

## Estudio del ChemSex en los pacientes homosexuales VIH positivo y negativo

### Study of ChemSex in HIV positive and negative homosexual patients

Losilla-Rodríguez, Beatriz<sup>1</sup>; López-Zúñiga, Miguel Ángel<sup>2</sup>; Espadafor-López, Beatriz<sup>3</sup>; López-Ruz, Miguel Ángel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Jaen, Jaen, España

<sup>3</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

#### Resumen

El chemsex es el uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres, en sesiones que pueden durar desde varias horas hasta días, con una o múltiples parejas sexuales.

**Objetivos:** Conocer la epidemiología del chemsex, su impacto sobre la salud física y mental, y conocer los detalles de su uso.

**Material y métodos:** Para los grupos de estudio Virus de la Inmunodeficiencia Humana positivos y negativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada se han empleado dos cuestionarios parecidos que incluyen variables sociodemográficas, de consumo de drogas, impacto sobre salud física y mental, y prácticas sexuales de riesgo que contestaron de forma voluntaria entre los pacientes que acudieron a las consultas de infecciones y de transmisión sexual.

**Resultados:** de la muestra total de 141 pacientes, un 14,9% practica chemsex. Del grupo positivos (n=90) lo practica un 11,1% (n=10) y del grupo negativos (n=51) un 21,6% (n=11). Las drogas más consumidas son los poppers, cocaína, 3,4-metilendioxi metanfetamina, speed, fármacos para la disfunción eréctil, mefedrona y metanfetaminas. No se usa el slamming. Desde que practican chemsex, el 60% de positivos ha contraído alguna infección de transmisión sexual, la más frecuente VIH; y ha contraído alguna infección de transmisión sexual el 63,6% de los negativos, la más frecuente sífilis. Esta población lleva a cabo prácticas sexuales como, barebacking y uso de juguetes sexuales sin protección.

**Conclusiones:** En nuestro medio el chemsex lo practica un número significativo de homosexuales del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, consumiendo varias drogas por sesión, principalmente por la vía inhalada, y siendo el popper la más utilizada. Tienen prácticas sexuales de riesgo que aumentan el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual. La enfermedad mental es prevalente en ambos grupos.

#### Abstract

Chemsex is the intentional use of psychoactive drugs to maintain sexual relations, usually between men who have sex with other men, in sessions that can last from several hours to days, with one or multiple sexual partners. **Objectives:** To know the epidemiology of chemsex, its impact on physical and mental health, and to know the details of its use.

**Material and methods:** For the study groups positive and negative Human Immunodeficiency Virus of the Virgen de las Nieves University Hospital of Granada, two similar questionnaires were used, including sociodemographic variables, drug consumption, impact on physical and mental health, and risky sexual practices that answered voluntarily among the patients who attended the consultations for infections and sexual transmission.

**Results:** of the total sample of 141 patients, 14,9% practiced chemsex. Of the positive group (n = 90) it is practiced by 11,1% (n = 10) and of the group negative (n = 51) by 21,6% (n = 11). The most consumed drugs are poppers, cocaine, 3,4-methylenedioxyamphetamine, speed, drugs for erectile dysfunction, mephedrone and methamphetamines. Slamming is not used. Since practicing chemsex, 60% of positives have contracted some sexually transmitted infection, the most frequent HIV; and has contracted some sexually transmitted infection (63,6% of the negative, the most frequent syphilis.) This population carries out sexual practices such as barebacking and use of unprotected sex toys

**Conclusions:** chemsex practices it in our environment. a significant number of homosexuals from the Virgen de las Nieves University Hospital, consuming several drugs per session, mainly through the inhaled route, and being the most used popper. They have risky sexual practices that increase the risk of transmission of sexually transmitted infections. Mental illness is prevalent in both groups.

**Palabras clave:** ChemSex, VIH, infecciones de transmisión sexual, HSH, homosexual, drogas psicoactivas.

**Keywords:** ChemSex, HIV, sexual transmission diseases, MSM, homosexual, psychoactive drugs.

## INTRODUCCIÓN

El término chemsex hace referencia al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), aunque también se usa en relaciones heterosexuales; en sesiones de larga duración, con una o múltiples parejas sexuales (1). Esta práctica es un fenómeno emergente que comenzó a principios del 2000 en Reino Unido y Países Bajos, hasta extenderse por el resto de Europa y llegar hasta España, principalmente a grandes núcleos urbanos como Madrid o Barcelona (2).

El chemsex es un término inglés (abreviatura de “chemicals” y “sex”), pero no el único para referirse a este fenómeno, en España se lo conoce por el término “sesión” (3), o “morbo y vicio” (4). Las personas que practican chemsex suelen ponerse en contacto a través de medios digitales como apps móviles con geolocalización (5).

Las drogas más empleadas son principalmente la metedrona, la metanfetamina cristalizada y el  $\gamma$ -hidroxibutirato/ $\gamma$ -butirolactona (GHB/GBL) (2). Aunque otras drogas como la cocaína, ketamina, speed, dietilamida del ácido lisérgico (LSD) o 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) son ampliamente utilizadas en este contexto<sup>6</sup>, siendo muy frecuente el policonsumo y su mezcla con alcohol<sup>3</sup>. Las formas de administración de estas drogas son variadas, por vía oral, inhalada, fumada, rectal, intramuscular e intravenosa (conocida como *slamming*), siendo esta última la más asociada a riesgos de salud cuando se comparte el material de inyección (2,6).

