓN DEL VHC DURANTE EL CHEMSEX

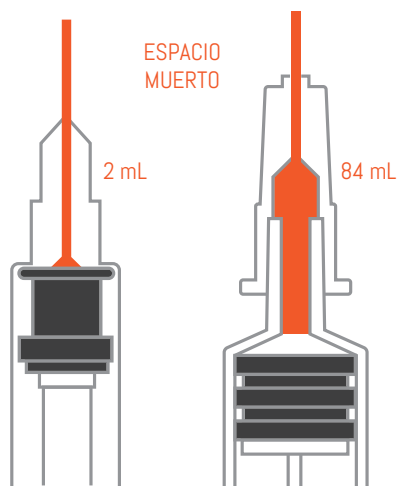


Imagen 3:
Volumen o espacio muerto
en una jeringuilla

Por «volumen muerto» se entiende el espacio que queda en la jeringuilla una vez apretado el émbolo por completo, y en el que pueden quedar restos de sangre u otros fluidos (véase imagen 3). De este modo, una persona que comparta una jeringuilla durante una sesión de *SlamSex* con un elevado espacio muerto es más probable que se vea expuesta al VHC (o a otros virus) que si se hubiera compartido una con poco volumen muerto⁵⁶.

Por otro lado, el *ChemSex* implica, por lo general, mantener relaciones sexuales más intensas durante periodos de tiempo prolongados con una o más parejas sexuales. Debido a los efectos de las drogas, puede producirse deshidratación corporal, lo que puede empeorar las lesiones en la piel y producir lesiones o roturas en las mucosas. Además, por el efecto de las drogas, puede disminuir la percepción del dolor, lo que podría provocar daños tanto en el propio cuerpo como en de las parejas sexuales, haciendo más vulnerables determinadas partes del cuerpo al VHC, como, por ejemplo:

Lesiones o heridas en el ano o en la mucosa rectal

Llagas/cortes/úlceras en la boca/lengua/labios

Encías sangrantes en la boca

Lesiones o heridas en la mucosa nasal

Cortes en dedos o puño

Cortes o abrasiones en el pene

06 TRANSMISIÓN DEL VHC DURANTE EL CHEMSEX

En la siguiente tabla se resumen los **potenciales riesgos de transmisión del VHC por exposición sanguínea en el contexto del ChemSex:**

Riesgos de transmisión a través de la parafernalia para el uso de drogas

Sangre en agujas / jeringuillas usadas	>> Lesiones en la piel / venas
Sangre en agujas / jeringuillas usadas	>> En un recipiente / cuchara donde puede usarse una aguja limpia
Sangre en un recipiente / cuchara usada	>> En agujas / jeringuillas limpias
Sangre sobre o dentro de jeringuillas para aplicación anal de drogas	>> En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en la boquilla de una pipa de metanfetamina	>> En labios con heridas o agrietados
Sangre en el rulo de esnifar	>> Lesiones en la mucosa nasal

Riesgos de transmisión a través de instrumentos domésticos

Sangre en hojas de afeitar / tijeras / cepillos de dientes	>> Lesiones en la piel / encías
Sangre en el tubo o el mango de la ducha para la higiene anal	>> En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano

Riesgos de transmisión a través de preservativos, guantes y lubricantes

Sangre en preservativos usados	»» En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en preservativos reutilizados	»» En un juguete sexual > en una mucosa anal dañada
Sangre en un guante	»» En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en el dispensador del bote de lubricante / en el bote de lubricante	»» En un pene dañado
Sangre en el dispensador del bote de lubricante / en el bote de lubricante	»» En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en el dispensador del bote de lubricante / en el bote de lubricante	»» En un juguete sexual > en una mucosa anal dañada

Riesgos de transmisión a través del contacto sexual

Sangre en la saliva, en la lengua / los labios	»» En labios agrietados, lengua mordida, encías sangrantes
Sangre en la saliva, en la lengua / los labios	»» En un pene irritado, ano dañado
Sangre en la mano (introducción de dedos / introducción del puño)	»» En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en la mano (introducción de dedos / introducción del puño)	»» En pene irritado
Sangre en el pene irritado sin preservativo	»» En abrasiones / heridas en la entrada o mucosa del ano
Sangre en el pene irritado sin preservativo	»» En labios agrietados, lengua mordida, encías sangrantes
Sangre en la orina (muy poco frecuente pero posible cuando se produce un trauma, infección o uso de drogas)	»» En cualquier zona irritada / dañada durante la 'lluvia dorada'
Sangre en el semen (muy poco frecuente)	»» En boca o ano irritados o sangrantes

07

ESTUDIO DE CASO

El siguiente caso es el de una persona real atendida en la clínica de salud sexual 56 Dean Street en Londres. El nombre de este paciente ha sido modificado para el propósito de este estudio de caso.

Jeff es un hombre gay de 29 años con el VIH que vive en una gran ciudad. Hace cuatro años aclaró una infección aguda por el VHC, momento en el que buscó ayuda en un centro de atención a las drogodependencias por su consumo de drogas recreativas. Aunque dicho servicio contaba con una amplia experiencia en el manejo de las adicciones, Jeff pensó que sus preferencias sexuales no fueron entendidas ni abordadas de una manera apropiada. Esta persona se esfuerza por mantener la intimidad en las relaciones sexuales y practicar sexo sobrio; no obstante, alrededor de cuatro veces al año se deja llevar por un comportamiento de *ChemSex*, que consiste básicamente en tres o cuatro días de fiesta manteniendo relaciones sexuales con otros hombres bajo los efectos de las drogas.

Una noche, después de haber tomado unas copas, Jeff volvió a casa solo y empezó a buscar posibles contactos sexuales a través de una aplicación instalada en su teléfono móvil. Acabó invitándose a casa de un hombre que estaba deseando compartir drogas.

Los dos tenían el VIH y accedieron a practicar sexo sin preservativos. Jeff le preguntó a su pareja si tenía hepatitis C, algo que hizo con cierta cautela y miedo después de su propio diagnóstico cuatro años atrás. A pesar de que la pareja se mostró incómoda por la pregunta, respondió que, hasta donde él sabía, no tenía el VHC.

Los dos esnifaron mefedrona empleando cada uno un billete enrollado distinto y bebieron algo de GHB. Después practicaron sexo

sin preservativo de forma intermitente durante cinco horas, antes de acordar invitar a una tercera persona que traía algo de Viagra® y 'tina' (metanfetamina). Mientras esperaban, Jeff se dio una ducha y se refrescó. Sabía que no debía utilizar cepillos de dientes ni cuchillas de otras personas, así que se aclaró la boca haciendo gárgaras. Se había mordido la lengua y presentaba algunas úlceras en el interior de las mejillas. Utilizó una maquinilla eléctrica para retocarse el vello púbico, ya que pensaba que tenía un aspecto poco arreglado y además le parecía que así sería más erótico. También se realizó una ducha anal usando el tubo de la ducha tras quitarle la alcachofa, ya que las relaciones sexuales habían sido bastante intensas. Sin embargo, no sabía que dos hombres habían estado en esa casa unas horas antes de que llegase él y se habían hecho también una ducha anal con ese tubo tras una sesión de *fisting* (introducción del puño en el ano). Uno de esos hombres tenía hepatitis C.

El tercer hombre llegó y trajo consigo 'tina' y jeringuillas, aunque no Viagra®. A Jeff ya se le había pasado el efecto de la mefedrona y, receloso de inyectarse, decidió tomar la metanfe-

tamina por vía anal (insertando una mezcla de agua y droga disuelta en el ano empleando una jeringuilla de 2 mL, sin agujas). Se aseguró de que la jeringuilla no había sido utilizada por nadie previamente, aunque es posible que el agua proviniera del mismo recipiente empleado para mezclar las drogas inyectadas por los otros hombres. Esperaba que las agujas no hubieran estado en contacto con ese recipiente, pero los acontecimientos estaban volviéndose algo confusos.

Debido a la falta de Viagra®, usaron algunos dildos. No había preservativos a mano, pero Jeff tuvo el cuidado de asegurarse de no emplear ningún juguete que hubiera sido utilizado por otra persona. De nuevo, lo que ignoraba era que los dildos habían sido usados por los hombres que habían estado en la casa antes de su llegada.

Al segundo día, las drogas se habían acabado y el tercer hombre se había marchado. Jeff y su anfitrión decidieron salir a buscar más drogas a casa de un 'camello' que vivía a 20 minutos de distancia. Cuando llegaron, en unas condiciones no muy buenas debido a las drogas, les ofrecieron una pipa de tina para entonarse. La pipa estaba

algo rota, pero Jeff no puso ningún inconveniente. Durante el viaje, Jeff se había aplicado un protector labial porque tenía los labios cortados, así que pensaba que probablemente estaba protegido frente a la gota de sangre con el VHC que presentaba la boquilla de la pipa, que había sido compartida por muchos visitantes en las horas y días previos.

Los dos hombres permanecieron en casa del *dealer* durante aproximadamente otras diez horas. Jeff acabó cediendo a la tentación de usar drogas inyectables, aunque todos los presentes estaban al tanto de usar jeringuillas limpias. Hubo cierto movimiento en la casa y se compartieron parejas, pero Jeff únicamente mantenía relaciones sexuales con el hombre con el que había llegado y el 'camello'. Se practicó *fisting* empleando guantes, pero el dispensador de lubricante fue compartido de una forma poco higiénica, así que Jeff solo pudo confiarse a la suerte. Estaba muy colocado y pasándolo bien. También hubo un momento en que tomó demasiada cantidad de GHB y perdió el conocimiento (cree él) durante un periodo de tiempo indeterminado. Jeff recuerda haberse sentido muy excitado antes de perder el conocimiento y no está muy seguro de lo

que pudo suceder. Sin embargo, los otros hombres, preocupados por su estado, le inyectaron algo de metanfetamina diluida en el ano para ayudarlo a volver en sí. Nadie pudo afirmar si la jeringuilla utilizada para ello estaba limpia o había sido usada con anterioridad, pero, llegados a ese punto, ponerse a hablar sobre esta cuestión hubiera generado malestar.

Al cuarto día, Jeff se despertó en casa sintiéndose cansado y avergonzado. Pensó que no tenía demasiado sentido realizarse la prueba del VHC esa semana, ya que no había nada que pudiera hacer al respecto de todos modos y, además, consideraba que su conducta "había sido segura, en general". También deseaba evitar las preguntas que le harían en el centro de atención de infecciones de transmisión sexual, dado que se sentía algo avergonzado por lo que había hecho.

El fin de semana siguiente Jeff volvió a consumir drogas de nuevo y este ciclo se prolongó a lo largo de otros cinco meses. Continuó teniendo cuidado en no compartir jeringuillas y siempre que pudo habló sobre el estado serológico al VHC con sus parejas. Se mostraba muy orgulloso al hablar con su médico del VIH sobre los límites que fijaba en las

sesiones de *ChemSex*. No obstante, cinco meses más tarde, descubrió que había vuelto a infectarse por el VHC, cuando acudió a su cita rutinaria del VIH. Le preguntó a su médico cómo podía haberse infectado teniendo en cuenta que había sido muy estricto respecto al uso de jeringuillas limpias. Su médico, que no estaba muy versado en el amplio abanico de riesgos existentes en

torno al *ChemSex*, solo le repitió el consejo de utilizar jeringuillas limpias y preservativos en el futuro y obvió otras recomendaciones acerca de cómo reducir el riesgo de adquirir o transmitir el VHC. Jeff estaba convencido de que sus días de *ChemSex* habían quedado atrás para siempre, por lo que su médico no lo derivó a un servicio relacionado con el consumo de drogas.

