

Demanda al servicio de urgencias de profilaxis para infecciones de transmisión sexual tras prácticas sexuales de riesgo

MONTSERRAT AMIGÓ TADÍN¹, JOSÉ RÍOS GUILLERMO², SANTIAGO NOGUÉ XARAU¹

¹Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. Grupo de investigación: "Urgencias: Procesos y Patologías", IDIBAPS, Barcelona, España. ²Laboratorio de Bioestadística y Epidemiología, UAB, Plataforma de Bioestadística y Gestión de Datos, IDIBAPS, Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Montserrat Amigó Tadí
C/Argullós, 6, 5º - 1ª
08016 Barcelona, España
E-mail: montamigo@yahoo.es

FECHA DE RECEPCIÓN:
22-11-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:
12-3-2013

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Felipe García, a la Dra. Lorna Leal y a la Sra. Emma Fernández, del Servicio de Infecciones, Grupo VIH, del Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de las consultas a urgencias en demanda de profilaxis para las infecciones de transmisión sexual (ITS) tras una práctica sexual de riesgo.

Método: Durante 6 meses se han revisado las demandas de profilaxis atendidas en el servicio de urgencias tras una práctica sexual de riesgo. Se utilizaron como variables datos epidemiológicos, tipo de práctica, motivo de consulta, tratamiento profiláctico y coste económico.

Resultados: Se han incluido 189 pacientes con una edad media de 32,5 (8,3) años. De ellos, 162 eran hombres (85,7%). El 67,2% eran españoles. Ciento trece casos (59,8%) eran hombres que tuvieron sexo con otros hombres (HSH), con pareja VIH positiva (30,7%) o de estatus serológico desconocido (61,9%). Usaron preservativo el 49,7% de pacientes, pero consultaron por su rotura o pérdida el 45,5%. La penetración anal, activa o pasiva, fue la práctica sexual más frecuente (53,4%). El 85,2% recibió tratamiento profiláctico para el VIH con antirretrovirales durante 28 días, el 77,2% recibió también profilaxis antibiótica para otras ITS y un 22,8% inició inmunización para virus hepatotropos. El coste medio de la visita y de la profilaxis administrada o prescrita en urgencias fue de 858 (275) euros por paciente.

Conclusiones: La práctica sexual de riesgo como motivo de consulta a urgencias es frecuente, principalmente entre un hombre que practica sexo con otro hombre. La mayoría de pacientes acude por una rotura del preservativo, pero casi la mitad no lo usan a pesar de desconocer el estado serológico de la pareja o ser ésta portadora del VIH. La consulta a urgencias y el tratamiento farmacológico generan un coste económico elevado. [Emergencias 2013;25:437-444]

Palabras clave: Práctica sexual de riesgo. Infecciones de transmisión sexual. Prevención. Profilaxis. Gasto sanitario.

Introducción

Las relaciones sexuales (RS) pueden ser una vía de transmisión de enfermedades infecciosas. La práctica sexual de riesgo es la que se lleva a cabo sin medidas de protección y con una pareja portadora de algún tipo de infección transmisible por vía sexual o de la que se desconoce con exactitud su estado serológico o su capacidad para transmitir infecciones por esta vía. Mantener RS con múltiples parejas, con profesionales del sexo o los grupos de parejas que manifiestan realizar sexo anónimo o colectivo constituyen algunos de los factores de riesgo mejor identificados para las infecciones de transmisión sexual (ITS). Algunos tipos de RS son consideradas como de mayor ries-

go, por ejemplo la anal, por resultar habitualmente más traumáticas y generar soluciones de continuidad cutáneo-mucosas. La mejor forma de evitar las ITS es la prevención, y el uso del preservativo es el principal método¹.

Las ITS están experimentando un repunte en todo el mundo occidental, debido en parte a la desmitificación del sida como una enfermedad mortal y a la aparición de una terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y eficacia contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tanto para el tratamiento como para su profilaxis. Esto conlleva una menor percepción de riesgo y por ello una reducción en el uso de medidas de barrera^{2,3}. Por otro lado, el auge de las nuevas tecnologías, como internet y las redes sociales, la globali-

zación, los fenómenos migratorios y los cambios de hábitos y gustos sexuales, han hecho aumentar los encuentros con personas desconocidas con el fin de mantener RS en pareja o grupo y también la prevalencia con la que los hombres practican sexo con otros hombres (HSH)⁴. Las RS se acompañan en ocasiones de la toma de bebidas alcohólicas o del consumo de drogas de abuso, lo que puede contribuir a facilitar estas relaciones y a reducir la percepción de riesgo, por lo que no se toman las medidas preventivas adecuadas⁵. Todo ello implica que no descienda el número de infecciones por VIH y que haya un repunte de ITS clásicas como la sífilis, gonococia o trichomona y también de otras consideradas por algunos autores como más contemporáneas, como por ejemplo el virus del papiloma humano, la hepatitis o el linfogranuloma⁶.