Atendiendo a aquellos pacientes infectados por el VIH que practican chemsex; existe una mayor incidencia de contagios de todas las ITS. Esto parece estar asociados con las prácticas de riesgo, ya que estas drogas suponen un factor determinante para desinhibir y provocar una hipersexualidad, lo cual facilitaría sesiones con múltiples parejas, más largas y prácticas sexuales de mayor riesgo (6), mala adherencia al tratamiento antirretroviral por los efectos derivados del consumo de drogas (2) (como pérdida de la noción del tiempo), e interacciones farmacológicas relevantes entre las drogas recreativas y los fármacos utilizados como TAR, que comprometen la seguridad del paciente al aumentar la concentración de drogas en el organismo, y su toxicidad (7).

La implantación del chemsex en España es reciente, por lo que resulta difícil establecer su impacto sobre la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), sus consecuencias para la Salud Pública, pero sobre todo su magnitud. A pesar de que un número minoritario de HSH lo llevan a cabo, resulta fundamental recabar información para poder diseñar acciones que potencien la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

El chemsex se ha popularizado en grandes núcleos urbanos, pero se desconoce dicho fenómeno en otras localizaciones españolas, por tanto, los objetivos de este estudio son: conocer las características generales del consumo de chemsex en los hombres que tienen sexo con hombres en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN); conocer la epidemiología del uso del chemsex, en los dos grupos de población que mayoritariamente la usan: pacientes que tienen sexo con hombres infectados por VIH y no infectados que consultan por otro tipo de ITS y ver las diferencias entre ambos grupos; conocer sus consecuencias en materia de salud, como qué tipo de ITS se transmiten y qué problemas de salud mental se asocian; así como los detalles sobre su uso.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con dos grupos de población del HUVN, un grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) positivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+) que acuden a consulta de

infecciosas en el HUVN y otro grupo de HSH VIH – que acuden al Centro de Orientación de ITS y SIDA (Centro de ITS) para ver las posibles diferencias entre ellos. El período de estudio comprendió desde Noviembre de 2017 hasta Mayo de 2018.

La muestra incluye a 141 hombres que tienen sexo con hombres (90 del grupo VIH+ y 51 del grupo VIH-) que se incluyeron en el estudio por participación voluntaria (tras informarles de los objetivos del estudio y solicitarles el consentimiento informado) para contestar la encuesta entre los que acudieron a las consultas, por ser el sitio de más fácil de contacto con los pacientes. La encuesta fue contestada en un lugar privado. No se excluyó a nadie de los que contestó la encuesta para su evaluación. No se contabilizó el número de pacientes que no quiso realizar la encuesta.

Para llevar a cabo el estudio, se diseñaron dos cuestionarios parecidos (las únicas diferencias se centraban en las específicas al tratamiento antirretroviral), uno para cada grupo (Anexo 1). Los cuestionarios fueron completados en consulta por los participantes de forma anónima y auto-administrada (el paciente contestaba de forma escrita al cuestionario), habiendo una persona de referencia para resolver las dudas. En los cuestionarios se han recogido una serie de variables sociodemográficas: edad, nivel de estudios, situación laboral en ese momento, orientación sexual, situación sentimental (si tienen pareja estable o no).

Se han recogido preguntas acerca de las sesiones de chemsex como su duración, el número de parejas por sesión, nº de relaciones sexuales por sesión, cómo son las prácticas sexuales durante las sesiones: el fisting, barebacking, el uso de juguetes sexuales, sistemas de higiene anal, actitud en el sexo, métodos de protección.

Respecto al consumo de drogas se ha preguntado: qué drogas consumen (mefedrona, GHB/GBL, metanfetaminas, MDMA, poppers, cocaína, LSD, speed y otras), consumo conjunto, con qué frecuencia consumen, la vía de administración, complicaciones derivadas del uso, cómo las consiguen, cómo las pagan. Así como preguntas sobre TAR en VIH+ y sobre profilaxis pre y post-exposición en VIH-.

Otro bloque de preguntas está enfocado a otras sustancias consumidas como alcohol o tabaco; y patología concomitante, derivada de participar en las sesiones, como ITS o patología mental. Finalmente el último bloque se refiere a la percepción individual de la práctica del chemsex, la búsqueda de asistencia médica y si desean recibir apoyo e información.

El análisis descriptivo de los ítems del cuestionario se ha realizado considerando únicamente aquellos encuestados que sí practican chemsex, según su grupo de estudio.

Para comparar las variables cualitativas entre los grupos de VIH positivo/negativo, se utilizó el test chi-cuadrado de Pearson y Fisher en los casos en los que la proporción de frecuencias esperadas inferior a 5 fue mayor del 20%. Para las variables numéricas se empleó el test t de Student o Mann-Whitney en los casos en que no se cumplió la normalidad. Las variables numéricas se describen como media y desviación estándar en casos de normalidad y como medianas y percentiles en las no normales. La normalidad se contrastó con el test de Shapiro-Wilks.

El estudio ha sido aprobado por el CEIM/CEI Provincial de Granada y toda la información que se contestó en las encuestas era anónima no pudiéndose identificar a los pacientes.

## RESULTADOS

La muestra total del estudio es de 141 hombres que tienen sexo con hombres (homosexuales y bisexuales). La muestra para el grupo VIH+ es n=90 (63,8%) y la del grupo de personas VIH – n=51 (36,2%). Del total, el 14,9% (n=21) de los encuestados

practican chemsex. En el grupo VIH+ lo practica el 11,1% (n=10) y en el grupo VIH – un 21,6% (n=11).