De las conversaciones con 500 hombres gais, bisexuales y otros HSH que han practicado *ChemSex* y han sido atendidos en la clínica 56 Dean Street de Londres, los profesionales de este centro de salud sexual extraen las siguientes conclusiones:

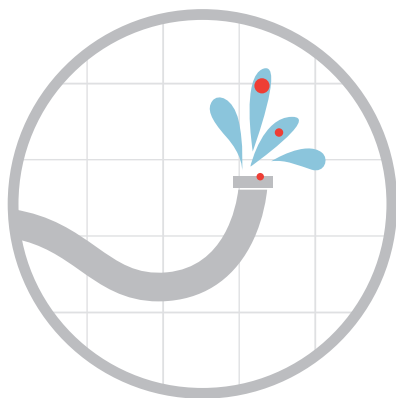
Aunque gran parte de estas conductas de alto riesgo podrían resultar alarmantes, es importante señalar que existe una gradación del riesgo. Algunos hombres declararon consumir drogas no inyectables durante las relaciones sexuales dentro de sus propias relaciones monógamas, donde los riesgos de transmisión del VHC eran, aparentemente, bastante reducidos. Otros hombres prefirieron el sexo con una única pareja frente al sexo grupal y algunos tenían buenas habilidades a la hora de negociar los riesgos con sus parejas sexuales. Muchos usuarios conocían las recomendaciones básicas, como, por ejemplo, no compartir los rulos ni las jeringuillas (para esnifar o inyectarse drogas); sin embargo, a muchos les resultaba difícil poner en práctica en todas las ocasiones las medidas de seguridad (como utilizar preservativos durante las relaciones sexuales, con los juguetes sexuales o usar guantes para el *fisting*) cuando se encontraban bajo los efectos de un "subidón" prolongado y desinhibidor de una droga. Pocos hombres eran conscientes de las posibilidades más sutiles o menos obvias de transmisión del VHC en esos entornos. Para complicar todavía más nuestra comprensión de la transmisión del VHC en una sesión de *ChemSex*, ha habido un número significativo de usuarios de drogas no inyectables sin

07 ESTUDIO DE CASO

el VIH que se han infectado por el VHC (o que se han reinfectado) a pesar de declarar haber empleado de forma constante el preservativo y de ser conscientes de las recomendaciones dirigidas a preservar la salud sexual.

La mayor parte de los hombres atendidos tenían un buen nivel de información sobre la prevención del VIH. Se observó que existía cierta confianza a la hora de hablar acerca del 'estado serológico al VIH' y la 'indetectabilidad' de la carga viral, tanto *online* como cara a cara (aunque una suposición que se hizo de manera habitual fue que los hombres que elegían participar en relaciones sexuales sin preservativo en una fiesta de *ChemSex* lo hacían porque ya tenían el VIH). Hubo un grado significativo de indiferencia respecto a los riesgos de ITS distintas a las provocadas por virus sanguíneos, ya que fueron consideradas como fácilmente tratables.

Sin embargo, en el caso del VHC, todo esto fue bastante distinto: en raras ocasiones se reveló que se tenía esta infección, por internet o en persona. Cuando se mencionó la hepatitis C, fue más probable que fuese como parte de una afirmación estigmatizante en la descripción de un perfil *online*, rechazando a cualquier posible pareja con esta infección.



08

¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Es bien sabido que hablar sobre salud sexual en la consulta entraña dificultades tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes. Ya sea por la dificultad de tratar temas considerados de la esfera privada del paciente, ya sea por la dificultad de soltar el lastre de una medicina centrada más en la enfermedad que en el paciente, lo cierto es que los problemas de comunicación ahondan más la brecha que se abre entre médicos y pacientes.

Los profesionales sanitarios necesitan sentirse cómodos a la hora de hablar con sus pacientes sobre temas sensibles tales como prácticas sexuales, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, etc. Si no se establece una comunicación efectiva, resulta difícil abordar en la consulta cuáles son los riesgos asociados al *ChemSex* y cómo se pueden minimizar.

Establecer un vínculo de confianza resulta fundamental a la hora de evaluar una población vulnerable. Algunos hombres gays, bisexuales y otros HSH podrían mostrarse reticentes y no querer revelar sus prácticas sexuales y/o su consumo de drogas si creen que van a ser juzgados o que no van a ser entendidos. Es bien sabido que muchos de los hombres que practican *ChemSex* podrían percibir sus conductas como estigmatizantes, como por ejemplo el sexo en grupo, el sexo transaccional, determinadas prácticas sexuales o el uso de drogas. Si además existe un consumo problemático de drogas, podrían producirse otros problemas sociales y de salud que podrían aumentar la carga de vergüenza y sensación de ser juzgados. Este es el motivo por el que, con relativa frecuencia, muchos hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex* se han mostrado reacios a acudir a los centros de atención a las drogodependencias y prefieren acudir a otros dispositivos sanitarios –como unidades de ITS– o recursos comunitarios –como servicios de apoyo entre iguales– en busca de ayuda⁵⁷.

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Abordar en la consulta determinadas conductas en el contexto del *Chemsex* depende no solo de la voluntad del paciente de revelarlas sino también del conocimiento, las actitudes y las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios.

Es fundamental para los profesionales sanitarios comprender los complejos aspectos y motivaciones subyacentes en los hombres que practican *ChemSex*. Puede resultar complicado para los profesionales sanitarios ser testigos o empatizar con conductas que podrían ser incluso autolesivas. Es importante saber que existen motivos explicables (y complejos) que subyacen detrás de las prácticas de *ChemSex*, más allá de la búsqueda del placer o la potenciación y mayor duración de las sesiones sexuales. Algunos hombres utilizan también las drogas en contextos sexualizados para facilitar la intimidad; huir de la soledad, el miedo o la vergüenza; manejar la ansiedad y el bajo estado de ánimo; reducir el estigma asociado al VIH; superar sentimientos negativos provocados por la imagen corporal, o como conducta autolesiva^{58,59}. Además, algunos estudios han asociado el uso de sustancias con la homofobia interiorizada que padecen algunos hombres gays y mujeres lesbianas⁶⁰.

Todos estos factores podrían explicar algunas de las conductas observadas entre algunos hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex*. Si los pacientes son conscientes de que los profesionales sanitarios entienden estas complejas motivaciones, podemos ganarnos su confianza de una forma más efectiva.

En este sentido, elegir de forma cuidadosa las palabras y utilizar términos coloquiales para hablar del *ChemSex* por parte del personal sanitario resulta fundamental a la hora de establecer un vínculo de confianza que ayude a los pacientes a revelar de una manera más relajada y honesta sus prácticas sexuales, el uso de droga, el número de parejas sexuales o los riesgos a los que se exponen.

Un primer paso consiste en familiarizarse con las sustancias más habitualmente empleadas y algunas de las prácticas sexuales que se realizan durante las sesiones de *ChemSex*.

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

En la siguiente tabla se muestran algunas de las drogas que más se utilizan en las sesiones de *ChemSex*, su vía de administración, efectos y vida media. Puede obtenerse información más detallada de cada una de las drogas en www.chem-safe.org de Energy Control.

Vía de administración	Efectos	Vida media
METANFETAMINA ('tina'; 'T')		
Oral, fumada (en pipa de vidrio), intranasal (esnifada), intravenosa, intrarrectal (con jeringuilla sin aguja)	Efecto estimulante, de activación y bienestar a dosis bajas u ocasionales. La concentración y la atención se incrementan, y el sueño, la fatiga y la sensación de hambre desaparecen. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar el que las relaciones sexuales se prolonguen durante muchas horas.	6-8 horas
MEFREDONA ('mefe')		
Oral e intranasal (las más frecuentes); intravenosa, intrarrectal (disuelta o en forma de gel)	Efecto entre estimulante y empatógeno. Las dosis recreativas habituales (en torno a 150 mg por vía oral, 50 mg por vía intranasal) producen percepción de incremento de energía, sensación de estimulación, estado de alerta, euforia, locuacidad. Algunas personas refieren un efecto afrodisiaco o intensificador de las relaciones sexuales.	4-6 horas (vía oral) y aproximadamente 1 hora (vía intranasal o intravenosa)
MDMA (éxtasis; en comprimidos –'rulas', 'pastis'– y en forma cristalizada –'M'–)		
Oral (más habitual), intranasal	Amplifica e intensifica las sensaciones emocionales, sentimientos de cercanía hacia los demás, confianza y empatía, sensaciones de autoestima, de bienestar y felicidad; modificación de las percepciones sensoriales, deseos de abrazar y besar a los demás.	4-6 horas (dependiendo de la dosis y de la persona)

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Vía de administración	Efectos	Vida media
Intranasal (la más habitual), fumada, oral, intravenosa	COCAÍNA ('coca', 'farla') Una dosis habitual intranasal (50- 75 mg) produce un efecto estimulante, de euforia y exaltación del estado de ánimo. Disminuye las sensaciones de cansancio, sueño y hambre. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar la sociabilidad. Debido al efecto anestésico local de la cocaína es posible aplicarlo directamente sobre los genitales para retardar la eyaculación o facilitar prácticas sexuales que puedan implicar dolor.	0,5-2 horas
Intranasal (la más habitual), oral, intravenosa, intramuscular, intrarrectal	KETAMINA ('keta', 'special K') Efecto anestésico "disociativo" caracterizado por analgesia (desaparición del dolor) sin alteración del nivel de conciencia. A dosis bajas produce euforia, embriaguez leve y alteraciones en la percepción corporal. Según se incrementa la dosis aparecen estados alucinatorios, de ensoñación o pérdida de contacto con la realidad. En algunas personas la ketamina incrementa el deseo sexual y disminuye las inhibiciones. Por su efecto anestésico, puede facilitar prácticas sexuales que impliquen dolor	45-60 minutos (vía intranasal) y 3 horas (vía oral e intramuscular)

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Vía de administración	Efectos	Vida media
	GHB/GBL ('G')	
Oral e intranasal (las más frecuentes); intravenosa, intrarrectal (disuelta o en forma de gel)	A las dosis habituales produce un efecto estimulante, de activación y bienestar. La concentración y la atención se incrementan, el sueño, la fatiga y la sensación de hambre desaparecen. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar el que las relaciones sexuales se prolonguen durante muchas horas.	2 horas aproximadamente
	SPEED	
Intranasal (la más frecuente), oral	Amplifica e intensifica las sensaciones emocionales, sentimientos de cercanía hacia los demás, confianza y empatía, sensaciones de autoestima, de bienestar y felicidad; modificación de las percepciones sensoriales, deseos de abrazar y besar a los demás.	4-6 horas
	POPPERS	
Intranasal (líquido inhalado)	Actúa relajando los músculos lisos. La relajación de las venas y las arterias produce bajadas de tensión arterial y la relajación de la musculatura anal facilita la penetración. Los cambios en la tensión arterial producen una sensación de mareo, taquicardia y "subidón" en la cabeza.	Pocos minutos

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Vía de administración	Efectos	Vida media
-----------------------	---------	------------

FÁRMACOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (SILDENAFILO, TADALAFILO, VARDENAFILO, AVANAFILO)

Oral (comprimidos)	Actúan incrementando el flujo en los vasos sanguíneos del pene y facilitando la erección. Algunas drogas de uso recreativo, sobre todo cuando se utilizan en dosis elevadas, pueden provocar dificultades o imposibilidad de erección del pene. Este efecto adverso es típico del alcohol, así como de otros estimulantes como la cocaína, el <i>speed</i> , la metanfetamina o el MDMA. Por este motivo, el uso de estos fármacos en contextos sexuales que implican consumo de drogas es relativamente frecuente.	sildenafil: 4 horas tadalafil: 17,5 horas vardenafil: 4,5 horas avanafil: 8 horas
-----------------------	---	--

FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS (ANSIOLÍTICOS, BENZODIACEPINAS, HIPNÓTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS)

Oral (la más habitual), intravenosa (comprimidos triturados)	Fármacos de prescripción médica conseguidos en ocasiones fuera del circuito sanitario. Algunas personas utilizan estos fármacos para contrarrestar los efectos negativos de un exceso de estimulantes o conciliar el sueño después de una sesión. Algunas personas también los emplean para mitigar los síntomas de un “bajón”, como paranoias, ansiedad o depresión, o para cortar los efectos de un “mal viaje” con un alucinógeno.	Variable dependiendo de cada fármaco
---	---	--------------------------------------

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

A continuación, se ofrece un listado de algunas de las prácticas sexuales y los términos coloquiales que se utilizan para designarlas entre los hombres que practican *ChemSex*:

Rimming: También conocido como anilingus, es una práctica que consiste en lamer el ano de una pareja para proporcionarle estimulación sexual. El riesgo de contraer el VIH a través del *rimming* es muy bajo. Sin embargo, implica un alto riesgo de hepatitis A, hepatitis B y otras ITS – como herpes, verrugas genitales (asociadas al VPH), sífilis, clamidia y gonorrea–. La presencia de sangre en el ano y el canal anal aumenta el riesgo de VHC. Estudios recientes han mostrado que el VHC puede también detectarse en niveles con capacidad infectiva en las secreciones rectales²⁹ y en las heces incluso sin que haya presencia de sangre⁶¹. Esta práctica también implica un riesgo de adquirir bacterias, como *Shigella*, y parásitos, como *Giardia lamblia*.