El tratamiento profiláctico para las ITS, y en particular para el VIH, carece de un consenso generalizado, no garantiza su eficacia en el 100% de los casos y, cuando se indica, no está exento de efectos secundarios. Además, tiene un elevado coste económico. No se conoce todavía el nivel de eficacia de dicha profilaxis, ya que no hay estudios concluyentes, aunque este tratamiento es cada vez mejor tolerado⁷. El peligro de contagio con otros virus también comporta un riesgo, ya que la inmunización completa sólo se puede realizar para la hepatitis A y B, mientras que para otros virus, como el del papiloma humano, no se realiza por el momento una profilaxis generalizada. Cuando se dispone de tratamiento antivírico, resulta costoso, se asocia a efectos secundarios y no garantiza que se pueda contraer posteriormente la enfermedad o desarrollar otras patologías asociadas⁸. En cuanto a las ITS clásicas, al tener un tratamiento antibiótico muy eficaz, es más fácil llegar a su curación.

Tras una RS, cualquier paciente dispone de diversos puntos de atención sanitaria para consultar las medidas a tomar para prevenir la posible transmisión de enfermedades infecciosas. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes que han acudido a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) en demanda de profilaxis tras una práctica sexual de riesgo y su impacto económico a corto plazo.

Método

Se trata de un estudio transversal, descriptivo con recogida retrospectiva de todas las consultas realizadas al servicio de urgencias del Hospital Clí-

nic de Barcelona y que desde el *triaje* se identificaron como exposición a líquidos orgánicos de otras personas o enfermedades contagiosas debidas a una práctica sexual de riesgo y con demanda de profilaxis postexposición (PEP). Se han excluido los pacientes que acudieron por haber sido víctimas de una agresión sexual, los casos con solicitud exclusiva de una anticoncepción postcoital y las consultas derivadas de una exposición laboral con líquidos biológicos (personal sanitario) o por pinchazo accidental. El periodo analizado fue de 6 meses, desde el 1 de julio al 31 de diciembre del año 2011.

Como variables se consideraron datos epidemiológicos (edad, sexo, país de nacimiento y municipio de residencia), día de la consulta, tiempo transcurrido desde la exposición, tipo de práctica sexual realizada, características de la pareja, uso de preservativo, factores de riesgo, consumo de drogas, motivo de consulta a urgencias y tratamiento profiláctico administrado (para VIH, virus hepatotropos y otras ITS), de los que se evaluó su coste económico. También se analizó mediante la historia clínica informatizada, si esta práctica de riesgo era habitual en los pacientes y si acudieron a un preceptivo seguimiento posterior en el servicio de infecciones del hospital. El riesgo de transmisión del VIH en la relación sexual fue catalogado de alto, moderado, bajo o ausente en función de unos criterios descritos previamente⁹. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y de Investigación del hospital.

Los resultados se expresan como frecuencia absoluta, porcentaje (%), media (desviación estándar) o mediana (percentiles 25 y 75) en función de que se trate de una variable cualitativa o cuantitativa. La comparación entre variables cuantitativas se hizo mediante la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney y entre variables cualitativas con la prueba exacta de Fisher. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 20 para la realización de los cálculos. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Se han incluido 189 pacientes con una edad media de 32,5 (8,3) años. Esta cifra representó el 0,97% de las urgencias médicas (19.429) y el 0,43% de todas las urgencias (43.716) atendidas durante el mismo periodo de tiempo. De los 189 casos, 162 fueron hombres (85,7%), 24 mujeres (12,7%) y 3 (1,6%) transexuales. El 67,2% de los pacientes eran españoles y el 16,4% de otros paí-

ses europeos, entre los cuales los italianos (5,3%) y los franceses (4,8%) fueron los más frecuentados. El 15,4% habían nacido en países no europeos, y argentina fue la nacionalidad más prevalente (3,2%). El 80,9% residían en la actualidad en Barcelona, mientras que el 19,1% eran turistas o personas de paso.

La mayoría de consultas se realizaron los lunes (34 casos, 18%) mientras que el miércoles fue el día de la semana de menor frecuentación (21 casos, 11,1%). La mitad de los pacientes que acudieron a urgencias lo hicieron antes de que hubiesen transcurrido 18 horas (P25: 6; P75: 32) desde la RS de riesgo, que mayoritariamente se practicó a lo largo del fin de semana (sábado o domingo: 69 casos, 36,5%).

Las características generales de estas prácticas sexuales de riesgo se muestran en la Tabla 1. Ciento trece pacientes (59,8%) eran HSH y 175 de las consultas reconocieron haber practicado sexo con una pareja VIH positiva (30,7%) o de estatus serológico desconocido (61,9%). Ninguno de los pacientes era portador conocido del VIH. Usaron preservativo el 49,7% de ellos, pero consultaron por su rotura o pérdida el 45,5%. La penetración anal, activa o pasiva, fue la práctica más frecuente (53,4%) y las RS fueron en ocasiones múltiples (orgías) y/o en locales de sexo anónimo (8 casos). Un 8,5% manifestaron el consumo de alcohol etílico combinado o no con otras drogas de abuso como cocaína, cannabis o *poppers*. Un 7,9% de los pacientes estaba en tratamiento con medicación psicotrópica.