Los pacientes VIH+ llevan participando en las sesiones de chemsex una mediana de 4 años, en sesiones que duran una mediana de 9,5 horas, entre una y cinco relaciones sexuales con penetración activa o pasiva (44,4%). Suelen tener una mediana de 4 parejas sexuales por sesión. Los pacientes VIH – llevan participando en las sesiones de chemsex una mediana de 1 año, con una mediana de 12 horas. Tienen entre una y cinco parejas sexuales (66,7%) tienen una mediana de 2 parejas sexuales por sesión. En la Tabla 1 se describen las características de los encuestados que practican chemsex.

Los pacientes VIH+ tienen estudios superiores universitarios (50%), trabajan (70%), su mediana de edad es de 40 años, y no tienen pareja estable (66,7%). Los pacientes VIH – son estudiantes universitarios o tienen estudios superiores universitarios (67%), trabajan (47,5%), su mediana de edad es de 25 años, y tienen pareja estable (50%). En ambos grupos un 80% de homosexuales y un 20% de bisexuales (todos hombres que tienen sexo con hombres). Todos los encuestados utilizaron aplicaciones móviles para establecer encuentros y practicar chemsex, siendo las más usadas Wapo (75%) y Grindr (70%).

Respecto a las características sociodemográficas como trabajo, estudios no había diferencias estadísticamente significativas entre pacientes VIH+ y VIH – (p=1). Si existían diferencias significativas (p = 0,019) respecto a la mediana de edad: 40,9 en los VIH+ y 28 en los VIH – (Tabla 1).

	VIH+	VIH-
<b>Mediana de Edad</b>	40 años	25 años
<b>Estudio Superiores Universitarios</b>	50%	67%
<b>Trabajo</b>	70%	47,5%
<b>Solteros</b>	66,7%	50%
<b>Homosexuales</b>	80%	80%
<b>Bisexuales</b>	20%	20%
<b>Uso de app para establecer encuentros</b>	100%	100%
<b>Media de app usadas</b>	2 app	2 app
<b>Años practicando chemsex (mediana)</b>	4 años	1 año
<b>Duración de las sesiones</b>	9,5 horas (1 h - 6 días)	12 horas (máx. 24 h)
<b>Número de parejas por sesión</b>	1-5: 44,4% 5-10: 33,3% Hasta 50: 11,1% >59: 11,1%	1-5: 66,7% 5-10: 33,3%
<b>Mediana de parejas por sesión</b>	4 parejas	2 parejas
<b>Parejas sexuales en el último. Año (mediana)</b>	12 parejas (máx 30)	10 (máx 70)

Tabla 1. Características socioculturales y del número de parejasde los que practican chemsex

En el grupo de pacientes VIH+ se consumen una mediana de 4 drogas por individuo, siendo la droga más usada en las sesiones el popper (100%), seguido por mefedrona (50%), speed (50%), MDMA (40%), cocaína (40%), fármacos para la disfunción eréctil (40%); metanfetaminas (30%), LSD (20%), ácido γ-hidroxibutírico/γ-butirolactona (GHB/GBL (20%)), y las menos frecuentes los esteroides, el cannabis y la ketamina, usadas por

un 10% del grupo cada una. No hay consumo de heroína, crack, fármacos psicotrópicos, ni sextacy (MDMA+sildenafil) (Tabla 2).

	Total	VIH+	VIH -	p
<b>Poppers</b>	82%	100%	63,6%	0.09
<b>Mefedrona</b>	25%	50%	0%	0.01
<b>Speed</b>	34%	50%	18,2%	0.18
<b>MDMA</b>	40%	40%	36,4%	1
<b>Cocaína</b>	40%	40%	36,4%	1
<b>Fármacos para la disfunción eréctil*</b>	30%	40%	18,2%	0.36
<b>LSD</b>	10%	20%	0%	0.21
<b>Metanfetaminas</b>	25%	30%	18,2%	0.63
<b>GHB/GBL</b>	15%	20%	9,1%	0.59
<b>Esteroides</b>	5%	10%	0%	0.48
<b>Cannabis</b>	20%	10%	27,3%	0.59
<b>Ketamina</b>	5%	10%	0%	0.48
<b>Heroína</b>	0%	0%	0%	1
<b>Hachis</b>	5%	0%	9,1%	1
<b>Crack</b>	0%	0%	0%	1
<b>Fármacos psicotrópicos</b>	5%	0%	9,1%	1
<b>Sextacy</b>	0%	0%	0%	1

Tabla 2. Uso de las diferentes sustancias durante las sesiones de ChemSex \*(sildenafil, tadalafilo, vardenafilo)

En el grupo de pacientes VIH – se consume una mediana de 2 drogas , siendo la droga más consumida el poppers (63,6%), seguido por MDMA (36,4%), cocaína (36,4%), marihuana (27,3%), metanfetaminas (18,2%), fármacos para la disfunción eréctil (18,2%), speed (18,2%); GHB/GBL (9,1%), fármacos psicotrópicos (9,1%), y otros (hachís en concreto, un 9,1%). No hay consumo de mefedrona, heroína, crack, sextacy, LSD, ketamina ni esteroides (Tabla 2).

Respecto al **consumo de alcohol**, aunque es práctica frecuente su consumo junto al ChemSex, en nuestra población de estudio, en los pacientes VIH + el 40% no consume, otro 40% 2-5 cervezas/ semana y un 20% 14-35 cervezas/ semana. Los pacientes VIH – el 63% no consumen nunca alcohol, un 18% 2-5 cervezas/ semana y un 19% 10-35 cervezas/ semana.