Fisting: Consiste en la introducción de la mano –e incluso parte del antebrazo– en el recto de la pareja. El puño del *fister* no se introduce directamente, a menos que la persona que recibe el *fisting* tenga experiencia y esté ya preparada. Por lo general, se introduce poco a poco la mano con los dedos extendidos y juntos moviendo suavemente la muñeca a un lado y a otro. Una vez que la mano entera está dentro, los dedos pueden suavemente cerrarse en un puño. A continuación, el puño puede moverse a un lado u otro o, sin sacarlo del recto, hacer movimientos hacia adelante y hacia atrás. El *fisting* puede causar daño en el tejido rectal, y en casos poco frecuentes, perforación colorrectal. El *fister* (el miembro insertivo de la pareja) debe asegurarse de que su mano esté libre de heridas y abrasiones abiertas y de que sus uñas estén cortadas para minimizar el daño en la mucosa anal y el riesgo de fisuras anorrectales, fístulas y abscesos. Diversos estudios han identificado el *fisting* como un factor de riesgo para la hepatitis C. Se puede reducir el riesgo de infección con una correcta higiene de manos y el uso individual de guantes de látex –empleando guantes diferentes cada vez que se introduzca el puño en un nuevo orificio– y lubricante. Durante las sesiones de *fisting*, los recipientes compartidos de lubricante pueden contener restos de sangre de las personas que participan, por lo que este uso aumenta el riesgo de transmisión de las hepatitis B y C. El *fingering* o

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

sexo anodigital, es decir la introducción de los dedos en el recto, también entraña un riesgo de transmisión de ITS y de daños en la mucosa del recto si las uñas no están cortadas o los dedos tienen heridas o abrasiones.

Barebacking: Es el término anglosajón para designar el sexo anal sin preservativo –también conocido como sexo ‘a pelo’ o ‘BB’ (en las aplicaciones de *smartphone*)-. Otros términos utilizados en las aplicaciones de búsqueda de contactos sexuales para describir la penetración anal (u oral) sin condón y eyaculación son ‘preñar’ o ‘lefar’ –de lefa (semen)-. El sexo anal sin preservativo es una práctica de alto riesgo de VIH y otras ITS. En el contexto del *ChemSex*, en el que, por efecto de las drogas, el sexo anal podría implicar un mayor número de parejas sexuales distintas, una mayor vigorosidad y brusquedad en las embestidas, y una mayor duración y exposición, esta práctica supone un factor de riesgo significativo para la transmisión y la adquisición de la hepatitis C.

Slamming (o slam): El término *slamming* es un eufemismo. Literalmente significa golpe fuerte que se produce al cerrar de forma violenta una puerta y de ahí deriva el significado metafórico de efecto inmediato y abrumador que se produce tras la inyección de drogas⁶². Debido a este efecto, el *slamming* se considera el modo más extremo de administrar una droga. El término habitualmente se refiere a la administración intravenosa de drogas, aunque, en ocasiones, también se emplea para referirse a otros modos de administración, como la vía intramuscular, la subcutánea o la intrarrectal (con el uso de una jeringuilla sin aguja). El *slamming* implica una serie de riesgos para la salud, como por ejemplo lesiones vasculares, abscesos y una probabilidad elevada de sobredosis. Cuando las jeringuillas –o la parefernalia para la preparación de las drogas– se comparte con otras personas, también existe el riesgo de transmisión de infecciones, como la hepatitis C, la hepatitis B y el VIH. El *slamming* parece aumentar la probabilidad de desarrollar problemas de adicción a las drogas y de experimentar efectos adversos sobre la salud física y mental.

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

Juguetes sexuales: El uso de dispositivos sexuales, como dildos, dilatadores anales (*plugs*), vibradores y otros juguetes, es una práctica habitual durante las sesiones de *ChemSex*. Compartir los juguetes sexuales, no desinfectarlos, o desinfectarlos de forma inapropiada, implica un alto riesgo de transmisión de VHC, VHB, VIH y otras ITS. Los juguetes deben ser inspeccionados regularmente en busca de áreas dañadas que pudieran albergar bacterias que provocan infecciones. Se consigue la máxima protección cuando un único juguete es utilizado por una sola persona en cada ocasión. Si se comparten los juguetes, conviene emplear preservativos diferentes cada vez que se introduzcan en un nuevo orificio. Se recomienda utilizar lubricante de base acuosa en lugar de lubricante de base oleosa junto con los preservativos. Los lubricantes de base oleosa pueden dañar los juguetes sexuales hechos de látex. Por otro lado, los lubricantes que contienen el agente espermicida nonoxinol-9 estarían contraindicados, ya que pueden irritar la mucosa rectal, lo que puede aumentar el riesgo de transmisión de enfermedades. De manera similar a lo que sucede con el *fisting*, el uso de juguetes sexuales puede provocar daño o inflamación en la mucosa rectal, lo que podría aumentar el riesgo de la infección por el VHC, VHB, el VIH y otras ITS. La limpieza de los juguetes sexuales resulta fundamental para reducir el riesgo de infección. Los métodos de limpieza varían según el tipo de material.

Lluvia: También conocida como 'lluvia dorada', es otra práctica sexual que implica el placer sexual de orinar en el cuerpo, los genitales o la cara de una pareja. Hasta la fecha, no se ha documentado ningún caso de transmisión del VIH que implique exposición a orina de una persona infectada. Las concentraciones del VIH en la orina son demasiado pequeñas como para que exista un riesgo de transmisión real. Sin embargo, el citomegalovirus (CMV) es un virus que puede transmitirse a través de la orina. El CMV puede presentar síntomas parecidos a los de una enfermedad similar a la gripe. Las personas inmunodeprimidas, como por ejemplo personas con el VIH con un sistema inmunitario debilitado, tienen un mayor riesgo de contraer este virus si se ingiere orina. Además, las bacterias de la clamidia y la gonorrea –que pueden proliferar en la uretra de las personas infectadas– también podrían transmitirse a través de esta práctica sexual. Algunas sustancias (estimulantes y derivados anfetamínicos como el MDMA) dificultan el acto de orinar. Con dosis muy elevadas pueden producirse retenciones de

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

orina (dolor intenso e imposibilidad de orinar) que obligan a acudir a un servicio de urgencias para un sondaje. Muchas drogas (y algunos fármacos) se eliminan a través de la orina sin ser degradados o bien producen metabolitos activos. Ingerir suficiente cantidad de orina puede dar lugar a efectos físicos o mentales no deseados.

Duchas anales y enemas: La mayoría de hombres que practican sexo anal receptivo, *fisting* o utilizan juguetes sexuales consideran que es muy importante la higiene rectal. De hecho, cada vez más son los locales, clubs de sexo y saunas que disponen duchas anales en sus cuartos de baño. Una ducha anal incompleta podría dejar material fecal en el recto, lo que podría provocar abrasión en la mucosa. Se recomienda realizar el enema o la ducha anal aproximadamente una hora antes de la práctica sexual, para asegurar que la mucosa rectal se ha recuperado tras el lavado. Se aconseja emplear agua tibia a baja presión y no usar jabón u otras sustancias que irriten la mucosa rectal. Compartir el tubo o el mango de la ducha para la higiene anal incrementa el riesgo de transmisión del VHC, VHB y otras ITS. No se recomienda efectuar duchas anales o enemas después de las prácticas sexuales por el riesgo de que el semen, la sangre o las heces infectadas pudieran ir hacia el interior del organismo por efecto de la presión del agua.

Felching: Práctica sexual que consiste en sustraer con la boca semen del ano de la pareja después de que alguien haya eyaculado dentro (lo que se conoce como *creampie*). Tras succionar el semen, este se puede pasar de boca a boca a la pareja y/o a otras personas presentes en la sesión. El *felching* tiene un riesgo potencial de transmisión de las hepatitis víricas, el VIH y otras ITS⁶³, sobre todo ante la presencia de llagas y heridas en la mucosa oral o cuando sangran las encías.

Morbo y vicio: Se trata de una expresión habitual que en España utilizan muchos hombres gais, bisexuales y otros HSH cuando quieren buscar a través de internet o las apps de teléfonos móviles una sesión larga de sexo acompañada con el uso de drogas. 'Morbo' alude a la búsqueda de excitación y desinhibición sexual, así como a la realización de ciertas

08 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL CHEMSEX?

prácticas sexuales (por ejemplo, *felching*). La palabra ‘vicio’, en el colectivo gay, ha pasado a ser casi un sinónimo de droga y/o consumo de drogas. ‘Morbo y vicio’ sería el equivalente al término anglosajón *ChemSex*¹³.

Lapos y saliva: Los juegos sexuales con olores o ciertos fluidos corporales como la saliva, la orina o el semen se describen como prácticas de ‘cerdeo y guarreo’ entre algunos hombres gais, bisexuales y otros HSH. El juego con la saliva, como por ejemplo escupir en la boca o los genitales de la pareja sexual, por lo general, entraña un riesgo bajo de VIH. Sin embargo, la presencia de sangre en la saliva podría incrementar el riesgo de VHC y otras ITS durante el *ChemSex* en prácticas tales como el sexo oral, el sexo buco-anal (*rimming*) o simplemente dando besos profundos y vigorosos. Hay personas que utilizan la saliva como lubricante para la penetración anal y para otras prácticas sexuales como el *fisting*. Conviene saber que este uso implica un riesgo potencial de intercambio de patógenos al entrar en contacto la saliva de una persona con la mucosa rectal de sus parejas sexuales. Esto podría incrementar el riesgo de adquirir o transmitir, por ejemplo, gonorrea⁶⁴ y hepatitis víricas, entre otras ITS.

BDSM: Es el acrónimo de *bondage* y disciplina; dominación y sumisión; y sadismo y masoquismo. Incluye toda una serie de prácticas que pueden ser estrictamente sexuales (como muchas de las incluidas en esta sección) y/o juegos de dominación y dolor como, por ejemplo, abrasión (con cera caliente, cepillos de cerda, etc.); rasurado; *piercing*; azotes; mordazas; ataduras; *clinical* (uso de una sonda uretral y otros utensilios médicos); momificación; y pinzado (oprimir con pinzas partes del cuerpo como los pezones, el pene y/o los testículos). Muchas de estas prácticas pueden provocar heridas y cortes que podrían aumentar el riesgo de transmisión del VIH, hepatitis B y hepatitis C. Además, el compartir los objetos empleados en este tipo de prácticas –como látigos, fustas, agujas o sondas uretrales (y no esterilizarlos de forma adecuada tras su uso)– podría aumentar el riesgo de transmisión de dichos virus sanguíneos.

09

BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA

Por lo general, intercalar mensajes preventivos sobre la hepatitis C durante una consulta breve puede constituir un reto. Es posible que acabe convirtiéndose en un conjunto de mensajes confusos, y en ocasiones aterradores, que esperamos que los pacientes sean capaces de recordar muchos días más tarde cuando estén (potencialmente) bajo el efecto de las sustancias. Se puede ser más efectivo suavizando el discurso y empleando unos términos que resulten familiares y asimilables para los pacientes y con los que los profesionales sanitarios también se sientan cómodos al emplearlos.

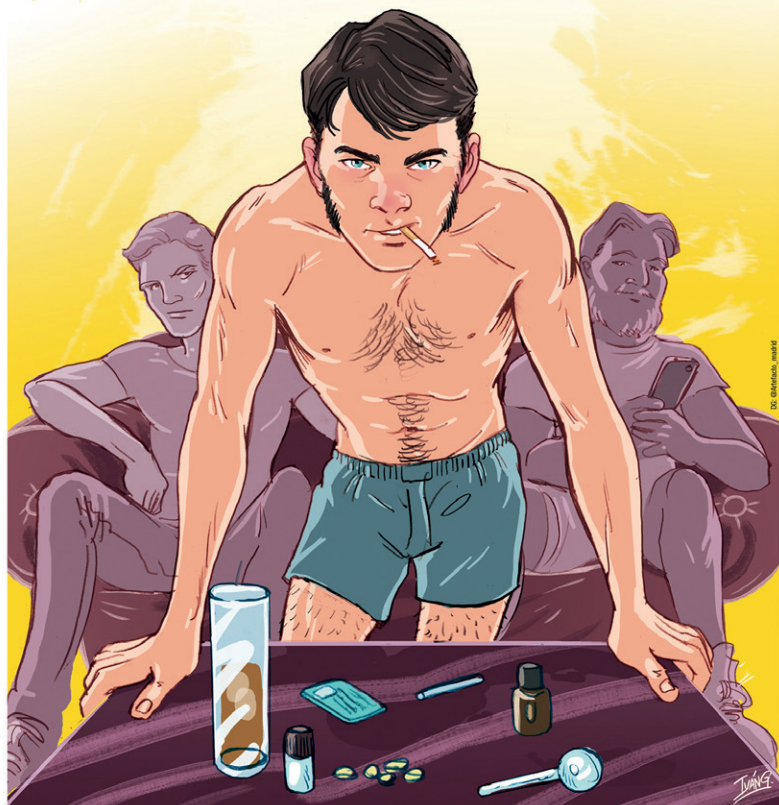
La educación para la salud y el *counselling* son la piedra angular de los servicios básicos que los profesionales sanitarios pueden proporcionar a los pacientes en la consulta. Resulta esencial crear espacios de acogida donde los hombres gays, bisexuales y otros HSH puedan sentirse seguros y recibir una atención integral⁶⁵. Tener folletos y pósteres sobre *ChemSex* visibles en la consulta es una forma de poner de manifiesto que el paciente se encuentra en un espacio seguro para hablar sobre sexo y drogas con un profesional sanitario⁶⁶ (véanse las imágenes 4 y 5).