La Tabla 2 muestra algunas características específicas de los pacientes en función del uso o no de preservativo. La única diferencia significativa observada como motivo de consulta a urgencias fue el temor a haber sido contagiado por el VIH u otras ITS en el grupo de personas que no utilizaron preservativo ($p < 0,001$).

La Tabla 3 ofrece otras características de los pacientes, en función de que la relación fuese o no heterosexual. El grupo de HSH era de mayor edad ($p = 0,001$) y con un riesgo significativamente mayor de transmisión del VIH ($p < 0,001$). Aunque en el conjunto de la serie (189 casos) había un 12,7% de mujeres, en ningún caso se produjo la consulta a urgencias de una mujer que hubiera mantenido una relación sexual con otra mujer.

En función de la evaluación del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, del tiempo transcurrido desde el contacto y de la historia clínica, se inició o no una profilaxis para las ITS y una prevención de embarazo en caso necesario, mediante una combinación variable de fár-

Tabla 1. Características generales de la práctica sexual de riesgo (N = 189)

	n (%)
Tipo de relación	
HSH	113 (59,8)
Heterosexual	40 (21,2)
Bisexual	5 (2,6)
No precisable	31 (16,4)
Tipo de práctica sexual	
Penetración anal	52 (27,5)
Recepción anal	49 (25,9)
Recepción vaginal	21 (11,1)
Penetración vaginal	17 (9,0)
Recepción oral	16 (8,5)
Penetración oral	2 (1,1)
Otra o no precisable	32 (16,9)
Uso de preservativo	
Sí	94 (49,7)
No	71 (37,6)
No precisable	24 (12,7)
Tipo de pareja o circunstancia de la PSR	
Pareja desconocida	136 (71,9)
Pareja conocida	19 (10,1)
Pareja estable	12 (6,3)
Profesional del sexo	8 (4,2)
Orgía colectiva	4 (2,1)
Local de sexo anónimo	4 (2,1)
No precisable	6 (3,2)
Serología VIH de la pareja	
Desconocida	117 (61,9)
VIH positivo	58 (30,7)
VIH negativo	14 (7,4)
Motivo de consulta	
Temor a una ITS o al VIH	89 (47,1)
Rotura o pérdida del preservativo	86 (45,5)
Presencia de sangre o lesiones en piel o mucosas	6 (3,2)
Amnesia anterógrada o temporal	6 (3,2)
Mal estado general	2 (1,1)
Consumo asociado a la PSR	
Alcohol y/o drogas de abuso	16 (8,5)
Medicación psicofarmacológica	15 (7,9)

HSH: hombre que practica sexo con otro hombre; PSR: práctica sexual de riesgo; ITS: infección de transmisión sexual; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

macos antirretrovirales, antibióticos, vacuna y gammaglobulina para la hepatitis B y anticonceptivos de urgencia (Tabla 4). El TARGA se prescribió al 85,2% de los pacientes de la serie; en la primera fase del estudio se utilizó zidovudina, lamivudina y lopinavir/ritonavir, mientras que en la última fase se cambió a atazanavir, zidovudina/lamivudina, prescritos habitualmente para 28 días y suministrados por la farmacia del propio hospital. Los antibióticos se indicaron al 77,2% de pacientes, en forma de una dosis única de ceftriaxona, azitromicina y, en ocasiones, metronidazol. La prevención de la hepatitis B se realizó al 22,8% de los casos, mediante gammaglobulina y vacuna. La anticoncepción de urgencias se indicó en 3 casos y se prescribió levonorgestrel. Todas estas prescripciones farmacéuticas tuvieron un coste que osciló entre 0 euros (12 pacientes en los que no se consideró indicado realizar esta profilaxis) y 921

Tabla 2. Características de los pacientes en función del uso o no del preservativo (N = 189)

Variable	Sin preservativo n (%)	Con preservativo n (%)	Valor de p*
Edad en años (media; p 25-p 75)	32 [28; 39]	31 [26; 38]	0,463
Sexo			1
Hombre	76 (86,4)	80 (85,1)	
Mujer	11 (12,5)	12 (12,8)	
Transexual	1 (1,1)	2 (2,1)	
País de origen			0,430
España	57 (64,8)	65 (70,7)	
Otros países europeos	18 (20,5)	12 (13)	
Otros países no europeos	13 (14,8)	15 (16,3)	
Residente en Barcelona			0,06
Sí	66 (75)	81 (87,1)	
No	22 (25)	12 (12,9)	
Relación sexual en día festivo, víspera de festivo o viernes			0,550
Sí	53 (60,2)	52 (55,3)	
No	35 (39,8)	42 (44,7)	
Intervalo de tiempo entre la RS y la consulta a urgencias			0,301
≤ 72 h	64 (91,4)	81 (96,4)	
> 72 h	6 (8,6)	3 (3,6)	
Pareja estable			0,810
Sí	10 (11,4)	9 (9,6)	
No	78 (88,6)	85 (90,4)	
Relación HSH			1
Sí	68 (77,3)	72 (76,6)	
No	20 (22,7)	22 (23,4)	
Motivo de consulta			< 0,001
Temor a ITS y/o VIH	78 (88,6)	5 (5,3)	
Rotura y/o pérdida preservativo	0 (0)	86 (91,5)	
Amnesia	4 (4,5)	1 (1,1)	
Sangre o lesiones en piel o mucosas	5 (5,7)	1 (1,1)	
Mal estado general	1 (1,1)	1 (1,1)	