Considerando la **toma conjunta de fármacos antirretrovirales y drogas** para el chemsex, un 60% mezcla drogas. El 90% (n=9) de pacientes VIH+ dice tener TAR en el momento actual, de los cuáles un 77,7% (n=7) indicaron el tipo de TAR utilizado: Darunavir/Cobicistat (COBI) + Tenofovir fumarato (TDF) /Emtricitabina (FTC) (n=2), Abacavir (ABV) / Lamivudina (3TC)/Dolutegravir (DTG) (n=2), DRV/COBI (n=1), Tenofovir Alafenamida (TAF)/FTC/COBI/Elvitegravir (EVG) (n=1) y DRV + Ritonavir (RTV)/Etravirina (ETR) (n=1). La pauta de tratamiento es diaria y a un 33,3% (n=3) se le olvida tomarlo algunas veces, de forma involuntaria no relacionada con las sesiones.

En el grupo de pacientes VIH-, ningún caso de los 9 pacientes que contestaron a ese ítem, ha tomado profilaxis pre-exposición para el VIH, ni tampoco profilaxis post-exposición. El resto no contestó a esta pregunta.

La **vía de administración** más frecuente en el grupo de pacientes VIH+ es la inhalada (80%), seguida de la oral (50%). En el grupo negativos se usan la vía inhalada y la oral por igual (50%) (n=5). Se ha encontrado un 13,3% (n=2) de complicaciones derivadas del consumo de drogas (un caso de agitación y otro de somnolencia tras tomar GHB/GBL).

La **periodicidad** con la que se consumen drogas en cada grupo están descritas en la Figura 1

La **percepción individual del consumo** en el grupo de pacientes VIH+ es de ser controlado (75%), también hay casos de consumo problemático (12,5%) y perjudicial (12,5); con un 11,1% (n=1) que afirma haber estado tan intoxicado que podrían haber mantenido relaciones sexuales sin su consentimiento. El grupo VIH- considera su consumo controlado (100%), y hasta un 33,3% (n=3) podría haber tenido relaciones no consentidas a causa de las drogas. En cuanto a tener relaciones sexuales satisfactorias, un 20% (n=2) del grupo de pacientes VIH – dice no poder tenerlas sin el consumo de drogas. Pese a la percepción subjetiva del paciente sobre el consumo de ser controlado, 1 de cada 3 del grupo VIH – se ven en situaciones de pérdida de ese control, afirmando que podrían haber tenido relaciones sexuales no consentidas a causa del consumo de drogas.

La **enfermedad mental** es prevalente en ambos grupos de estudios según la propia apreciación del paciente (60% pacientes VIH+ vs. 50% pacientes VIH-), siendo la más frecuente la ansiedad (83,3% vs 80%). Otras enfermedades mentales en los dos grupos fueron depresión, insomnio y trastornos de la personalidad (Figura 2 - ver página 28). Por el tipo de cuestionario no se pudo valorar si eran relacionadas con el consumo de drogas para el chemsex ni se hizo ningún estudio psiquiátrico.

Respecto a las **prácticas sexuales** en estos grupos la actitud más frecuente durante el sexo anal es activa y pasiva (81%), siendo el resto activa (19%). Con respecto al sexo oral no hay discordancias, el 100% (n=21) de la población se considera activa y pasiva. Como método de **protección** el 90,5% (n=19) usa preservativos, existiendo un caso de doble método: preservativo + espermicidas. El 94,1% (n=16) de la población **cambia de preservativo** con cada pareja sexual, pero hasta un 5,9% (n=1) no cambia de preservativo ya contaminado con cada pareja. El **“barebacking”** es practicado por el 44,4% (n=4) de individuos VIH+. Del grupo negativos un 81,8% (n=9).

El **fisting** es practicado por hasta un 30% (n=3) de VIH+ y un 18,2% (n=2) de VIH-. Usan guantes y lubricación un 60% (n=3), de los cuales el 100% cambia de guantes con cada pareja sexual; usa únicamente lubricación un 20% (n=1) y un 20% (n=1) no usa ni guantes, ni lubricación. No había diferencias estadísticamente

significativas entre los VIH+ y VIH – respecto al uso, actitud, uso de lubricación o guantes durante el fisting.

Los **juguets sexuales** los usa un 44,4% (n=4) de pacientes VIH+ y un 60% (n=6) de pacientes VIH – . Los más utilizados son los dildos (66,7%), seguidos de los vibradores (55,6%) y los “plugs” (11,1%). Los juguetes sexuales son usados sin preservativos por el 50% (n=5), dos en el grupo VIH + y tres en el VIH – . No hubo diferencias en el uso de juguetes sexuales y tipo.

Respecto a la **higiene anal**, un 61,1% (n=11) lleva a cabo algún tipo de higiene, siendo la más frecuente la ducha anal, después el uso de enemas y limpiezas con jabón. De los que usan como método la ducha anal, un 11,1% (n=2) admite compartir el mango de la ducha siempre y un 5,6% (n=1) a veces.

Han sido **diagnosticados de alguna ITS** el 60% de pacientes VIH+ y el 63,6% de los VIH – afirmativamente. De la población VIH + que ha contraído alguna ITS, 6 afirman haber sido diagnosticado de VIH tras comenzar a participar en estas sesiones, le siguen sífilis, gonorrea, virus papiloma humano, *chlamydia* y hepatitis C. En el grupo VIH-, la ITS más frecuente es la sífilis, seguida de gonorrea, *chlamydia*, hepatitis A, candidiasis. (Figura 3 - ver página 29)

Del total de personas que practican chemsex el 42,1% afirma decírselo a su médico, un 17,6% ha pedido alguna vez ayuda médica sobre este problema, y un 68,4% (n=13) lo considera un problema de salud. No les interesa recibir apoyo o información sobre cómo reducir los riesgos durante el chemsex al 57,1%.