Imágen 4:
Banner de la campaña de concienciación y reducción de riesgos de la FELGTB

WWW. **CHEM-SAFE**.ORG

INFO DROGAS + SEXO



Un proyecto de



Gestiona



Con la colaboración de



Imágen 5:

Póster promocional de la web chem-safe.org de Energy Control

Una primera aproximación para los profesionales sanitarios puede ser adoptar un enfoque que reconozca que no todos los pacientes que comunican en la consulta practicar *ChemSex* tienen necesariamente un problema que requiera apoyo o una derivación a otros especialistas. Se han desarrollado cuestionarios que podrían ayudar a evaluar los casos problemáticos y elaborar planes de atención adaptados a las necesidades individuales de cada paciente⁶⁷.

En la anamnesis en salud sexual de hombres gais, bisexuales y otros HSH, es importante tener en cuenta una serie de principios clave durante la intervención⁶⁸.

Normalizar/Validar: *“A muchas personas les resulta difícil hablar de sexo y drogas” o “Algunas personas consideran que cuando consumen drogas pueden traspasar ciertos límites o asumir ciertos riesgos en sus prácticas sexuales”*

Ser transparente: *“Necesito hacerte unas preguntas muy concretas sobre consumo de drogas, con el objetivo de poder entender mejor tus necesidades de salud y proporcionarte la mejor atención posible”*

Pedir permiso: *“¿Me permites que te haga algunas preguntas sobre consumo de drogas?”*

Ofrecer la opción de no responder: *“Si no te sientes cómodo respondiendo cualquiera de estas preguntas, no tienes por qué responderlas”*

Ofrecer opciones de respuesta: *“¿Con qué frecuencia mezclas drogas? Nunca, a veces, siempre o casi siempre”*

Evitar juicios u opiniones preguntando: *“¿Eres consciente del daño que te haces a ti mismo y a los demás con estos malos hábitos?”*

Hacer preguntas concretas en lugar de generales: *“¿Has consumido alguna vez ‘tina’?” o “¿Te has inyectado alguna vez drogas?” es preferible a “¿Has consumido alguna vez drogas recreativas?”*

El siguiente ejemplo incluye terminología específica y prácticas sexuales que pueden realizarse en una sesión de *ChemSex*⁶⁹. Se trata de una situación que los profesionales sanitarios podrían encontrarse en la consulta y para la que deberían estar preparados a fin de aconsejar y educar a los pacientes que tienen preocupaciones concretas relativas a sus prácticas sexuales. En este ejemplo, un paciente gay con el VIH pregunta en la consulta de enfermería sobre el riesgo de determinadas prácticas sexuales.

Pregunta del paciente:

“Tengo algunas preguntas sobre qué resulta seguro y qué no durante el sexo. Practico barebacking y me gusta el fisting y la lluvia. ¿Qué riesgos entrañan estas prácticas para mis parejas sexuales y para mí?”

Comentario:

La clave de la comunicación es entender la terminología. El profesional sanitario tiene que saber qué son y qué implican en términos de riesgo el *barebacking*, el *fisting* y la lluvia. Aunque el paciente no menciona el uso de drogas durante las prácticas sexuales, sería conveniente preguntarle por este

aspecto. En relación con el *fisting*, ¿es el paciente quien penetra con su mano/puño el recto de sus parejas sexuales o es él el penetrado? El paciente debería sentirse relajado y cómodo hablando con la enfermera y escuchando la información médica que esta le proporciona. Conociendo la terminología y lo que significa, la enfermera comienza a construir una relación de confianza con el paciente. La información debe ser transmitida al paciente de una manera clara y sin prejuicios.

Respuesta de la enfermera:

“Me alegra que me hagas esa pregunta. Conocer los riesgos te ayudará a protegerte a ti mismo y a tus parejas sexuales de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Practicar sexo anal sin protección (barebacking) te pone en riesgo de adquirir ITS, como gonorrea, clamidia, herpes, sífilis, verrugas genitales (asociadas al VPH), linfogranuloma venéreo y hepatitis B o C. Existe un riesgo potencial de poder infectarte de una cepa de VIH distinta a la que ya tienes. Si la carga viral del VIH no está indetectable y es elevada, podrías transmitir el virus a tus parejas sexuales. Todos estos riesgos se pueden reducir fácilmente. Si tú eres el que penetras en el fisting, tendrías que asegurarte de que tus

manos están limpias, que no tienes heridas abiertas o cortes y que tus uñas están cortadas. Puedes reducir los riesgos asociados al fisting utilizando guantes de látex y lubricante de base acuosa en abundancia. Si por el contrario eres tú quien recibe el fisting, entonces es importante que sepas que esta práctica podría implicar un riesgo de que se produzcan daños o lesiones en la mucosa rectal (el tejido que recubre el recto). Una mucosa rectal con lesiones o microlesiones es más vulnerable a las ITS a través de prácticas sexuales –como el sexo anal– que pudieran realizarse justo después del fisting. El uso abundante de lubricante es muy importante para minimizar desgarros en el recto. Por otro lado, la lluvia dorada no implica

un riesgo de transmisión del VIH. Nunca se ha aislado virus con capacidad infectiva en la orina y, hasta la fecha, no se ha documentado ningún caso de transmisión del VIH a través de la orina en contacto con la boca o con heridas en la piel. Tu infección por el VIH está bajo control; sin embargo, simplemente quiero recordarte la importancia de tener una buena adherencia al tratamiento para mantener la carga viral indetectable. Esto te permitirá mantener una buena salud y proteger del VIH a tus parejas sexuales. Aunque no me has comentado nada sobre el uso drogas, ¿me permites que te haga algunas preguntas sobre este tema? Esto me ayudaría a entender mejor tus necesidades de salud y proporcionarte la mejor atención posible”.



09 BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA

A continuación, se incluyen algunas preguntas que se pueden plantear en la anamnesis y que deberían incluirse en la historia clínica sexual del paciente. Todas estas preguntas permiten explorar las conductas de los pacientes y evaluar los riesgos de hepatitis C asociados a dichas conductas:

¿Alguna vez utilizas drogas para practicar sexo?

¿Qué drogas acostumbras a consumir?
Sueles mezclarlas

¿Consumes metanfetaminas y/o mefedrona?

¿Participas en sesiones de sexo y drogas?
(ChemSex)

¿Con qué frecuencia lo haces?
¿Cuánto suelen durar las sesiones?

¿Cuántas parejas sexuales puedes tener en una sesión normal?

¿Practicas *fisting*?

En el *fisting*
¿Penetras o eres penetrado?

En el *fisting*
¿Utilizas guantes y lubricación?
¿Cambias los guantes con cada pareja?

¿Utilizas juguetes sexuales o dildos?

¿Utilizas preservativos para cubrir los juguetes sexuales o dildos?
¿Cambias el preservativo con cada pareja?

¿Utilizas algún sistema de higiene anal? ¿Cuál?

¿Compartes o has compartido alguna vez el tubo o el mango de la ducha para la higiene anal?

¿Practicas *barebacking* (sexo a pelo)?

Cuando practicas sexo a pelo, ¿eres activo, pasivo, versátil?

¿Practicas *slamming*?

¿Compartes las jeringuillas u otros instrumentos para la preparación de drogas cuando haces *slamming*?

¿Sabes dónde conseguir jeringuillas limpias e información sobre inyección más segura?

¿Te sientes cómodo hablando del VIH con tus parejas o cuando estás ligando por internet?

Te sientes cómodo hablando del VHC con tus parejas o cuando estás ligando por internet?

¿Sabías que la hepatitis C se puede transmitir con cierta frecuencia durante las sesiones de sexo y drogas?

¿Te has realizado alguna vez la prueba del VHC?

¿Te gustaría recibir apoyo e información sobre cómo reducir los riesgos durante el *ChemSex*?

Tras evaluar tu caso, hemos detectado que podría resultarte de ayuda recibir atención de otros profesionales de la salud. ¿Te parece bien que solicitemos una derivación a un dispositivo sanitario más especializado?

Por lo general, pocos centros de atención a las drogodependencias han recibido una formación completa para proporcionar apoyo a los hombres gais, bisexuales y otros HSH sobre *Chemsex*, aunque esto no significa que no sean capaces de hacerlo. Es probable que muchos de estos centros se vean en la necesidad de adaptar sus intervenciones o crear programas específicos a este grupo de pacientes. De hecho, algunos de estos dispositivos, como el Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) del barrio de Sants en Barcelona, ya han empezado a ofrecer atención a hombres que refieren un consumo problemático de drogas derivado del *ChemSex*.

10

CONSEJOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE HEPATITIS C

Ofrecer consejos sobre cómo reducir el riesgo de hepatitis C a los hombres gais, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex* parece difícil teniendo en cuenta el elevado número de variables de riesgo que existen. No obstante, se puede advertir a los pacientes que el *ChemSex* implica un riesgo elevado de hepatitis C y podemos invitarlos a debatir estos riesgos en una consulta más relajada con un profesional de enfermería o un *counsellor* comunitario que puede emplear técnicas motivacionales para ayudar al paciente a explorar los pros y contras del *ChemSex*.

Como se ha señalado anteriormente, el hecho de que las prácticas y la terminología del *ChemSex* resulten familiares a los profesionales sanitarios ayudará a que los pacientes se muestren más receptivos a los mensajes preventivos y ayudará a los profesionales sanitarios a empatizar y comprender las complejidades y las normas que afectan a los hombres gais por lo que respecta a sus vidas sexuales.

A continuación, se ofrece una serie de consejos clave sobre cómo reducir el riesgo de VHC que, aunque están especialmente dirigidos a los hombres gais, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex*, son aplicables a cualquier persona preocupada por la transmisión sexual del VHC⁷⁰.

1. Realizar el cribado del VHC de forma regular:

La prueba del VHC por sí sola no es prevención, pero conocer el estado serológico es el punto de partida para recibir atención especializada y tratamiento y prevenir la transmisión a terceros. Se recomienda ofrecer la prueba del VHC, al menos, una vez al año –sobre todo en los hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH–, pero podría considerarse una frecuencia mayor en función del nivel de riesgo individual.

2. Hablar sobre el VHC con las parejas sexuales:

No siempre resulta fácil revelar o preguntar por el estado serológico. Tanto si se conoce como si se desconoce, se puede reducir el riesgo de transmisión del VHC utilizando preservativo para el sexo anal o realizar prácticas sexuales que implican un riesgo menor de hepatitis C, como el sexo oral. La comunicación sobre el estado serológico al VHC es especialmente importante entre hombres con el VIH que solo practican *serosorting*.

3. Utilizar preservativos para el sexo anal:

El sexo anal tanto receptivo como insertivo implica riesgos de transmisión del VHC. Los preservativos son una barrera eficaz para evitar la exposición

sanguínea durante el sexo anal. El uso de lubricantes de base acuosa proporciona una mayor suavidad durante la penetración, reduciendo la posibilidad de que se produzcan roturas del preservativo y microdesgarros y sangrado en el recto.

4. Practicar *fisting* de forma segura:

El *fisting* aumenta el riesgo de VHC tanto para el que penetra como para el que es penetrado. Es importante mantener una buena higiene de manos y asegurarse de que no hay cortes ni abrasiones abiertas en las manos y que las uñas están cortadas. El empleo de guantes de látex –cambiándolos con cada nueva pareja– y lubricante de base acuosa en abundancia reduce el riesgo de transmisión. El VHC tiene capacidad para sobrevivir fuera del organismo durante mucho tiempo, por ejemplo, se sabe que puede vivir en el agua hasta 21 días. Aunque no se sepa cuánto puede vivir en el bote de lubricante, conviene no compartirlo con otras personas en una sesión de *ChemSex*.

5. Secuenciar las prácticas sexuales en una misma sesión:

Conviene evitar el sexo anal receptivo después del *fisting* o del uso enérgico de juguetes sexuales pues ambas prácticas podrían provocar desgarros y sangrado en el recto.