RS: relación sexual; HSH: hombre que practica sexo con hombre. ITS: infecciones de transmisión sexual; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
*Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3. Características de los pacientes y presencia de diversos factores de riesgo en función de que la relación fuese o no heterosexual (N = 189)

Variable	Relación heterosexual n (%)	HSH n (%)	Valor de p*
Edad en años (media; p 25-p 75)	29 [24; 31]	33 [28; 39]	0,001
Sexo			< 0,001
Hombre	19 (44,2)	137 (97,9)	
Mujer	24 (55,8)	0 (0)	
Transexual	0 (0)	3 (2,1)	
Pareja VIH +			0,335
Sí	9 (20,9)	48 (34,3)	
No	4 (9,3)	10 (7,1)	
Sí en tratamiento con ARV	0 (0)	1 (0,7)	
Estado serológico desconocido	30 (69,8)	81 (57,9)	
Uso de preservativo			1
Sí	22 (52,4)	72 (51,4)	
No	20 (47,6)	68 (48,6)	
Riesgo de transmisión del VIH			< 0,001
Ausente o bajo	26 (63,4)	39 (29,3)	
Moderado o elevado	15 (36,6)	94 (70,7)	
Consumo de alcohol o drogas			0,214
Sí	6 (14)	10 (7,1)	
No	37 (86)	130 (92,9)	
En tratamiento psicofarmacológico			1
Sí	3 (7)	12 (8,6)	
No	40 (93)	128 (91,4)	

HSH: Hombres que practican sexo con hombres; VIH: virus de inmunodeficiencia humana. *Prueba exacta de Fisher. ARV: antiretrovirales.

euros. El coste farmacéutico medio por paciente fue de 636 (271) euros. A ello, debe añadirse el importe de la consulta realizada al servicio de ur-

Tabla 4. Evaluación del coste de la visita a urgencias y de la instauración de una profilaxis para las infecciones de transmisión sexual (N = 189)

Variable	N (%)
Visita a urgencias	189 (100)
Tratamiento con antirretrovirales	161 (85,2)
Tratamiento con antibióticos	146 (77,2)
Tratamiento profiláctico de la hepatitis B	43 (22,8)
Anticoncepción de urgencia	3 (1,6)
Fármacos administrados o prescritos en urgencias: pauta de dosificación	Coste económico por paciente
Visita a urgencias	223,00 €
Zidovudina: 300 mg/12 h/VO	134,86 €
Lamivudina: 300 mg/24 h/VO	97,97 €
Lopinavir/Ritonavir: 200/50 mg/12 h/VO	468,97 €
Atazanavir: 400 mg/24 h/VO	420,00 €
Zidovudina/Lamivudina: 300/150 mg/12 h/VO	272,00 €
Ceftriaxona: 1 g/IM	6,07 €
Azitromicina: 1 g/VO	6,37 €
Metronidazol: 2 g/VO	2,00 €
Gammaglobulina IM	138,72 €
Vacuna IM	16,36 €
Levonorgestrel: 0,75 mg/VO	18,76 €

VO: Vía oral; IM: Intramuscular.

gencias que se facturó por valor de 223 euros. En total, la visita más la prescripción medicamentosa tuvo un coste medio por paciente de 858 (275) euros.

El 14,1% de los casos ya había realizado profilaxis previa con TARGA por otros episodios de riesgo y el 25,9% manifestaba hacer controles serológicos para el VIH. El 8,2% de pacientes ya había sido tratado previamente por alguna ITS. Declaraban estar inmunizados para los virus hepatotropos el 45,7% de los casos. El 76,4% de los casos acudieron a un primer seguimiento en el servicio de enfermedades infecciosas del propio hospital. En función del riesgo, estos pacientes se remitieron también al centro de vacunaciones de nuestro hospital, para completar la profilaxis de los virus hepatotropos.

Discusión

El Hospital Clínic es un hospital de referencia tanto para la PEP como para el tratamiento del VIH/sida. Dispone de un infectólogo de guardia 24 horas al día y ello condiciona que muchos pacientes con riesgo de ITS acuda en demanda de consejo. Al llegar a urgencias, estas consultas se catalogan como de nivel 5 (baja prioridad asistencial) según el modelo de *triaje* de enfermería MAT/SET¹⁰. El presente estudio muestra que cada 22 horas es atendido en urgencias un paciente por haber realizado una práctica sexual de riesgo, lo que supone un 0,46% de todas las urgencias y un 1,47% de las urgencias médicas, una cifra que probablemente sea muy inferior a las reales prácticas de riesgo, ya que la ciudad de Barcelona se ha convertido en un destino para el turismo de sexo, especialmente en los HSH^{11,12}. El hecho de que en esta serie haya 63 pacientes (33%) no nacidos en España, de 22 países diferentes y que 36 (18,9%) de los casos que consultaron no residiesen en el municipio de Barcelona, hacen suponer que al menos una parte de estos pacientes pueden formar parte de este turismo sexual.