**DISCUSIÓN**

La práctica del chemsex es un fenómeno reciente de la población de hombres que practica sexo con hombres, particularmente en las grandes ciudades (7,8), sin embargo la práctica en ciudades más pequeñas es poco conocida.

En el HUVN de la población de 141 HSH, un 14,9% lo practica. Es decir uno de cada siete. Del grupo VIH+ un 11,1%, porcentajes bajos en comparación con el 50,6% de Londres (7) y el 44,2% de Barcelona (8).

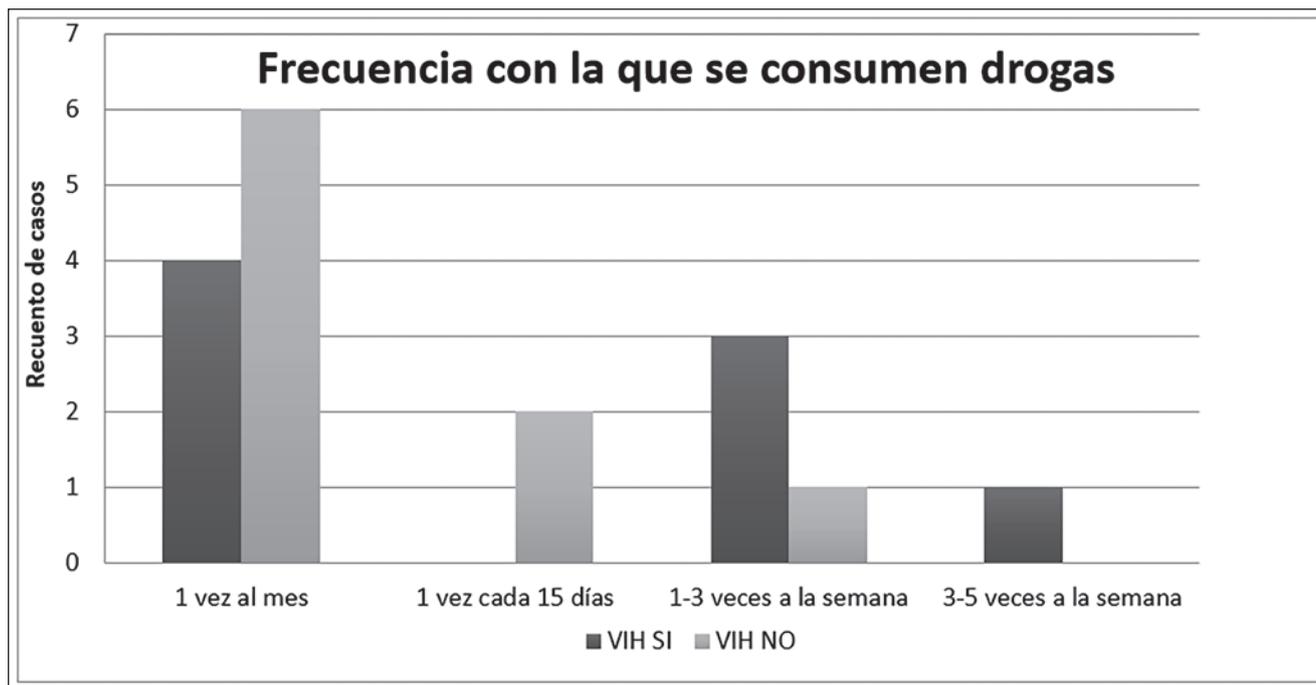


Figura 1. Frecuencia de consumo de drogas

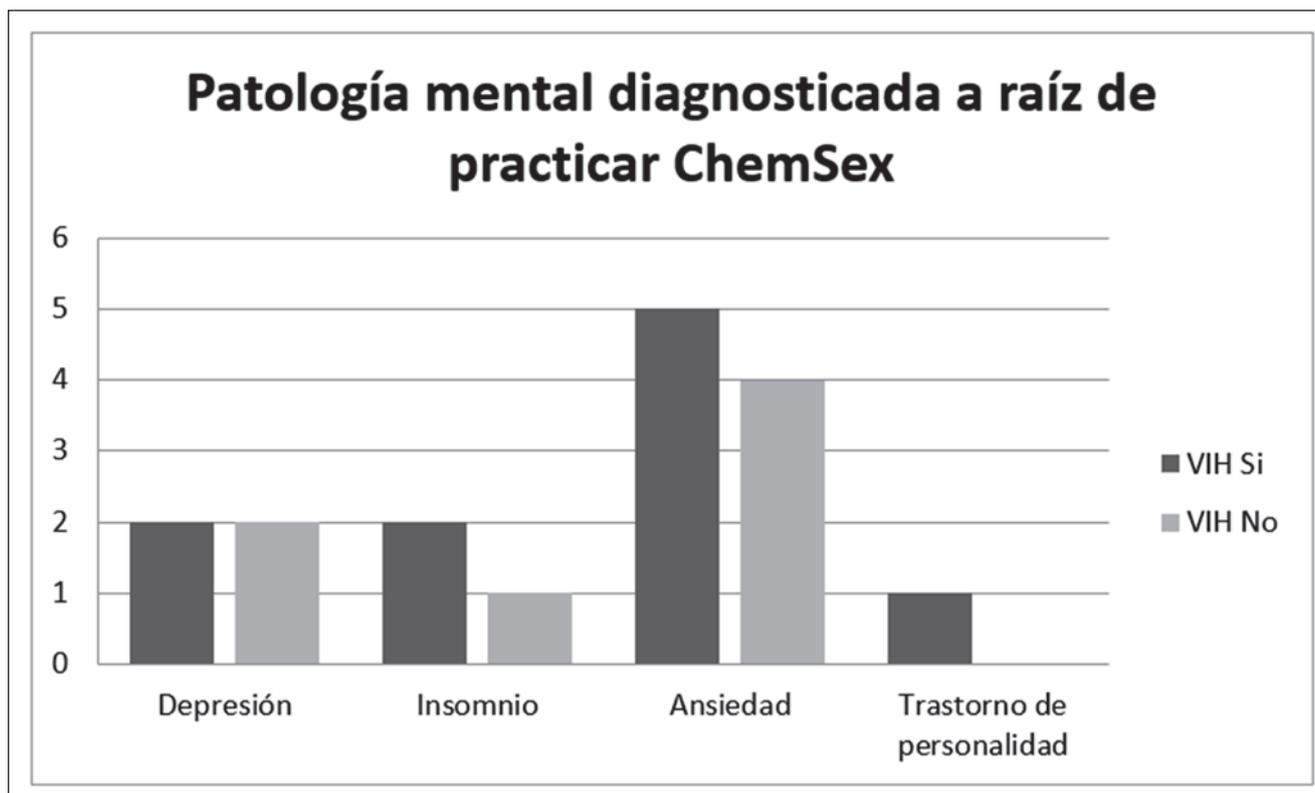


Figura 2. Patología mental en los pacientes usuarios de chemsex

En los VIH+ los pacientes con estudios universitarios constituyen un 67,5% frente al 45% de Londres (7) y el 31,8% de Barcelona (8). La mediana de edad, la orientación sexual y el número de personas con empleo es similar a Londres y Barcelona (7,8). Es decir, el perfil de hombre que practica chemsex en nuestro medio, es de nivel formativo elevado, con trabajo y joven (<40 años). Los pacientes VIH – tienen trabajo en un menor porcentaje.

El grupo VIH+ lleva más tiempo practicando chemsex, en sesiones de duración más heterogénea y alargada, con el doble de parejas sexuales por sesión que el grupo VIH-. Por tanto, la práctica está más establecida en el grupo VIH+. El 100% de los encuestados utiliza apps móviles, en comparación con el 77,8% del estudio de España (3).

En la población que practica chemsex es frecuente el policonsumo de drogas, siendo la droga más empleada en nuestro estudio en ambos grupos el popper, al igual que en Londres (7). Aunque el GHB/GBL también es de uso frecuente, es una de las menos usadas en ambos grupos. En nuestro medio no hay consumo de heroína, crack o sextax, en comparación con el 0,8% de la población de Londres que consume crack y el 0,4% que consume heroína (7) y por tanto usa la vía intravenosa. En España en general se observa hasta un 1% de consumo de heroína (3).