6. Mantener los juguetes sexuales limpios:

Se recomienda cubrir los dildos, vibradores y otros juguetes sexuales con preservativos y cambiarlos por otros nuevos con cada pareja distinta. Después de su uso, los juguetes deben ser lavados a fondo antes de volver a utilizarse con otra persona.

7. Tomar un descanso del sexo anal receptivo:

A los hombres sometidos recientemente a una extirpación de condilomas o hemorroides se les recomienda tomarse un descanso de cualquier práctica que implique penetración anal receptiva hasta que el tejido rectal haya sanado. También se aconseja tomarse un descanso si se observa sangrado o se siente dolor o molestias después de cualquier práctica de sexo anal receptivo.

8. No compartir la parafernalia para el consumo de drogas:

Si se consumen drogas –inyectables o no inyectables–, es muy recomendable no compartir ninguno de los instrumentos utilizados para la administración de las sustancias (billetes o rulos para esnifar, jeringuillas, el agua para la disolución de las drogas, etc.). El VHC puede sobrevivir durante mucho tiempo en jeringuillas, superficies y en la parafernalia para el consumo de drogas, por lo que cualquier

objeto con sangre infectada por el VHC podría transmitir el virus.

9. No compartir el tubo o el mango de la ducha para la higiene anal:

El VHC puede sobrevivir durante mucho tiempo sobre superficies de objetos que actúan como fómites. Algunas saunas, locales y bares de sexo disponen de duchas anales en sus lavabos. Compartir estos objetos podría aumentar el riesgo de VHC.

10. Realizar el cribado de ITS de forma regular:

El cribado rutinario de ITS, sobre todo las ulcerativas como la sífilis, el herpes, los condilomas, etc., forma parte de la salud sexual. La presencia de dichas infecciones es un factor de riesgo de VHC. A los hombres gais, bisexuales y otros HSH sexualmente activos se les recomienda un cribado regular de ITS aunque la frecuencia dependerá del nivel de riesgo que cada persona asuma en sus prácticas sexuales. También se puede realizar una autoobservación y un tacto rectal en busca de lesiones, sobre todo si existen antecedentes de llagas por herpes y/o condilomas anales. En caso de observarse algo anómalo, la persona debería acudir a su médico o a un centro de ITS. Además, si se siente daño o molestia anal o se produce sangrado o secreción rectal, el paciente debería también acudir a

un dispositivo sanitario para poder ser evaluado de forma apropiada.

11. Tratar de mantenerse seronegativo al VHC: Los hombres que hayan podido aclarar el VHC, ya sea a través de una eliminación espontánea, ya sea a través del uso de tratamiento antiviral, podrían reinfectarse en caso de volver a exponerse al virus. La educación para la salud resulta fundamental a la hora de reforzar en la consulta los mensajes preventivos sobre los riesgos de infección (y reinfección) entre los hombres que practican *ChemSex*.

12. Tratar de mantenerse seronegativo al VIH: En personas que practican *ChemSex* se recomienda realizar, de manera regular y sobre la base de los riesgos individuales, la prueba del VIH. En hombres cuyos resultados son negativos, conviene seguir promoviendo en la consulta las prácticas de sexo seguro, de consumo seguro de drogas y el cribado de ITS, así como valorar el uso de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP).

Proporcionar material de inyección y preservativos gratuitos es una de las estrategias más efectivas para evitar la transmisión de virus sanguíneos y la mayoría de las ITS. En algunos países como el Reino Unido, las clínicas de salud sexual ofrecen un kit de prevención para el ChemSex que incluye preservativos, lubricante, jeringuillas, parafernalia para su preparación, tubos para la administración intrasal, etc. (véase [imagen 6](#)).

En España, los preservativos se pueden obtener de manera gratuita en la mayoría de ONG que trabajan en el ámbito del VIH o LGTB+. Algunas de estas ONG también trabajan en el contexto de las drogodependencias y proporcionan de manera gratuita material de inyección estéril. Estos kits incluyen: una jeringuilla estéril; agua para inyección; toallita antiséptica; cazoleta para disolución de la droga; y filtro para evitar impurezas.

Los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS) también proporcionan de manera gratuita estos kits, aunque los hombres gays, bisexuales y otros HSH, por lo general, se muestran reacios a recurrir a estos dispositivos.

10 CONSULTA PARA REDUCIR EL RIESGO DE HEPATITIS C

En España, en algunas Comunidades Autónomas, muchas farmacias participan en programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) en colaboración con los servicios de salud pública. A través de estos programas, las farmacias proporcionan de manera gratuita kits de

inyección y ponen a disposición de las personas inyectoras un sistema de recogida de jeringuillas usadas a través de unos contenedores de recogida que permiten al usuario desprenderse del material sensible de una forma segura y discreta.

Imagen 6:

Kit de Pip Pac para la reducción de riesgos durante el *Chemsex*



11

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

Es importante que a los hombres gays, bisexuales y otros HSH que efectúen cualquiera de las prácticas sexuales y/o de consumo de drogas descritas en esta guía se les ofrezca la prueba del VHC. Sabemos por experiencia que muchos de estos hombres no perciben que este tipo de prácticas incrementan su riesgo de adquirir el VHC⁷¹. En otros casos, no desean realizarse la prueba debido a que no disponen de información apropiada sobre la hepatitis C o por el estigma al que todavía se asocia esta enfermedad.

Sin embargo, es importante hablar en la consulta con las personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente al VHC acerca de los beneficios del diagnóstico precoz para la salud tanto a nivel individual como a nivel poblacional. Es bien sabido que diagnosticar y tratar de manera precoz, especialmente a los grupos en situación de alto riesgo –como los hombres gays, bisexuales y otros HSH y las personas usuarias de drogas inyectables–, reduce el tamaño de la epidemia en una población determinada y, como consecuencia de ello, las posibilidades de transmisión del virus, un enfoque denominado ‘tratamiento como prevención’.

El diagnóstico precoz, la derivación a la atención especializada, el tratamiento eficaz y las estrategias de reducción de riesgos dirigidas a evitar las reinfecciones por el VHC son, por lo tanto, los pilares fundamentales para detener la epidemia de hepatitis C en hombres gays, bisexuales y otros HSH. En este sentido, un estudio reciente llevado a cabo por investigadores holandeses halló una disminución espectacular de la incidencia de la hepatitis C aguda en hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH pasando de 11,2 casos por 1.000 persona-años de seguimiento en el año 2014 a 5,5 casos por 1.000 persona-años de seguimiento en 2016⁷². Es decir, la incidencia anual descendió de 1,1% en 2014 a 0,5% en 2016, lo que supone una disminución de la hepatitis C aguda del 51%.

11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

Los autores de este estudio consideran como explicación más plausible para este hallazgo las políticas de uso sin restricciones que, desde finales de 2015, permiten tratar a todos los pacientes con hepatitis C crónica en los Países Bajos con los nuevos tratamientos de la hepatitis C. Aunque es pronto para confirmar esta explicación, dado que el uso de los regímenes de antivirales de acción directa se ha reservado para tratar solo las hepatitis C crónicas y no se dispone de datos de incidencia de nuevas infecciones y reinfecciones por el VHC con posterioridad al estudio, lo cierto es que la hepatitis C aguda es la única ITS cuya incidencia ha disminuido en 2016 en los Países Bajos. Para el mismo periodo, se registró un espectacular aumento del 41% de los casos de sífilis en hombres gais, bisexuales y otros HSH con el VIH, lo que confirmaría que la reducción de la incidencia del VHC no se podía atribuir a un cambio de las conductas de riesgo (de hecho, se registró un aumento de las prácticas de *ChemSex* y *SlamSex*).

La hepatitis C aguda se define como la hepatitis que ocurre dentro de los 6 meses tras la exposición al virus. Durante este tiempo, hay una probabilidad del 20% al 50% de aclaramiento espontáneo de la infección, siendo de hasta un 15% en personas coinfectadas por el VIH^{73,74}. Resulta difícil determinar en la práctica clínica el momento exacto en el que se produjo la infección, por lo que a menudo supone todo un reto distinguir entre una verdadera hepatitis C aguda y una infección crónica precoz⁷⁵.

Los pacientes con infección aguda por el VHC a menudo son asintomáticos o tienen síntomas inespecíficos (fatiga, anorexia, dolor abdominal leve o moderado, febrícula, náuseas, vómitos) que con frecuencia no son reconocidos. Una pequeña proporción (<25%) desarrollará ictericia. Aunque la insuficiencia hepática aguda es muy rara (<1%), representa una complicación grave y potencialmente mortal.

La mejor evidencia analítica para confirmar el diagnóstico es: 1) la presencia de anticuerpos del VHC positivos en ausencia o presencia de ARN del VHC positivo y un resultado negativo documentado en la prueba de anticuerpos del VHC en los 12 meses previos; y 2) la presencia de ARN del VHC positivo, un resultado negativo documentado de ARN del VHC y un resultado negativo documentado de anticuerpos del VHC en los 12 meses previos (periodo ventana seronegativo)⁷⁶.

11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

Además, las elevaciones de la alanina aminotransferasa (ALT) pueden ser un indicador útil de sospecha de una hepatitis C aguda, aunque las diferencias varían de un estudio a otro. En comparación con los hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH que reciben cada 3-6 meses atención médica para el control rutinario de la infección, los seronegativos al VIH se someten a controles médicos con menor frecuencia. Por esta razón, muchas de estas elevaciones de la ALT pasarían desapercibidas en los hombres sin el VIH y solo se diagnosticarían las hepatitis C agudas en pacientes con sintomatología clínica.

Tras el diagnóstico, el paciente debe ser informado sobre cómo reducir los riesgos para evitar la transmisión del VHC. Se debe realizar una analítica inicial con perfil hepático completo, coagulación, carga viral y polimorfismo genético de IL28B. Cada 2-4 semanas se debe repetir el perfil hepático y la carga viral hasta que los niveles de ALT se normalicen y se observe indetectabilidad del ARN del VHC, es decir el aclaramiento espontáneo del virus. Si esto no ocurre tras 6 meses, el paciente habrá desarrollado una infección crónica por el VHC. Se ha descrito supresión de la viremia transitoria durante los primeros meses de la infección crónica, por lo que tras una primera carga viral indetectable se debe confirmar con una segunda determinación del ARN del VHC.

Los predictores de la eliminación espontánea del VHC son: edad ≤ 35 años, bilirrubina ≥ 6 mg/dL, polimorfismo genético CC de IL28B y descenso de, al menos, 1 logaritmo de carga viral en la semana 4 tras la infección. Un paciente con 3 o más factores favorables tiene más de un 79% de probabilidad de curarse. Por tanto, se debería plantear tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten menos de 3 factores favorables de resolución espontánea⁷⁷.

De acuerdo con la Red Europea para el Tratamiento del Sida (NEAT, por sus siglas en inglés), se debería ofrecer tratamiento a todas las personas con el VIH cuyo ARN del VHC no haya experimentado un descenso de, como mínimo, 2 logaritmos en la semana 4 tras el diagnóstico o que tienen viremia del VHC persistente en la semana 12 tras el diagnóstico⁷⁵.

11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

El objetivo del tratamiento durante la fase aguda es evitar la cronicidad – limitando la sintomatología y evitando la aparición de insuficiencia hepática grave– y reducir el riesgo de transmisión.

Los regímenes de antivirales de acción directa frente al VHC (DAA, por sus siglas en inglés) constituyen el estándar de tratamiento de la infección crónica por el VHC, con una óptima tolerancia y con tasas de curación superiores al 90%. Sin embargo, los datos sobre la eficacia y seguridad de las combinaciones de DAA en el contexto de la hepatitis C aguda son todavía escasos, aunque es de esperar que sean similares a los observados en el tratamiento de la hepatitis C crónica.

Por esta razón, hasta hace poco el estándar de tratamiento de la hepatitis C aguda ha sido la combinación de interferón pegilado y ribavirina administrada durante 24-48 semanas. El uso de dicha combinación ha proporcionado tasas de curación de la hepatitis C aguda de entre 60 y 80% en los ensayos clínicos en pacientes con el genotipo 1 –que responde peor al tratamiento con dicha combinación durante la fase crónica–. No obstante, algunos datos publicados de práctica clínica muestran tasas de curación de la hepatitis C aguda con interferón pegilado y ribavirina mucho más modestas, cercanas al 55%^{7,78}.

A medida que se disponen más datos sobre el uso de los regímenes basados en DAA en la hepatitis C aguda y como consecuencia de los problemas de adherencia y tolerancia asociados a interferón pegilado y ribavirina, las terapias basadas en interferón no se recomiendan en pacientes con hepatitis aguda.