Es conocido que el preservativo de látex es el método más simple y eficaz para prevenir la transmisión de infecciones durante las RS¹³, a pesar de lo cual nuestro estudio ha mostrado que un importante subgrupo de individuos no lo utilizó cuando mantuvo una RS de riesgo con una pareja, por ejemplo, portadora del VIH. Es probable que la confianza en el tratamiento con los antirretrovirales, la ansiedad, el miedo por perder una relación afectiva o la confusión mental por el consumo simultáneo de alcohol o drogas faciliten la

RS¹⁴, pero que posteriormente conciencia del riesgo y acabe motivando la consulta a urgencias¹⁵⁻¹⁷. Además, el que un 8% de los pacientes estuviesen en tratamiento psicofarmacológico por prescripción facultativa presupone también una potencial alteración del estado de ánimo o un trastorno psiquiátrico subyacente que también puede reducir la percepción de riesgo en las prácticas inseguras de sexo¹⁸⁻²⁰. De hecho, los síntomas depresivos se han asociado con las relaciones sexuales no protegidas²¹.

Algunas personas que practican RS de riesgo son conocedoras de dicho riesgo, como por ejemplo los HSH, y utilizan el preservativo como método de barrera. Sin embargo, llama la atención que el 45% de ellos manifestasen su rotura probablemente en un contexto de una relación más agresiva o prolongada, sin que pueda excluirse la posibilidad de que en realidad el paciente no hubiese utilizado el preservativo, ya que en ocasiones, y con motivo de una visita de seguimiento, confiesan que han mentado para poder conseguir la PEP. Pero la rotura de un preservativo es siempre posible (0,4-15%)²² y se asocia a factores diversos, como la colocación inadecuada, el roce con anillos o uñas o la reducción del lubricante por una relación prolongada, y se ha estimado que podría ser causa de consulta en un 15-30% de las relaciones sexuales con riesgo²³.

También el sexo anal entre parejas heterosexuales ha visto incrementada su prevalencia, una práctica que se asocia a una mayor probabilidad de transmisión del VIH que el sexo vaginal²⁴. Otro factor de riesgo, aunque menor, es el sexo oral, en el que ninguna de las personas incluidas en el presente estudio utilizó preservativo en este tipo de práctica, debido probablemente a la menor percepción de riesgo. El disponer de preservativos más resistentes a la fricción intensa del sexo anal (de nitrilo o poliuretano), que no reduzcan la capacidad de percepción y, al mismo tiempo, con características organolépticas que atraigan a la práctica del sexo oral, podría facilitar el uso del preservativo con más asiduidad y seguridad²⁵. Sin embargo, el coste de esta clase de preservativos es más elevado, lo que constituye un importante factor para su menor utilización. Tampoco debe olvidarse que hay disponibles preservativos femeninos, igualmente eficaces para prevenir el VIH y otras ITS, aunque su uso está poco extendido en España²⁶.

En relación al tratamiento antibiótico prescrito en urgencias para prevenir otras ITS, la profilaxis se completó en todos los casos al ser una dosis única administrada en urgencias. En cambio, para el con-

trol del VIH y la inmunización completa para los virus hepatotropos, hace falta un seguimiento posterior, que lamentablemente sólo se realizó en el 76% de los casos de esta serie que acudieron a la cita dada para los días siguientes en el servicio de infecciones. Una parte de las incomparecencias puede deberse al carácter transeúnte de alguno de los afectados, que quizás siguieron controles en otro centro. Para aumentar el cumplimiento de estas citas, se decidió a partir del mes de enero del 2012 prescribir y suministrar en urgencias un tratamiento profiláctico para el VIH para 3 días, que sería continuado a partir de un primer control en el citado servicio de infecciones, lo que presumiblemente garantizaría el control serológico del paciente y la evaluación de la eficacia del tratamiento y de los posibles efectos secundarios de este tipo de medicamentos²⁷. La adhesión al tratamiento es muy importante y la reducción en el número de pastillas/día en la profilaxis contribuiría a actuar con mayor eficiencia y a menor coste, tal y como ya ocurre en el tratamiento de la infección por el VIH²⁸. También sería útil aprovechar la visita para dar una serie de consejos y orientación a los grupos de mayor riesgo para evitar nuevas recaídas²⁹.

La profilaxis para toda ITS tiene un coste, en particular si se contempla la prevención de la infección por el VIH. Aunque algunos autores han mostrado el fracaso de la profilaxis para el VIH tras una exposición de riesgo³⁰ o un limitado impacto sobre la salud pública³¹, otros consideran que el TARGA postexposición reduce significativamente el riesgo de que estas prácticas sexuales no protegidas deriven en una seroconversión³² y en sida, hasta tal punto que en Estados Unidos se ha llegado a proponer una quimioprofilaxis preexposición aplicada sobre una población de HSH. Estiman que este tratamiento reduce en un 13% los nuevos casos de infección por el VIH y mejora la calidad de vida, aunque lo consigue a un coste de 172.000 dólares por año de calidad ganado³³. Pero esta profilaxis preexposición a grupos de riesgos, aunque puede tener ventajas (efectividad), también posee inconvenientes (coste, más prácticas de riesgo por menor uso del preservativo, más riesgo de contraer otras ITS, desarrollo de resistencias al fármaco)³⁴.