El riesgo de interacciones clínicamente relevantes es mayor con las drogas metabolizadas por CYP3A4 (9,10), cuya toma conjunta con antirretrovirales que incluya ritonavir (RTV) o cobicatát(COBI) se da en 3 casos (COBI + sildenafil + ketamina, COBI + sildenafil, RTV + tadalafilo). Las interacciones con fármacos que inhiban el CYP2D6 son clínicamente relevantes, aunque en menor medida (9). La toma conjunta de COBI o RTV con estas drogas se da en 3 casos, los tres con COBI como antirretrovirales, el cual necesita de una mayor dosis para inhibir la actividad de esta isoenzima, por lo que el riesgo de interacciones es menor (9).

Otras interacciones se dan con la mezcla de poppers e inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, que pueden provocar un

gran efecto vasodilatador, resultando en una hipotensión grave (8,9). Ésta mezcla la realizan 3 casos con potencial riesgo de sufrir complicaciones. La mezcla de GHB con sustancias depresoras, como alcohol o benzodiazepinas, disminuye su efecto de primer paso y potencia su efecto sedante, pudiendo llegar a inducir coma y problemas respiratorios (7,9,11-15). Esta mezcla se da en 3 casos VIH+, y uno sufrió como complicación debida a la toma de GHB/GBL una disminución del nivel de conciencia.

La combinación de chemsex y TAR puede influir en la disminución de la adherencia al tratamiento (7,9,16,17). Los problemas de adherencia al TAR en nuestro estudio se dan en un 33,3%, en comparación con el 64,1% encontrado en el estudio de Barcelona (8).

La vía de administración de estas drogas influye en las posibles interacciones, la magnitud y el curso temporal de sus efectos (9), en la transmisión de infecciones por vía intravenosa principalmente (18); pero también intrarectal, fumada e intranasal, probablemente por compartir los materiales para su administración (2,19) que aumentan el flujo de sangre en las mucosas y provocan lesiones a ese nivel (2,20). La vía oral se usa en el 50% de ambos grupos, la cual puede hacer que las interacciones sean más manifiestas, pues la mayor parte de los transportadores y enzimas metabólicos se encuentran a nivel hepático e intestinal (9,18). No hay casos de *slamming*, en las poblaciones estudiadas en comparación con el 3% que lo practica en Londres (7).

En todos los casos el consumo es menor a 50 g de alcohol, lo que indica que no existe un consumo de riesgo (21), que asciende al 55% de la población que practica chemsex en Londres (7).