Se han comunicado tasas de respuesta virológica sostenida (indetectabilidad del ARN del VHC 12 semanas tras la finalización del tratamiento) superiores al 90% en un pequeño número de pacientes que han sido tratados con pautas sin interferón basadas en sofosbuvir (Sovaldi®). Se desconoce la duración óptima del tratamiento de la hepatitis C aguda con regímenes basados en DAA. Se han llevado a cabo tres ensayos con el uso de la combinación a dosis fijas de sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni®) en pacientes con hepatitis C aguda de genotipo 1. Las tasas de RVS fueron del 93% (13/14) tras 4 semanas de tratamiento en personas usuarias de drogas inyectables⁷⁹; del 77% (20/26) tras seis semanas de tratamiento en

11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

personas con el VIH⁸⁰; y del 100% (18/18) tras 6 semanas de tratamiento en usuarios de drogas no inyectables sin el VIH⁸¹.

Como consecuencia del pequeño número de pacientes incluidos en estos ensayos, de las diferencias en los resultados obtenidos y por analogía con la hepatitis C crónica, para la que se requiere una duración mínima del tratamiento de 8 semanas para maximizar la tasas de RVS, la Sociedad Europea para el Estudio del Hígado (EASL, en sus siglas en inglés) recomienda que los pacientes con hepatitis C aguda deberían ser tratados con la combinación de sofosbuvir y un inhibidor del complejo de replicación NS5A durante 8 semanas, a la espera de datos adicionales que permitan establecer la duración y la combinación óptima.

Las recomendaciones de la EASL para el tratamiento de la hepatitis C aguda se resumen en la siguiente tabla⁸²:

Pacientes con hepatitis C aguda (monoinfectados) deberían ser tratados con:

Régimen	Genotipos	Duración
sofosbuvir/ledipasvir	1, 4, 5 y 6	8 semanas
sofosbuvir/velpatasvir [§]	Todos los genotipos	8 semanas
sofosbuvir y daclatasvir [¶]	Todos los genotipos	8 semanas

Pacientes con hepatitis C aguda y coinfección por el VIH y/o una determinación basal de ARN del VHC superior a 1 millón de UI/mL (6.0 log UI/mL) podrían ser tratados con:

sofosbuvir/ledipasvir	1, 4, 5 y 6	12 semanas
sofosbuvir/velpatasvir [§]	Todos los genotipos	12 semanas
sofosbuvir y daclatasvir [¶]	Todos los genotipos	12 semanas

§ Nombre comercial: Eplclusa®; ¶ Nombre comercial: Daklinza®

11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AGUDA

A pesar de que las guías clínicas como las de la EASL recomienden ya el uso de regímenes de DAA, es frecuente que en la práctica clínica se continúe utilizando la combinación de interferón pegilado y ribavirina en el tratamiento de la hepatitis C aguda. Ya sea por la evidencia científica limitada, ya sea por el temor de algunos clínicos a la reinfección, ya sea por las restricciones en el acceso a las terapias basadas en DAA impuestas por algunos sistemas sanitarios, lo cierto es que muchos pacientes con hepatitis C aguda prefieren posponer el tratamiento cuando se les ofrece como opción terapéutica interferón pegilado y ribavirina.

12

VHC Y PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH

La profilaxis preexposición al VIH (PrEP) consiste en la administración de medicamentos antirretrovirales a personas sanas antes de que se produzca un acto sexual que pudiera transmitir el virus.

Existe la preocupación de que los hombres gays, bisexuales y otros HSH que participan en programas de PrEP o en estudios de demostración/ implementación pudieran estar en un mayor riesgo de VHC (o de otras ITS) por un mecanismo de compensación del riesgo, es decir que –sabiéndose protegidos por la medicación antirretroviral– aumentasen sus conductas sexuales de riesgo tanto por lo que se refiere al número de parejas sexuales como al menor uso del preservativo.

No se puede asegurar con certeza si las personas que reciben PrEP tienen un mayor riesgo de VHC. Los ensayos clínicos o los estudios de demostración sobre la PrEP a menudo excluyeron a participantes con hepatitis C; en algunos casos solo realizaron la detección del VHC a un subgrupo de participantes a nivel basal (pero no durante el seguimiento); y por lo general no informaron de la prevalencia del VHC en la publicación de los resultados. Todo esto hace que nuestro conocimiento sobre el tema sea limitado.

Con todo, existen indicios que apoyan la realización del cribado de la hepatitis C a los usuarios de los programas de PrEP tanto en las pruebas basales como a lo largo del seguimiento clínico. En una carta al editor publicada en la revista *Clinical Infectious Diseases* en 2015, investigadores del Centro Médico Kaiser Permanente en San Francisco comunicaron que se habían diagnosticado dos casos de infección aguda por el VHC entre los 485 hombres gays, bisexuales y otros HSH usuarios de un programa de PrEP de dicho centro médico entre febrero de 2011 y diciembre de 2014⁸³.

Estas infecciones se produjeron durante un periodo de seguimiento de 304 persona-años, lo que supuso una tasa de incidencia de 0,7 por 100

12 VHC Y PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH

persona-años (intervalo de confianza del 95%: 0,08-2,4). Es cierto que esta tasa de infección es más baja que la observada en hombres gays, bisexuales y otros HSH con el VIH, pero estos dos nuevos casos añaden más evidencia a resultados de estudios previos que muestran que la transmisión sexual de la hepatitis C no se limita exclusivamente a los hombres que tienen el VIH.

Ninguno de los dos hombres que contrajeron la hepatitis C refirió factores de riesgo del VHC tradicionales (exposición sanguínea, uso de drogas inyectables, tatuajes o piercings con material no esterilizado, etc.), siendo el sexo anal sin preservativo la única variable asociada al riesgo de infección.

Uno de los casos fue el de un hombre gay de 46 años que comenzó a recibir PrEP en agosto de 2013. En el mes de julio de 2014 fue diagnosticado de sífilis –dos veces–, gonorrea rectal y clamidia rectal. En junio de 2014, durante las visitas de seguimiento, comunicó haber realizado sexo anal receptivo con un hombre que tenía un *piercing* en el pene. El mes siguiente informó de haber participado como miembro receptivo en una sesión de sexo en grupo. Los resultados de la función hepática comenzaron a mostrarse anómalos en septiembre de 2014, momento en el que dio positivo en la prueba del VHC.

El otro caso se trató de un hombre gay de 37 años que empezó a recibir PrEP en octubre de 2013. Desde ese momento y hasta noviembre de 2014, fue diagnosticado tres veces de clamidia rectal, dos veces de gonorrea rectal y una vez de sífilis. Los resultados de la función hepática comenzaron a mostrarse anómalos en marzo de 2014, momento en el que recibió el diagnóstico de hepatitis C. Los dos meses previos había tenido náuseas, pérdida de peso, dolor de articulaciones y fatiga. Recibió un ciclo de 12 semanas de interferón pegilado en monoterapia que le permitió eliminar el virus.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés) de EE UU recomiendan el cribado del VHC antes de empezar a recibir la PrEP; sin embargo, la agencia estadounidense no recomienda el cribado de la PrEP en las sucesivas visitas de seguimiento⁸⁴.

12 VHC Y PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH

De acuerdo con los autores de la carta al editor, estos dos casos sugieren que el cribado del VHC debería ser incluido también entre las pruebas rutinarias en el seguimiento de las personas que reciben PrEP, así como también ofrecer asesoramiento sobre cómo reducir el riesgo de contraer la hepatitis C por vía sexual.

Recientemente, los resultados de un estudio de implementación de la PrEP realizado en Ámsterdam (AMPrEP) corroboran que la transmisión sexual del VHC afecta también a los hombres gays, bisexuales y otros HSH sin el VIH, registrándose una prevalencia del VHC superior a la esperada⁸⁵.

En las pruebas de cribado iniciales, se comprobó si los participantes tenían o no el VHC y, en caso afirmativo, se realizó una secuenciación del gen NS5B para poder efectuar análisis filogenéticos, lo que permitiría determinar si los virus de distintas personas están relacionados entre sí o no y, de este modo, establecer posibles redes de transmisión. Así, se analizaron y compararon los datos de hepatitis C procedentes de los 375 participantes en AMPrEP sin el VIH y de 182 hombres gays y otros HSH con el VIH procedentes de la cohorte MOSAIC.

De entre los 375 hombres gays, bisexuales y otros participantes del estudio AMPrEP, en 18 (4,8%) se detectó la presencia de hepatitis C al inicio del estudio (anticuerpos y/o ARN del VHC) y 15 de ellos (83%) tenían niveles detectables de ARN del VHC.

El genotipado del VHC evidenció que la mayoría de los hombres sin el VIH (11 de 15, el 73%) estaban infectados por el genotipo 1a, tres (20%) tenían el genotipo 4d y uno (7%) estaba infectado por el genotipo 2b.

El 87% de los hombres gays y otros HSH con ARN del VHC detectable (13 de 15) formaban parte de alguno de los 6 clústeres de transmisión específicos de esta población detectados (en los cuales se incluían hombres con y sin el VIH).

Casi la cuarta parte de los hombres gays, bisexuales y otros HSH que dieron positivo al VHC (4 de 18) declaró haber utilizado drogas intravenosas en los tres meses anteriores al inicio de la PrEP, un porcentaje muy superior al 3% registrado entre los participantes sin hepatitis C (11 de 357).

12 VHC Y PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH

Los hombres que dieron positivo al VHC tendieron a ser más jóvenes que los que no (mediana: 33 años frente a 40 años, de forma respectiva), a tener más parejas sexuales anales (mediana: 20 frente a 15), más propensos a haber sido diagnosticados en los últimos 6 meses de clamidia, gonorrea o sífilis (61%, frente a 35%) y tuvieron más probabilidades de haber practicado *ChemSex* o de haber utilizado determinadas drogas de uso recreativo durante las prácticas sexuales en los últimos tres meses (84% frente al 40%).

A partir de todos estos hallazgos, los expertos sugieren que se ofrezca la realización de la prueba del VHC de forma rutinaria a todos los hombres gays, bisexuales y otros HSH en situación de elevado riesgo de infección por el VIH, especialmente a aquellos que se inscriben en los programas de PrEP. Asimismo, insisten en la importancia de que las guías clínicas sobre la PrEP incluyan el cribado basal y rutinario del VHC entre sus recomendaciones⁸⁶.

13

RECURSOS

PRUEBA RÁPIDA DE DETECCIÓN DEL VHC EN CENTROS COMUNITARIOS

CIUDAD ORGANIZACIÓN	TELÉFONO (cita previa)	EMAIL
Barcelona		
BCN Checkpoint	93 318 20 56	info@hispanosida.com
Gais Positius	93 298 06 42	prova@gaispositius.org
CANARIAS		
Fuerteventura		
Altihay	92 885 93 58	altihay@felgtb.org
Las Palmas de Gran Canaria		
Colectivo Gama	92 843 34 27	gama@colectivogama.com
Tenerife		
Algarabía	638 790 420	areasalud@algarabiatfe.org
Madrid		
Apoyo Positivo	913 581 444	revencion@apoyopositivo.org / info@apoyopositivo.org
Cogam	915 224 517	nfosalud@cogam.es
Málaga y Torremolinos		
Apoyo Positivo	670 518 130	malaga@apoyopositivo.org
Murcia		
No te prives	658 340 013	pruebavih.noteprives@gmail.com
San Sebastián		
Gehitu	94 346 85 16	info@gehitu.org

13 RECURSOS

CIUDAD ORGANIZACIÓN	TELÉFONO (cita previa)	EMAIL
San Sebastián Gehitu	94 346 85 16	info@gehitu.org
Sevilla Adhara	95 498 16 03	cibereducador@adharasevilla.org
Valencia Lambda	96 334 21 91	provavih@lambdavalencia.org
Zaragoza Somos Aragón	655 804 124	somos@felgtb.org

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS QUE PRACTICAN CHEMSEX

ORGANIZACIÓN / SERVICIO

CONTACTO

Barcelona

gTt-VIH

Servicio Multicanal y Gratuito de Atención e Información sobre el VIH, las ITS, sus tratamientos y salud sexual

934 582 641
667 662 551
consultas@gtt-vih.org

BCN Checkpoint

Servicio de atención psicológica para personas que hacen *ChemSex*

933 182 056
info@hispanosida.com

STOP SIDA

ChemSex Support: Servicio de atención personalizada, confidencial y gratuita para la gestión del consumo de drogas desde y para la comunidad LGTB

934.522.435
Solicitar cita online en:
www.stopsida.org/
calendario-sexo-drogas/

Madrid

Apoyo

Sexo y Drogas: Atención individualizada, información y reducción de riesgos para personas que practican *ChemSex*

913 581 444 /
629 44 73 25
psicosocial3@apoyopositivo.org

Imagina Más

Sexo y Drogas: Atención individualizada, información y reducción de riesgos para personas que practican *ChemSex*

915 084 732
salud@imaginamas.org

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)

Servicio Especializado para la Promoción y Atención de la Salud Mental (cuenta con un programa específico sobre *ChemSex*)

664 407 040
sepasm@abd-ong.org

13 RECURSOS

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN ONLINE



Se trata de un portal web (www.chem-safe.org) de la organización Energy Control que proporciona información sobre reducción de riesgos dirigida a hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *ChemSex*, aunque el recurso es igualmente útil para cualquier persona que usa o piensa usar drogas en contextos de tipo sexual más allá de su género, orientación, estado serológico o cualquier otro factor. La web cuenta con una sección destinada a proporcionar asesoramiento e información personalizada a través de la interacción *online*, atendida por profesionales sanitarios de Energy Control. El proyecto también aporta herramientas para profesionales sanitarios.



infodrogas-vih

Se trata del primer buscador digital en español de interacciones entre medicamentos del VIH y drogas y/u otras sustancias frecuentemente utilizadas sin control médico, como ansiolíticos, antidepresivos, potenciadores de la erección o anabólicos. Esta herramienta ha sido creada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) y el objetivo es reducir los daños asociados al consumo de drogas y/u otras sustancias en aquellas personas con el VIH que toman tratamiento antirretroviral. Se puede acceder a Infodrogas-vih a través de su sitio web (www.infodrogas-vih.org) o descargar la app gratuita para dispositivos móviles a través de Google Play Store y App Store. La web cuenta con una sección destinada a proporcionar asesoramiento e información personalizada a través de la interacción *online*, atendida por los técnicos en salud de gTt-VIH.