Ninguno de los pacientes que acudió a urgencias con petición de PEP era VIH conocido. Si hubiese habido algún caso VIH positivo, no se le hubiese prescrito profilaxis con TARGA. Este tratamiento tampoco estaría indicado si la consulta se realizase más de 72 horas postexposición, como ocurrió en 9 de los pacientes del estudio, ya que no se considera una profilaxis efectiva,

aunque uno de estos casos solicitó la PEP de manera explícita. A día de hoy, se considera que la PEP es una intervención que debe ser tomada en consideración junto a otras estrategias que reduzcan la transmisión del VIH³⁵, sin olvidar en ningún caso ni la profilaxis necesaria para prevenir otras ITS ni el seguimiento posterior del paciente para evaluar los posibles efectos secundarios de la medicación prescrita y su eficacia en la prevención de enfermedades. La aparición de una vacuna efectiva contra el VIH podría modificar substancialmente todos estos planteamientos de coste-eficacia³⁶.

Además del coste económico de la PEP prescrita en urgencias, queda reseñar que ya una vez en el servicio de infecciones, se realizan controles clínicos y analíticos de seguimiento, lo que supone un coste para el hospital y la sanidad pública que no hemos cuantificado aunque, en cualquier caso, el coste de una profilaxis siempre será muy inferior al del tratamiento de la enfermedad. En Gran Bretaña, el coste anual del tratamiento del sida es de 1.000 millones de libras esterlinas³⁷. Sin embargo, en algunos estudios, el coste/efectividad de la profilaxis postexposición se muestra que sólo es una intervención rentable ante prácticas sexuales de alto riesgo, como es la receptividad anal no protegida que procede de una fuente conocida portadora del VIH³⁸⁻⁴⁰. Que en nuestro trabajo hayamos verificado que acudieron al control ambulatorio en el servicio de enfermedades infecciosas del propio hospital el 76,4% de los casos es, en nuestra opinión, una buena cifra si se tiene en cuenta que el 19,1% de los pacientes eran turistas o no residentes en Barcelona. Ignoramos el motivo de la no asistencia de algunos pacientes, aunque no podemos descartar que realizasen el seguimiento en otros puntos asistenciales, o decidiesen abandonar el tratamiento propuesto o completarlo, al tiempo que voluntariamente tomaban la decisión de no realizar el seguimiento. Pero aunque se hubiesen seguido el 100%, ello no hubiese comportado una reducción del coste farmacéutico, ya que la profilaxis para el VIH es siempre de 28 días. Estas inasistencias reducen la seguridad del paciente, ya que no se realiza ningún control de los posibles efectos secundarios de la medicación ni de la eventual seroconversión del caso.

En nuestro estudio se ha observado una reiteración en este tipo de práctica de riesgo, a juzgar por el número de individuos que ya habían realizado tratamiento profiláctico por otros episodios de riesgo o que referían alguna ITS previa, lo que parece indicar que algunas personas tienden a

realizar prácticas sexuales de riesgo. Por otro lado, había un importante número de casos que eran conscientes de todos estos riesgos, ya que manifestaban estar vacunados contra la hepatitis y/o seguían controles regulares para comprobar su estado serológico. Se ha estimado que el riesgo de sífilis o de infección por el VIH es 140 veces superior en quienes practican HSH que en los varones heterosexuales, por lo que los HSH constituyen en su conjunto una población de significativo mayor riesgo para las ITS⁴¹.

También se debe tener en cuenta que los HSH que vienen a urgencias de nuestro hospital acuden porque tienen más percepción del riesgo y esta sensación es real, como se ha constatado al analizar las características de su práctica sexual. A pesar de ello, el uso del preservativo no es mayor en el grupo de HSH.

Este estudio, aunque describe por primera vez las características de las consultas a un SUH en demanda de profilaxis tras una práctica sexual de riesgo, tiene diversas limitaciones, en particular el ser retrospectivo, incluir sólo 189 casos y no disponer de una encuesta específica para completar la información sociodemográfica sobre el consumo de drogas de abuso y la práctica sexual. En el presente trabajo no se ha investigado el seguimiento del paciente tras su visita al dispensario de infecciones y/o al centro de vacunación, por lo que no se ha podido dar respuesta a la pregunta sobre la eficacia de las medidas adoptadas y a su coste complementario. Tampoco se ha analizado la incidencia de prácticas sexuales de riesgo entre los adolescentes, al ser el hospital de adultos y atender urgencias a partir de los 18 años⁴². El carácter unicéntrico de este trabajo impide conocer las cifras de atención simultánea por la misma patología en otros hospitales del entorno, pero puede estimarse a partir de la cifra de población cubierta por nuestro hospital: una consulta por práctica sexual de riesgo por cada 76,4 habitantes y año.