En la literatura apenas hay referencias a la existencia de patología mental entre los usuarios de chemsex, sin embargo, en nuestro estudio más de la mitad de los pacientes asocian patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la ansiedad y la depresión. Los hallazgos de Pufall *et al.* confirman que el chemsex es más frecuente en los HSH diagnosticados de depresión y/o ansiedad<sup>22</sup>. En algunas ocasiones la presencia de patología

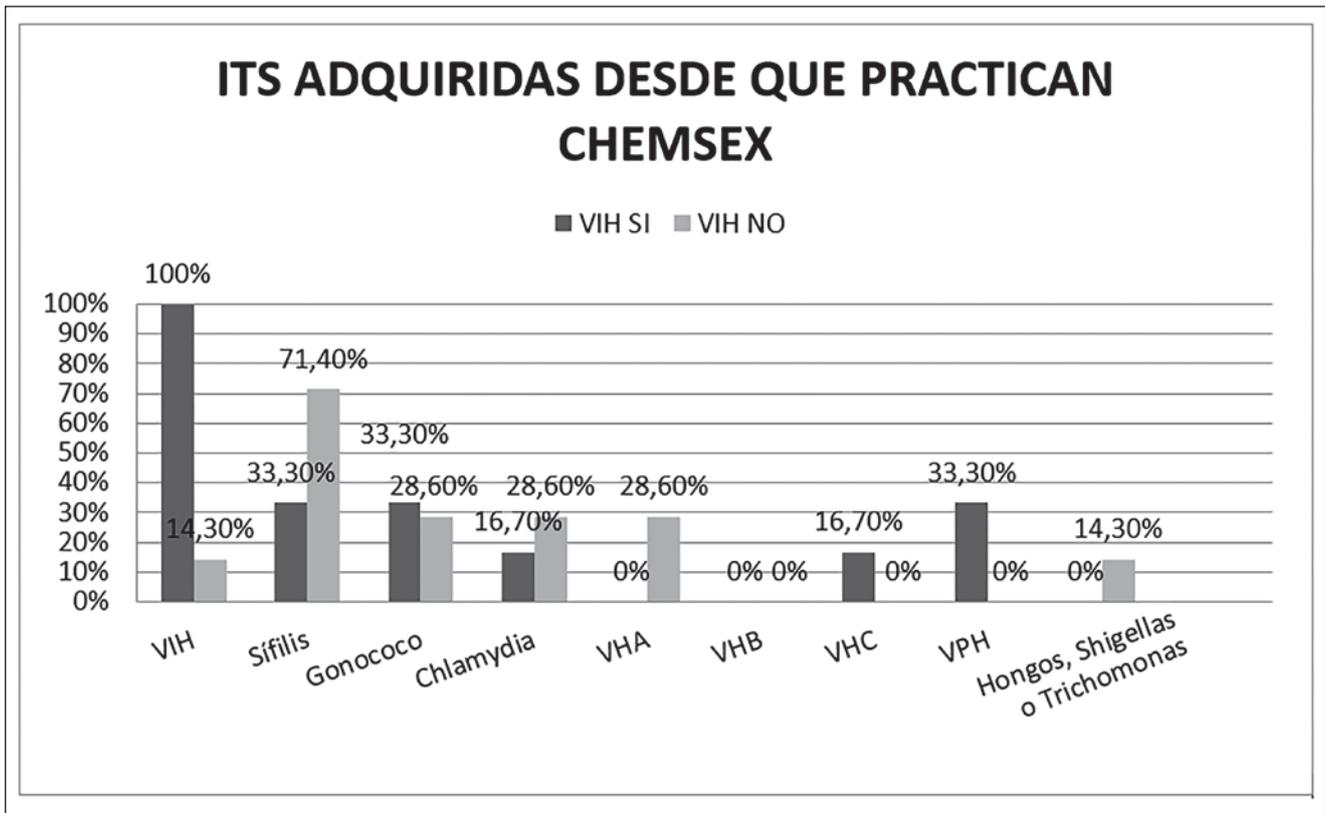


Figura 3. ITS adquiridas desde que comenzaron a participar en las sesiones de chemsex: grupos VIH+ y VIH-

mental grave sin tratamiento se asocia al uso del chemsex como un comportamiento de autocastigo (3,23), pudiendo derivar en conductas autolesivas que se observan en el 28,5% de nuestra población total.

El chemsex está asociado con prácticas sexuales de riesgo, transmisión de infecciones de transmisión sexual (7,8,15,18,21,24-26), sexo sin preservativo, y mayor número de parejas sexuales (7,8,21,23). Con respecto a las prácticas sexuales de riesgo, el “barebacking” o “bareback” es practicado por un 44,4% de pacientes VIH positivos, similar al 53,3% de los pacientes VIH positivos de Barcelona (8) y el 52% de Londres (7). La población VIH negativa que practica sexo desprotegido casi duplica a la VIH positiva, ocurriendo en un 81,8%. Es preocupante que un paciente VIH – del total de 11 (9,1%) no cambie de preservativo ya contaminado con cada pareja sexual en nuestro estudio, incrementando los riesgos de transmitir alguna ITS (2).

El uso de juguetes sexuales tanto en los pacientes VIH + como en los negativos, usados sin preservativo y compartidos con múltiples parejas sexuales en la mitad de la población de estudio presenta un elevado riesgo de transmitir alguna ITS (2).

El fisting en nuestro medio es practicado por un 30% de VIH+ y un 18,2% de VIH – de forma activa, cifras relativamente altas en comparación con la literatura (3). De los que lo practican el 60% usa guantes, los cuales cambian con cada pareja sexual, en comparación con el 6,4% que usa guantes del estudio del chemsex en España (3). Destaca que un 20% de los que practican no usan ni guantes ni lubricación, lo cual puede convertir esta práctica en altamente dolorosa y peligrosa, pues aumenta el riesgo de lesiones de la mucosa y de transmisión de ITS (2,27).

La higiene anal con jabón aumenta el riesgo de contraer alguna ITS (2) hecho realizado por un caso de nuestro estudio. Las duchas anales son el método de preferencia, durante las cuales, un caso comparte el mango de la ducha a veces y 2 casos lo comparten siempre, incrementando dicha práctica el riesgo de contraer VHB, VHC y otras ITS (2).

Se ha visto que más de la mitad de la población (60% VIH+ y 63,3% VIH-) ha contraído al menos una ITS desde que participa en las sesiones, similar al 67,8% en España (3). Llama la atención que el 100% de VIH+ que ha contraído alguna ITS, se ha contagiado de infección por el VIH a raíz de empezar a practicar chemsex. Es notable la alta prevalencia en ambos grupos de gonorrea y de sífilis, siendo esta última la ITS más frecuentemente diagnosticada en España (3) y la más frecuente en los pacientes VIH-. Ambas ITS son también frecuentes en Londres (7) y están asociadas al sexo sin preservativo (7).

Este estudio tiene ciertas limitaciones, como los posibles errores de cumplimentación de los cuestionarios, el grado de sinceridad en las respuestas y la posibilidad de no responder a ciertas preguntas, lo cual genera datos perdidos. Así mismo, sería conveniente ampliar la muestra a otros hospitales de nuestro entorno para confirmar los resultados.

**CONCLUSIONES**

El chemsex en nuestro medio es practicado por uno de cada siete de la población de hombres que tiene sexo con hombres del HUVN, siendo la prevalencia de esta práctica en el grupo VIH+ menor que en el grupo VIH-.

El impacto sobre la salud física que tiene el chemsex es elevado, por contraer ITS en un porcentaje elevado, pudiendo contribuir a ello el uso de drogas para practicar sexo. La sífilis, el VIH y la gonococia son las más frecuentes.

Para practicar chemsex existe policonsumo de drogas, siendo la más consumida los poppers. Es destacable que ningún caso de nuestro estudio consume heroína o crack, o practica slamming, por lo que no padecen las complicaciones derivadas de su uso. Son frecuentes las prácticas sexuales de riesgo como barebacking, fisting sin guantes, uso de juguetes sexuales sin protección y sistemas de higiene anal incompletos o lesivos.

Los autores no tienen conflicto de intereses

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ* 2015; 3; 351
2. Stuart D. ChemSex and hepatitis C: a guide for healthcare providers. 1st. ed. London; 2014
3. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarra L. Aproximación al ChemSex en España 2016. *Imagina Más, Apoyo positivo*. [Internet] 2016. [Consultado en Mayo 2018]; Disponible en <http://www.infochemsex.com>
4. 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 Multidisciplinar del Sida* 2016;4(7):41-65
5. Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, et al. Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with Shigella in England and Wales. *Sex Transm Infect* 2015;91:598-602 .
6. Coll, J, Fumaz, C.R. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg* 2016;15:77-84
7. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV* 2014 Oct; 1: e22–31
8. Garin N, Zurita B, Velasco C, Feliú A, Gutierrez M, Masip M, et al. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017 Jan 18;7: e014105
9. Pérez-Valero I, Blanco-Arévalo JL. '99 preguntas claves sobre ChemSex'. *Fundación GeSIDA*, 2017(6):31-90. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/376815560/GEsIDA-Chemsex-Book-Portada-Modificada-1>
10. Stolbach A, Paziana K, Heverling H, Pham P. A review of the toxicity of HIV medications II: interactions with drugs and complementary and alternative medicine products. *J Med Toxicol* Sep 2015;11:326–341.
11. Daskalopoulou, M; Rodger, AJ; Phillips, AN; Speakman, A; Lampe, FC. Prevalence of recreational drug use is indiscriminate across antiretroviral regimens of differing drug-drug interactions among MSM. *AIDS*. 2016;30 :810-812.
12. Caudevilla F. Chem-safe. Energy Control (ABD). [Consultado en Abril de 2018]. Disponible en [www.chem-safe.org](http://www.chem-safe.org)
13. Mason PE, Kerns WP. Gamma hydroxybutyric acid (GHB) intoxication. *Acad Emerg Med* 2002 Jul; 9:730–739
14. Wynn GH, Cozza KL, Zapor MJ, Wortmann GW, Armstrong SC. Med-psych drug-drug interactions update. Antiretrovirals, part III: antiretrovirals and drugs of abuse. *Psychosomatics* 2005;46 :79-87
15. 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; 26:1171-1176
16. Halkitis PN, Palamar J, Mukherjee P. Analysis of HIV medication adherence in relation to person and treatment characteristics using hierarchical linear modeling. *AIDS Patient Care STDS* 2008 ;22(4):323-335.
17. Stuart, D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nurs* 2013; 13: 6–10
18. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of "party drugs" in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS* 2015 ;29: 1585-1592.
19. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Diez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen sexo con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014 ; 32: 341-349.
20. 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;47:931-934.
21. Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bodes J. Alcoholismo: Guías clínicas sociodrogalcoholbasadas en la evidencia científica. Barcelona: SANED; 2013 [Consultado en Mayo de 2018]. Disponible en <http://www.sociodrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-sociodrogalcohol.html>
22. Pufall, E, Kall, M, Shahmanesh, M, Nardone, A, Gilson, R, Delpech, V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med* 2018 ; 19: 261-270.
23. 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. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014. [Consultado en Mayo 2016] Disponible en: [www.sigmaresearch.org.uk/chemsex](http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex)
24. 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 AIDS* 2017;28: 362-366.
25. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy* 2018; 52:9-15
26. Halkitis PN, Parsons JT, Stirratt MJ. A double epidemic: crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *J Homosex* 2001; 41:17–35
27. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect* 2016 Dec; 92: 568–570.