OTROS RECURSOS

LOCALIZADOR DE CENTROS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/ayudaCerca/home.htm>

Este buscador del Plan Nacional sobre Drogas permite localizar los centros de atención a las adicciones más próximos a la dirección que se introduzca.

'MÁS INFO, MENOS DAÑOS' / 'DROGAS GRATIS':

Programa de educación para la salud de Gais Positius (www.gaispositius.org) dirigido al colectivo LGTBI+ que frecuenta espacios de ocio nocturno en Barcelona ciudad y provincia. Los educadores aclaran y dan respuesta a todas aquellas preguntas relacionadas con el consumo de drogas y facilitan recursos para reducir los riesgos derivados del mismo. También responden todas aquellas dudas o preguntas sobre el VIH y otras ITS.

14

REFERENCIAS

- 1** Van de Laar T, Pybus O, Bruisten S, Brown D, Nelson M, Bhagani S, et al. Evidence of a large, international network of HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men. *Gastroenterology*. 2009; 136(5): 1609–17. doi: 10.1053/j.gastro.2009.02.006
- 2** Matthews GV, Hellard M, Kaldor J, Lloyd A, Dore GJ. Further evidence of HCV sexual transmission among HIV-positive men who have sex with men: response to Danta, et al. *AIDS*. 2007; 21(15): 2112–3. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282ef3873
- 3** Fierer DS, Uriel AJ, Carriero DC, Klepper A, Dieterich DT, Mullen MP, et al. Liver fibrosis during an outbreak of acute hepatitis C virus infection in HIV-infected men: a prospective cohort study. *J Infect Dis*. 2008; 198(5): 683–6. doi: 10.1086/590430
- 4** Myers T, Allman D, Xu K, Remis RS, Aguinaldo J, Burchell Ann, et al. The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV—HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *Int J Infect Dis*. 2009 Nov; 13(6): 730–9. doi: 10.1016/j.ijid.2008.11.015.
- 5** Yaphe S, Bozinoff N, Kyle R, Shivkumar S, Pai NP, Klein M. Incidence of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men with and without HIV infection: a systematic review. *Sex Transm Infect*. 2012; 88: 558–64. doi: 10.1136/sextrans-2012-050566
- 6** McFaul K, Maghlaoui A, Nzuruba M, Farnworth S, Foxton M, Anderson A et al. Acute hepatitis C infection in HIV-negative men who have sex with men. *Journal of Viral Hepatitis* 2015; 22: 535–538. doi: 10.1111/jvh.12366
- 7** Martínez-Rebollar M, Mallolas J, Pérez I, González-Cordón A, Loncà M, Torres B, et al. Brote epidémico de hepatitis aguda C en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33: 3–8. doi: 10.1016/j.eimc.2014.05.013
- 8** Montoya-Ferrer A, Fierer DS, Álvarez-Álvarez B, de Gorgolas M, Fernández Guerrero ML. Acute hepatitis C outbreak among HIV-infected men, Madrid, Spain. *Emerg Infect Dis* 2011; 17: 1560–2.

- 9** Rodríguez Martín C, Puerta López T, Vera García M, Clavo Escribano P, Ballesteros Martín P, Ayerdi O, et al. Creciente proporción de la infección por el VHC en hombres que tienen sexo con hombres. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 22-24 de marzo de 2017. Poster P1.09
- 10** Pineda JA, Neukam K. Hepatitis aguda C en varones homosexuales infectados por VIH: ¿una segunda oleada de coinfección por VIH y VHC? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33(1): 1–2. doi: 10.1016/j.eimc.2014.10.007
- 11** Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *Journal of Hepatology*, 2017, Volume 66, Issue 2, 282-287. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.09.004
- 12** Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D and Boffito M. (2015) Increasing Use of “Party Drugs” in People Living with HIV on Antiretrovirals: A Concern for Patient Safety. *AIDS*, S29, 1585-1592. doi: 10.1097/QAD.0000000000000786
- 13** Fernández Dávila P. “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinaria del Sida*. Vol.4, núm.7, abril 2016, 41-65.
- 14** Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc)* 2015; 145: 102-7. doi: 10.1016/j.medcli.2016.03.010
- 15** Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32: 341-9. Doi: 10.1016/j.eimc.2013.09.017
- 16** Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarra L. Aproximación al ChemSex en España 2016. *Imagina Más, Apoyo Positivo*. 2016

14 REFERENCIAS

- 17** González-Baeza A, Dloengevich H, Pérez Valero I, Troya J, Téllez MJ, Cabello A, Berenguer J, et al. Magnitud y factores asociados al ChemSex en HSH con VIH atendidos en las consultas de VIH. Datos preliminares del U-Sex Study. VIII Congreso Nacional de GeSIDA. 29/11 al 2/12 de 2016. CO-11.
- 18** McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015 Nov 3;351: 5790. doi: 10.1136/bmj.h5790.
- 10** Holt M. Sex, drugs, and HIV: let's avoid panic. *The Lancet HIV*, Volume 1, Issue 1, e4-e5. doi: 10.1016/S2352-3018(14)70007-4
- 20** Caudevila F, Vidal C, Calzada N. Algunas reflexiones en torno al "chemsex". Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/403/algunas-reflexiones-en-torno-al-chemsex.html> (Consultado el 9 de mayo de 2017).
- 21** Jin F, Prestage GP, Templeton DJ, Poynten IM, Donovan B, Zablotska I, et al. The impact of HIV seroadaptive behaviors on sexually transmissible infections in HIV-negative homosexual men in Sydney, Australia. *Sex Transm Dis* 2012 Mar; 39(3): 191-4. doi 10.1097/OLQ.0b013e3182401a2f.
- 22** Marcus U, Schmidt AJ, Hamouda O. HIV serosorting among HIV-positive men who have sex with men is associated with increased self-reported incidence of bacterial sexually transmissible infections. *Sex Health* 2011 Jun; 8(2): 184-93. doi: 10.1071/SH10053.
- 23** Dougan S, Evans BG, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2007 Oct; 34(10): 783-90. doi: 10.1097/01.olq.0000260919.34598.5b.
- 24** Danta M, Brown D, Bhagani S, Pybus OG, Sabin CA, Nelson M, et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *AIDS* 2007 May; 21(8): 983-91. doi: 10.1097/QAD.0b013e3281053a0c.
- 25** Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, van der Heiden M, Baillot A, Radun KD. Trouble with bleeding: risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany: a casecontrol study. *PloS One* 2011; 6(3):e17781. doi: 10.1371/journal.pone.0017781.

14 REFERENCIAS

- 26** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual transmission of hepatitis C virus among HIV-infected men who have sex with men: New York City, 2005-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011 Jul; 60(28): 945-50.
- 27** Larsen C, Chaix M-L, Le Strat Y, et al. Gaining greater insight into HCV emergence in HIV-infected men who have sex with men: the HEPAIG study. *PloS One* 2011; 6(12):e29322. doi: 10.1371/journal.pone.0029322.
- 28** Turner SS, Gianella S, Yip MJ, van Seggelen WO, Gillis RD, Foster AL, et al. Shedding of hepatitis C virus in semen of Human Immunodeficiency Virus-Infected Men. *Open Forum Infectious Disease*. 2016 Mar 11; 3(2): ofw057. doi: 10.1093/ofid/ofw057.
- 29** Foster, AL, Gaisa MM, Hijdra RM, Turner SS, Morey TJ, Jacobson KB, et al. Shedding of Hepatitis C Virus in to the Rectum of HIV-infected Men who Have Sex with Men. *Clin Infect Dis*. 2017; 64(3): 284-8. doi: 10.1093/cid/ciw740.
- 30** Midgley L, Filson SA, Pearson P, Ghosh I, Waters L. Acute hepatitis C infection in lower risk MSM: an evolving picture. 23rd Annual Conference of the British HIV Association. Liverpool, April 4-7, 2017. Abstract O24.
- 31** Ndimbie OK, Kingsley LA, Nedjar S, Rinaldo CR. Hepatitis C virus infection in a male homosexual cohort: risk factor analysis. *Genitourin Med* 1996; 72(3): 213-6.
- 32** de Vries HJ, van der Bij AK, Fennema JS, Smit C, de Wolf F, Prins M, et al. Lymphogranuloma venereum proctitis in men who have sex with men is associated with anal enema use and high-risk behavior. *Sex Transm Dis* 2008 Feb; 35(2): 203-8. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815abb08
- 33** McFarlane M, Bull SS, Rietmeijer CA. The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA*. 2000 Jul 26; 284(4): 443-6.
- 34** Liao A, Millett G, Marks G. Metaanalytic examination of online sexseeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2006 Sep; 33(9): 576-84. doi: 10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5.

14 REFERENCIAS

- 35** Klausner JD, Wolf W, Fischer-Ponce L, Zolt I, Katz MH. Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. *JAMA*. 2000 Jul; 284(4): 447-49.
- 36** Tashima K, Alt E, Harwell J, et al. Internet sex-seeking leads to acute HIV infection: a report of two cases. *Int J STD AIDS*. 2003 Apr; 14(4): 285-6. doi: 10.1258/095646203321264926.
- 37** Wong W, Chaw JK, Kent CK, Klausner JD. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002-2003. *Sex Transm Dis*. 2005 Jul; 32(7): 458-63.
- 38** Beymer MR, Weiss RE, Bolan RK, Rudy ET, Bourque LB, Rodríguez JP, et al. Sex on demand: geosocial networking phone apps and risk of sexually transmitted infections among a cross-sectional sample of men who have sex with men in Los Angeles county. *Sex Transm Infect*. 2014 Nov; 90(7): 567-72. doi: 10.1136/sextrans-2013-051494.
- 39** Rhode Island Department of Health (HEALTH). HEALTH Releases New Data on Infectious Syphilis, Gonorrhea, and HIV. 22nd June 2015.
- 40** Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Efford J. Gay men who look for sex on the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners? *AIDS*. 2005 Jun; 19(9): 961-8.
- 41** McKirnan D, Houston E, Tolou-Shams M. Is the Web the culprit? Cognitive escape and Internet sexual risk among gay and bisexual men. *AIDS Behav*. 2007 Jan; 11(1): 151-60. doi: 10.1007/s10461-006-9084-8.
- 42** Wohlfeiler D, Potterat JJ. Using gay men's sexual networks to reduce sexually transmitted disease (STD)/human immunodeficiency virus (HIV) transmission. *Sex Transm Dis*. 2005 Oct; 32(10 Suppl): S48-52.
- 43** Danta M. Acute Hepatitis C Infection in HIV-Infected Men: An emerging Epidemic. The PRN Notebook, vol.11, n.4 (2007). Disponible en: http://prn.org/index.php/coinfections/article/acute_hcv_hiv_infected_men_44. Consultado en mayo de 2017.
- 44** Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, et al. Intranasal Transmission of Hepatitis C Virus: Virological and Clinical Evidence. *Clin Infect Dis*. 2008; 47(7): 931-4. doi: 10.1086/591699.