En conclusión, las prácticas sexuales de riesgo son habituales en nuestro medio, principalmente entre HSH. La mayoría acude por una rotura del preservativo, pero casi la mitad de los pacientes no lo usan a pesar de desconocer el estado serológico de la pareja o incluso sabiendo que es portadora del VIH. Es necesario proseguir con campañas a favor del uso del preservativo en las prácticas de riesgo, y que las características del mismo garanticen su resistencia sin mermar las sensaciones asociadas al acto sexual^{43,44}. El sistema sanitario ha de garantizar la asistencia tras una relación de riesgo, pero al mismo tiempo debe ha-

cer mucho más hincapié en la prevención previa a la relación que no en la posterior, ya que esta última tiene asociado un elevado gasto económico y un riesgo de efectos secundarios.

Bibliografía

- Repiso B, Frieyro M, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Uso de preservativo y número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con sífilis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:847-52.
- Barcelona activa la alerta por el brote de una enfermedad venérea. *El País*. Sociedad. (Consultado 10 Abril 2012). Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/01/16/actualidad/1326749886_016301.html.
- Peterson JL, Miner MH, Brennan DJ, Rosser BR. HIV treatment optimism sexual and risk behaviors among HIV positive African American men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2012;24:91-101.
- Las enfermedades de transmisión sexual están aumentando mucho, sobre todo entre homosexuales. *La Vanguardia*. Vida. (Consultado 10 de Abril 2012). Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20120119/54244572853/estrella-caballero-enfermedades-transmission-sexual-linfogranuloma.html>.
- Hughes K, Bellis MA, Whelan G, Calafat A, Juan M, Blay N. Alcohol, drogas, sexo y violencia: riesgos y consecuencias para la salud entre los jóvenes turistas británicos en las Islas Baleares. *Adicciones*. 2009;21:265-78.
- Vargas-Leguas H, Garcia de Olalla P, Arando M, Armengol P, Barberá MJ. Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. *Euro Surveill* 2012;17:20057.
- Díaz-Brito V, León A, Knobel H, Peirairé J, Domingo P, Clotet B, et al. Post-exposure prophylaxis for HIV infection: a clinical trial comparing lopinavir/ritonavir versus atazanavir each with zidovudine/lamivudine. *Antivir Ther*. 2012;17:337-46.
- Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, et al. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. *J Med Virol*. 2012;84:947-56.
- Panel de expertos de la secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de SIDA (GESIDA), Centro de estudios epidemiológicos sobre ITS y el SIDA en Cataluña (CEEISCAT), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Emergencias*. 2009;21:45-52.
- Gómez-Jiménez J. Modelo Andorrano de triaje (MAT). Barcelona: Grafinter; 2004.
- Chandler R, Rousselle S. In Spain, women enslaved by a boom in brothel tourism. *The New York Times*, 6 de abril de 2012. (Consultado 30 Abril 2012). Disponible en: http://www.nytimes.com/2012/04/07/world/europe/young-men-flock-to-spain-for-sex-with-trafficked-prostitutes.html?pagewanted=2&_r=2&hp.
- Pellicer L. Barcelona, ciudad turística de referencia en el Mediterráneo para el colectivo gay. *El País*, 1 de diciembre de 2003. (Consultado 30 Abril 2012). Disponible en: http://elpais.com/diario/2003/12/01/catalunya/1070244438_850215.html.
- Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sex Health*. 2012;9:10-7.
- Pajarón M, Claver G, Nogué S, Munné P. Metahemoglobinemia secundaria al consumo de poppers con ánimo recreativo. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:358.
- Juarez-Vílchez JP, Pozo EJ. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pub*. 2010;27:31-7.
- Fernández-Dávila P. "Amigos con derecho a roce": una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gac Sanit*. 2007;21:471-8.
- Chen YH, Raymond HF, Grasso M, Nguyen B, Robertson T, McFarland W. Prevalence and predictors of conscious risk behavior among San Franciscan men who have sex with men. *AIDS Behav* 2012; marzo 6. PMID 22392158.
- Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:309-20.
- Fernández-Dávila P, Lupiáñez-Villanueva F, Zaragoza K. Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit*. 2012;26:123-30.

- 20 Matsuoka GD, Vega JM, Mazzotti G, Chávez JM, Mendoza D, Miranda C, et al. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual en pacientes varones con trastornos psicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:73-8.
- 21 Zhan W, Shaboltas AV, Skochilov RV, Kozlov AP, Krasnoselskikh TV, Abdala N. Depressive symptoms and unprotected sex in St Petersburg, Russia. *J Psychosom Res*. 2012;72:371-5.
- 22 White ND, Hill DM, Bodemeier S. Male condoms that break in use do so mostly by a "blunt puncture" mechanism. *Contraception*. 2008;77:360-5.
- 23 Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, McBride K, Milhausen RR, et al. Men with broken condoms: who and why? *Sex Transm Infect*. 2007;83:71-5.
- 24 Tucker S, Krishna R, Prabhakar P, Panyam S, Anand P. Exploring dynamics of anal sex among female sex workers in Andhra Pradesh. *Indian J Sex Transm Dis*. 2012;33:9-15.
- 25 Purdy CH. Fruity, fun and safe: a youth condom brand in Indonesia. *Reprod Health Matters*. 2006;14:127-34.
- 26 Holtgrave DR, Maulsby C, Kharfen M, Jia Y, Wu C, Opoku J, et al. Cost-utility analysis of a female condom promotion program in Washington, DC. *AIDS Behav*. 2012;16:1115-20.
- 27 Ribera E, Tuset M, Martín M, Del Cacho E. Características de los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:362-91.
- 28 Ventura JM, Casado MA, Escobar I, Ibarra O, Ortega L, Morales JM, et al. Preferencias, satisfacción y adherencia con el tratamiento antirretroviral: estudio ARPAS (II). *Farm Hosp*. 2007;31:340-352.
- 29 Roland ME, Neilands TB, Krone MN, Coates TJ, Franses K, Chesney MA, et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. *Clin Infect Dis*. 2011;53:76-83.
- 30 Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Katz MH, Franses K, Grant RM, et al. Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *Clin Infect Dis*. 2005;41:1507-13.
- 31 Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;35:519-25.
- 32 Poynten IM, Smith DE, Cooper DA, Kaldor JM, Grulich AE. The public health impact of widespread availability of nonoccupational post-exposure prophylaxis against HIV. *HIV Med*. 2007;8:374-81.
- 33 Juusola JL, Brandeau ML, Owens DK, Bendavid E. The cost-effectiveness of preexposure prophylaxis for HIV prevention in the United States in men who have sex with men. *Ann Intern Med*. 2012;156:541-50.
- 34 Fernández-Montero JV, Barreiro P, Del Romero J, Soriano V. Antiretroviral drugs for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. *AIDS Rev*. 2012;14:54-61.
- 35 Pinkerton SD, Martín JN, Roland ME, Katz MH, Coates TJ, Khan JO. Cost-effectiveness of HIV postexposure prophylaxis following sexual or injection drug exposure in 96 metropolitan areas in the United States. *AIDS*. 2004;18:2065-73.
- 36 García F, Ruiz L, López-Bernaldo de Quirós JC, Moreno S, Domingo P. Immunotherapy and therapeutic vaccines in HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(Supl. 2):95-104.
- 37 Johnson AM. 30 years on: what can HIV treatment do for HIV prevention? *Public Health*. 2012;126(Supl. 1):S27-32.
- 38 Guinot D, Ho MT, Poynten IM, McAllister J, Pierce A, Pell C, et al. Cost-effectiveness of HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in Australia. *HIV Med*. 2009;10:199-208.
- 39 Herida M, Larsen C, Lot F, Laporte A, Desenclos JC, Hamers FF. Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. *AIDS*. 2006;20:1753-61.
- 40 Pinkerton SD, Holtgrave DR, Bloom FR. Cost-effectiveness of post-exposure prophylaxis following sexual exposure to HIV. *AIDS*. 1998;12:1067-78.
- 41 Pathela P, Braunstein SL, Schillinger JA, Shepard C, Sweeney M, Blank S. Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and syphilis compared with heterosexual men in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58:408-16.
- 42 Lavoie F, Thibodeau C, Gagné MH, Hébert M. Buying and selling sex in Québec adolescents: a study of risk and protective factors. *Arch Sex Behav*. 2010;39:1147-60.
- 43 Hensel DJ, Rosenberger JG, Novak DS, Reece M. Sexual event-level characteristics of condom use during anal intercourse among HIV-negative men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2012;39:550-5.
- 44 Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. *Sex Health*. 2008;5:321-30.

Sexual risk behavior and demand for prophylaxis for sexually transmitted diseases

Amigó Tadín M, Ríos Guillermo J, Nogué Xarau S

Objective: To analyze the characteristics of patients coming to the emergency room seeking postexposure prophylaxis for sexually transmitted diseases (STDs) after high-risk sex.

Methods: Over a 6-month period, emergency requests for postexposure STD prophylaxis were reviewed. We recorded epidemiologic variables, type of sexual risk behavior, reason for coming to the emergency room, STD prophylaxis prescribed, and cost.

Results: A total of 189 patients with a mean (SD) age of 32.5 (8.3) years were included; 162 (85.7%) were men and 67.2% were Spanish. One hundred thirteen (59.8%) were men who had sex with men; the partner was seropositive for human immunodeficiency virus (HIV) in 30.7% of the cases or of unknown serostatus in 61.9%. Condoms were used by 49.7%, but 45.5% reported breakage. The most frequent practice was anal penetration (active or passive) (53.4%). Twenty-eight days of preventive HIV antiretroviral therapy was prescribed for 85.2%; 77.2% also received prophylactic antibiotics for other STDs, and 22.8% started immunization against hepatropic viruses. The mean cost per visit and preventive treatment administered or prescribed in the emergency department was €858 (€275).

Conclusions: Sexual risk behavior is a frequent reason for emergency department visits, particularly among men who have sex with men. A large proportion of patients come because a condom has broken, but nearly half do not use a condom even when they do not know the serostatus of the partner or know the partner is seropositive for HIV. Emergency care and pharmacologic treatment for these patients are costly. [Emergencias 2013;25:437-444]

Keywords: Sexual risk behaviors. Sexually transmitted diseases. Prevention. Preventive therapy. Health care costs.