- 45** Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Internal J STD and AIDS*. 2017 Mar; 28(4): 362-366. doi: 10.1177/0956462416651229.
- 46** van de Laar TJ, Matthews GV, Prins M, Danta M. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection. *AIDS*. 2010 Jul 31; 24(12): 1799-1812. doi: 10.1097/QAD.0b013e32833c11a5.
- 47** Danta M, Semmo N, Fabris P, Brown D, Pybus OG, Sabin CA, et al. Impact of HIV on host-virus interactions during early hepatitis C virus infection. *J Infect Dis*. 2008; 197(11): 1558-66. Doi: 10.1086/587843.
- 48** Briat A, Dulioust E, Galimand J, Fontaine H, Chaix ML, Letur-Ko-nirsch H, et al. Hepatitis C virus in the semen of men coinfectd with HIV-1: prevalence and origin. *AIDS*. 2005 Nov 4; 19(6): 1827-35.
- 49** Neukam K, García-Rey S, Cifuentes C, Macías J, Mira JA, Vázquez MJ, et al. HIV-coinfection leads to a modest increase in plasma HCV-RNA load in patients with chronic HCV infection. *Antiviral Res*. 2012 Sep; 95(3): 212-5. doi: 10.1016/j.antiviral.2012.06.009.
- 50** Lackner AA, Mohan M, Veazey RS. The gastrointestinal tract and AIDS pathogenesis. *Gastroenterology*. 2009 May; 136(6): 1965-78.
- 51** Thomson EC, Nastouli E, Main J, et al. Delayed anti-HCV antibody response in HIV-positive men acutely infected with HCV. *AIDS* 2009; 23: 89-93.
- 52** van de Laar TJ, van der Bij AK, Prins M, Bruisten SM, Brinkman K, Ruys TA, van der Meer JT, et al. Increase in HCV incidence among men who have sex with men in Amsterdam most likely caused by sexual transmission. *J Infect Dis*. 2007 Jul 15; 196(2): 230-8. doi: 10.1086/518796.
- 53** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis C FAQs for the Public. Disponible en <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm>. Consultado en abril de 2017.

- 54** Paintsil E, Binka M, Patel A, Lindenbach BD, Heimer R. Hepatitis C Virus Maintains Infectivity for Weeks After Drying on Inanimate Surfaces at Room Temperature: Implications for Risks of Transmission. *J Infect Dis* 2014 Apr 15; 209(8): 1205-11. doi: 10.1093/infdis/jit648.
- 55** Paintsil E, He H, Peters C, Lindenbach BD, Heimer R. Survival of Hepatitis C Virus in Syringes: Implication for Transmission among Injection Drug Users. *J Infect Dis*. 2010 Oct 1; 202(7): 984-90. doi: 10.1086/656212.
- 56** Zule WA, Cross HE, Stover J, Pretorius C. Are major reductions in new HIV infections possible with people who inject drugs? The case for low dead-space syringes in highly affected countries. *Int J Drug Policy*. 2013 Jan; 24(1): 1-7. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.07.002.
- 57** Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015 Dec; 26(12): 1176-6. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.07.013.
- 58** Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. Sigma Research. 2014.
- 59** Keogh P, Reid D, Bourne A, Weatherburn P, Hickson F, Jessup K, Hammond G. Wasted opportunities: problematic alcohol and drug use among gay men and bisexual men. Sigma Research. 2009.
- 60** Hequembourg AL, Dearing RL. Exploring Shame, Guilt, and Risky Substance Use Among Sexual Minority Men and Women. *J Homosex* 2013; 60(4): 615-38. doi: 10.1080/00918369.2013.760365.
- 61** Heidrich B, Steinmann E, Plumeier I, et al. HCV RNA and HCV core antigen are frequently detectable in stool of men chronically infected with HCV: Is feces a potential source of infection? AASLD Liver Meeting, San Francisco, abstract 1002, 2015.
- 62** Knoop L, Bakker I, Bodegom R van, Zantkuijl P. Tina & slamming: MSM, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting. Amsterdam, Mainline, Soa Aids Netherlands, 2015.

14 REFERENCIAS

- 63** Klein, H. Felching Among Men Who Engage in Barebacking (Unprotected Anal Sex). *Arch Sex Behav.* 2012 Apr; 41(2): 377-84. doi:10.1007/s10508-011-9770-0.
- 64** Chow EP, Cornelisse VJ, Read TR, Lee D, Walker S, Hocking JS, et al. Saliva use as a lubricant for anal sex is a risk factor for rectal gonorrhoea among men who have sex with men, a new public health message: a cross-sectional survey. *Sex Transm Infect.* 2016 Mar; 92: 532-536. doi: 10.1136/sextrans-2015-052502.
- 65** Pennant ME, Bayliss SE, Meads CA. Improving lesbian, gay and bisexual healthcare: a systematic review of qualitative literature from the UK. *Diversity Health Care.* 2009; 6: 193-203.
- 66** Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi Z. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect.* 2016 Dec; 92(8): 568-70. doi: 10.1136/sextrans-2015-052405.
- 67** Stuart D, Weymann J. Chemsex and care planning: one 5. year in practice. *HIV Nurs.* 2015; 15: 24-8.
- 68** Global Forum on MSM & HIV. Promoting the health of men who have sex with men worldwide: a training curriculum for providers. Global Forum on MSM & HIV and Johns Hopkins University; 2014.
- 69** D'Acunto K. Obtaining a sexual history in MSM. *Clinical Advisor.* Septiembre 2015. Disponible en <http://www.clinicaladvisor.com/features/obtaining-a-sexual-history-in-msm/article/435802/>. Consultado en mayo de 2017.
- 70** Reynolds A. Hepatitis C Awareness for Gay Men. *Positively Aware.* January- February 2017. 31-35.
- 71** Taylor LE, DeLong AK, Maynard MA, Chapman S, Gholam P, Blackard JT, et al. Acute hepatitis C virus in an HIV clinic: a screening strategy, risk factors, and perception of risk. *AIDS Patient Care and STDs.* 2011 Oct; 25(10): 571-7. doi:10.1089/apc.2011.0106.
- 72** Boerekamps A, van den Berk G, Lauw F, Leyten E, Arends J, Kasteren M, et al. Substantial decline in acute HCV infections among Dutch HIV+ MSM after DAA roll out. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle, February 13-16, 2017. Abstract 137LB.

14 REFERENCIAS

- 73** Thomson EC, Fleming VM, Main J, Klenerman P, Weber J, Eliahoo J, et al. Predicting spontaneous clearance of acute hepatitis C virus in a large cohort of HIV-1-infected men. *Gut*. 2011 Jun; 60(6): 837-45. doi: 10.1136/gut.2010.217166.
- 74** Frias M, Rivero-Juarez A, Tellez F, Pérez-Pérez M, Camacho A, Machuca I, et al. Spontaneous clearance of chronic hepatitis C is rare in HIV-infected patients after effective use of combination antiretroviral therapy. *PLoS One*. 2017 May 4;12(5):e0177141. doi: 10.1371/journal.pone.0177141
- 75** Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB, American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*. 2009 Apr; 49(4): 1335-74. doi: 10.1002/hep.22759.
- 76** European AIDS Treatment Network (NEAT) Acute Hepatitis C Infection Consensus Panel. Acute Hepatitis C Infection Consensus Panel Acute hepatitis C in HIV-infected individuals: recommendations from the European AIDS Treatment Network (NEAT) consensus conference. *AIDS*. 2011 Feb 20; 25(4): 399-409. doi: 10.1097/QAD.0b013e328343443b.
- 77** Asociación Española para el Estudio del Hígado - Sociedad Española de Infectología y Microbiología Clínica. Guías de la AEEH/SEIMC de manejo de la Hepatitis C. Marzo 2017. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2017-ManejoHepatitisC-AEEHy-SEIMC.pdf>. Consultado en mayo de 2017.
- 78** Laguno M, Martínez-Rebollar M, Pérez I, Costa J, Larrousse M, Calvo M et al. Low Rate of Sustained Virological Response in an Outbreak of Acute Hepatitis C in HIV-Infected Patients. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2012 Oct;28(10):1294-300. doi: 10.1089/aid.2011.0289.
- 79** Basu PP, Shah NJ, Aloysius MM, Brown Jr R. Sofosbuvir and ledipasvir vs. sofosbuvir and simeprevir for acute hepatitis C: a RCT (SLAM C study). *Hepatology*. 2016; 10: 14-5.
- 80** Rockstroh JK, Bhagani S, Hyland RH, Yun C, Zheng W, Brainard D, et al. Ledipasvir/sofosbuvir for 6 weeks in HIV-infected patients with acute HCV infection. 23th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22-25 February 2016, Boston. Abstract 154LB.

14 REFERENCIAS

- 81** Deterding K, Spinner C, Schott E, Welzel T, Gerken G, Klinker H, et al. Six weeks of sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) are sufficient to treat acute hepatitis C virus genotype 1 mono-infection: the HEPNET acute HCV IV study. *J Hepatol.* 2016; 64(2): 211. doi: 10.1016/S0168-8278(16)00177-X.
- 82** European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. *Journal of Hepatology.* 2016;66(1);15394. Disponible en: [http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(16\)30489-5/pdf](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(16)30489-5/pdf). Consultado en mayo de 2017.
- 83** Volk JE, Marcus JL, Phengrasamy T, Hare CB. Incident Hepatitis C Virus Infections Among Users of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. *Clin Infect Dis* 2015 Jun 1; 60(11): 1728-29. doi: 10.1093/cid/civ129.
- 84** Centers for Disease Control and Prevention Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2014: a clinical practice guideline. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prepguidelines2014.pdf>. Consultado en mayo de 2017.
- 85** Hoornenborg E, Prins M, Achterbergh RC, van der Loeff MF, Davidovich U, Hogewoning A, et al. High prevalence of hepatitis-C virus among HIV negative MSM in Amsterdam PrEP Project. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle, February 13-16, 2017. Abstract 519.
- 86** Prins M. PrEP Implementation: Viral Hepatitis C Testing Required? HepHIV 2017 Conference 'HIV and Viral Hepatitis: Challenges of Timely Testing and Care'. Malta. Disponible en: <http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202017/Presentations/SpecSession/MariaPrins.pdf>. Consultado en mayo de 2017.





infodrogas-vih

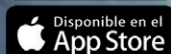
 +  =  ? No corras riesgos

**Buscador de interacciones
entre medicamentos del VIH
y drogas u otras sustancias**

Visita nuestra web
www.infodrogas-vih.org

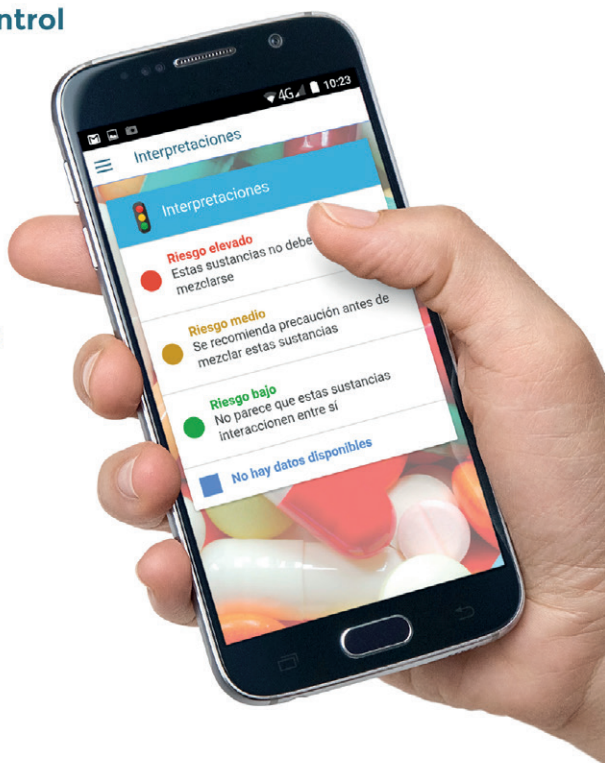


Descarga nuestra
App en tu móvil



infodrogas-vih

- Consulta las interacciones entre los medicamentos del VIH y drogas y otras sustancias
- Infórmate sobre cómo reducir el riesgo en el consumo de drogas
- Conoce las últimas alertas sobre adulteración de drogas de Energy Control
- Lee noticias relacionadas con el VIH y las drogas
- Consulta fichas monográficas con información de cada una de las sustancias



infodrogas-vih

Descarga nuestra App en tu móvil

DISPONIBLE EN
 Google play

Disponible en el
 App Store

Elaborado por:



Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

Subvencionado por:



Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida

Colabora con:



SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS