

MESA II. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Moderadores: **Patricia García de Olalla**. *Medicina Preventiva. Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.*

Gemma Martín i Ezquerro. *Dermatóloga. Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona.*

¿El consumo sexualizado de drogas puede estar contribuyendo al riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS? Resultados de una muestra de HSH reclutados en 7 países europeos

Juan Miguel Guerras^{1,2*}, Marta Donat^{2,3}, César Pérez³, Cristina Agustí^{2,4}, María José Belza^{2,3}

¹Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, Spain. ²CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. Spain. ³Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Spain. ⁴Departament de Salut, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Generalitat de Catalunya. Badalona. Spain.

Correspondencia:
Juan Miguel Guerras
E-mail: jguerras@isciii.es

Introducción

Se ha asumido que el consumo de drogas entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es mayor que la población general masculina¹, tanto para un uso recreativo como para tener relaciones sexuales. En los últimos años se ha descrito en los HSH un cambio de patrón en el consumo sexualizado de drogas (CSD), caracterizado por la incorporación de nuevas sustancias, principalmente GHB/GBL, metanfetamina, mefedrona, y a veces ketamina. Al consumo intencionado de estas drogas para tener relaciones sexuales se le ha denominado *chemsex*². Se trata de un fenómeno vinculado con la cultura sexual gay, que en Europa surgió en Reino Unido y se ha asociado con mayor frecuencia de: infecciones de transmisión sexual (ITS), inyección de drogas, relaciones anales desprotegidas, ser VIH positivo y con problemas de salud mental³⁻⁵. El objetivo de este trabajo fue cuantificar el CSD y de las drogas asociadas al *chemsex* e identificar subpoblaciones de HSH donde estos tipos de consumo son más prevalentes.

Metodología

En el marco del proyecto europeo EUROHIVEDAT se realizó una encuesta online a una muestra de HSH reclutados entre abril y diciembre de 2016 en las principales páginas web de contacto

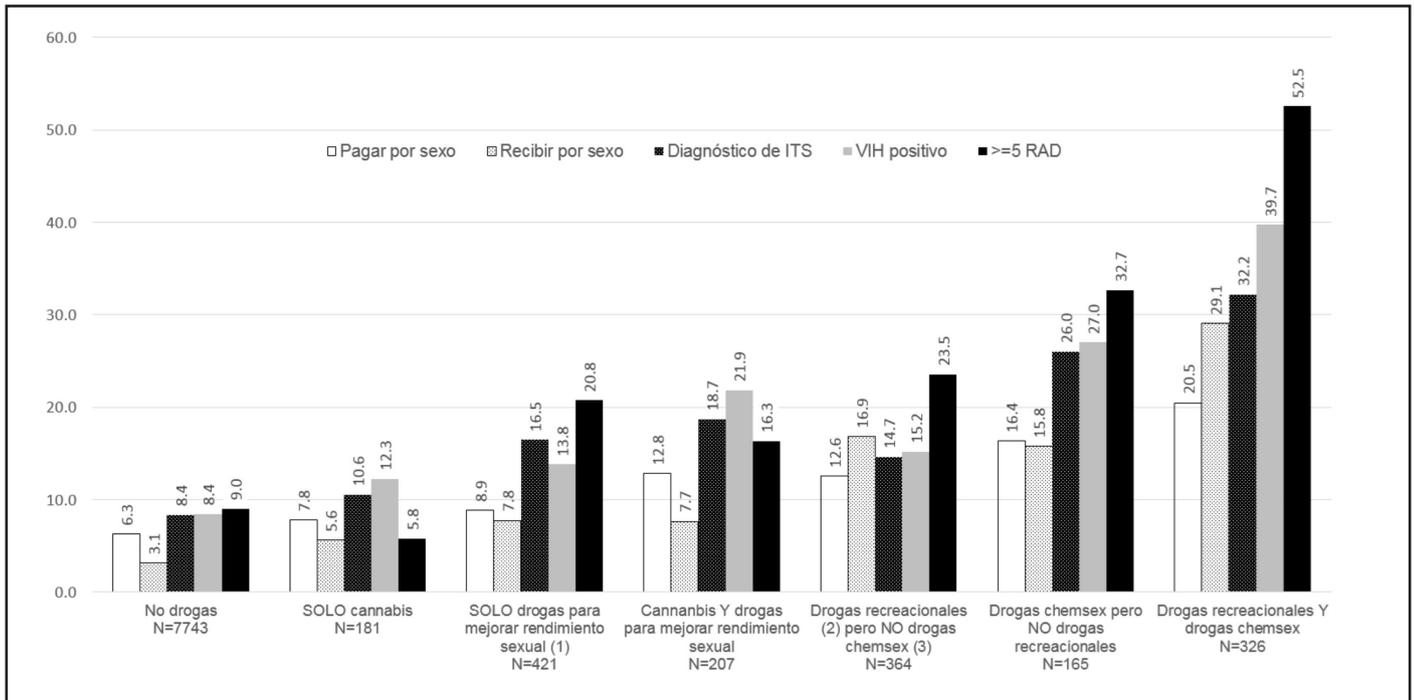
gay de 7 países europeos: Dinamarca, Alemania, Grecia, Portugal, Rumanía, Eslovenia y España. Estimamos la prevalencia de CSD y de drogas asociadas a la práctica del *chemsex* (GHB/GBL, Metanfetamina y/o mefedrona) en los últimos 12 meses. Identificamos y describimos los patrones de consumo de las diferentes drogas y las prevalencias de conductas sexuales de riesgo, diagnóstico de VIH y de otras ITS en función de dichos patrones. Se identificaron los factores asociados al CSD y a la práctica del *chemsex* con modelos de regresión logística.

Resultados

Se analizaron 9407 HSH, de los cuales el 43,8% residían en España. Un 17,7% refirió consumo de drogas inmediatamente antes o durante las relaciones sexuales en los últimos 12 meses, y un 5,2% de drogas asociadas a la práctica del *chemsex*. Los participantes que refirieron CSD fueron significativamente diferentes en todas las variables analizadas, excepto en nivel de estudios y lugar de reclutamiento.

En la Figura 1 se puede observar una escalera de riesgo: la prevalencia de las conductas sexuales de riesgo y de diagnóstico de VIH o ITS aumenta progresivamente en los diferentes patrones de CSD identificados, partiendo desde el riesgo más bajo en los

Figura 1. Prevalencia de indicadores de riesgo sexual*, diagnóstico de ITS* y estado serológico frente al VIH por tipo de patrón de consumo sexualizado de drogas en los últimos 12 meses.



* En los últimos 12 meses.

RAD: Relaciones anales desprotegidas.

Prueba chi cuadrado de tendencia lineal para todas las variables: $p < 0,001$.

(1) Drogas para mejorar rendimiento sexual: poppers, viagra; (2) Drogas recreacionales: éxtasis, cocaína, anfetamina, ketamina; (3) Drogas chemsex: mefedrona, metanfetamina, GHB/GBL.

no consumidores y alcanzando su punto máximo en los que refirieron consumo de drogas asociadas al *chemsex*, especialmente si además consumieron drogas recreacionales.

El consumo de drogas *chemsex* se asoció con vivir en España o Eslovenia, tener menos de 50 años, vivir en ciudades de más de 500.000 habitantes, vivir abiertamente su sexualidad, haber pagado o haber recibido dinero por tener relaciones sexuales, haber sido diagnosticado de alguna ITS y ser VIH positivo. Los factores asociados al CSD fueron los mismos y en la misma dirección, pero sus estimaciones fueron más bajas.

Conclusión

Casi uno de cada cinco HSH de 7 países europeos refirió CSD en los últimos 12 meses. La práctica de *chemsex* fue notablemente inferior. Sin embargo, la alta presencia de conductas sexuales de riesgo, diagnóstico de VIH y de otras ITS entre los consumidores de drogas asociadas al *chemsex* sugiere la existencia de una subpoblación reducida de HSH que podría estar desempeñando un papel en la evolución de las epidemias de VIH y de otras ITS en este grupo, especialmente en áreas urbanas de España y Eslovenia.

Bibliografía

- Goldstein ND, Burstyn I, LeVasseur MT, Welles SL. Drug use among men by sexual behaviour, race and ethnicity: Prevalence estimates from a nationally representative US sample. *Int J Drug Policy*. 2016;36:148-50. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.008>
- Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2018;55:131-48. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
- Bourne A, Weatherburn P. Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sex Transm Infect*. 2017;93(5):342-6. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052674>
- McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351:h5790. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5790>
- Pufall EL, 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(4):261-70. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>

Impacto de la COVID-19 en la atención clínica de las ITS

M. Jesús Barberá

Internista. Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Vall d'Hebron-Drassanes. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

M. Jesús Barberá

E-mail: mbarbera@vhebron.net

Las consecuencias que la pandemia ocasionada por la COVID-19 causará en otros aspectos de la salud todavía se desconocen. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), que ya representan una grave crisis de salud pública, se verán probablemente afectadas por esta pandemia.

En el período de confinamiento, la reducción de actividad o el cierre de los centros de ITS, con el traslado parcial o total de su plantilla a la atención de la COVID-19, podría haber mermado la posibilidad de acceso al diagnóstico.

A pesar de que el confinamiento y distanciamiento social necesario para el control de la pandemia podría haber favorecido un descenso inicial en la incidencia de algunas ITS, como se refleja en varios estudios e informes de vigilancia epidemiológica, el repunte detectado durante la desescalada en muchos centros sugiere que la reducción de actividad y dificultad de acceso a los mismos podría haber causado un infradiagnóstico y, por tanto, un mayor riesgo de transmisión de las ITS y VIH no diagnosticados. Eso tendría un especial impacto en poblaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales, adolescentes o inmigrantes -a veces en un contexto de marginación y/o consumo de sustancias- y muchos de ellos usuarios o tributarios de profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP). Ello explicaría, en parte, la tendencia a un incremento en la incidencia de ITS posterior al confinamiento detectado en varios países¹. La consecuencia de este incremento sobre el aumento futuro de nuevas infecciones por VIH todavía se desconoce.

ONUSIDA, así como diversas sociedades científicas y organismos de referencia como los CDC o el Plan Nacional sobre el Sida, emitieron recomendaciones para el confinamiento y la desescalada posterior sobre cómo adaptarse y mantener los servicios de salud sexual, incluyendo la atención al VIH y su prevención. En este sentido se recomendó reforzar estrategias basadas en autotoma de muestras, espaciar visitas, aumentar los intervalos en la provisión de fármacos y uso de mensajería para envío de

muestras y/o medicación, entre otras medidas, con objeto de no interrumpir el tratamiento para el VIH o el acceso a métodos de prevención como la PrEP²⁻⁴.

En España, algunos centros de ITS cerraron sus puertas durante el confinamiento, otros redujeron su actividad y, en la mayoría, sus plantillas fueron, al menos en parte, derivadas a dispositivos asistenciales dedicados a la COVID-19. La incorporación de nuevos usuarios candidatos a iniciar PrEP fue cancelada en la mayoría de centros.

En Cataluña la dispensación de la PrEP se ha autorizado en unidades de ITS y VIH, incluido el ámbito comunitario, siempre que exista vinculación con una farmacia hospitalaria. En todas ellas, durante la primera parte del confinamiento, la incorporación de nuevos usuarios con criterios de iniciar PrEP fue interrumpida. La continuación de aquellos que ya la tomaban se vio afectada por cancelación y/o reprogramación de visitas. En esa etapa, la realización de cualquier actividad asistencial se redujo a mínimos y las actividades preventivas fueron interrumpidas en su práctica totalidad.

En las posteriores oleadas se mantuvo el seguimiento de pacientes con PrEP ya instaurada y se reiniciaron, paulatinamente, las primeras visitas para personas con criterios para iniciarla. Para poder ir recuperando actividad y dar respuesta a la demanda que acompañó a la desescalada, se potenció el papel de enfermería que, mediante el uso de algoritmos y soporte facultativo, incorporó el seguimiento de personas estables en programa de PrEP de más de 1 año de duración. Se reforzó también la autotoma de muestras y la atención telemática. Y en algunos centros se implementó el uso de autotest y mensajería para traslado de muestras y dispensación de fármacos.

Actualmente, las plantillas y actividades, especialmente preventivas, de los dispositivos asistenciales dedicados a la atención de las ITS todavía no se han reincorporado en su totalidad.

La actual emergencia sanitaria ha puesto en evidencia algunas limitaciones de nuestro sistema de salud y nos ha de

preparar para futuros escenarios y posibles nuevas pandemias. Deben reforzarse los recursos asistenciales y potenciar todos aquellos aspectos que han mostrado su efectividad (telemedicina, autotoma de muestras, uso de mensajería o automatización de resultados y de recogida de información), así como crear los marcos legales que los permitan, y simplificar los aspectos burocráticos y de vigilancia.

Si las prácticas sexuales de riesgo aumentan y persiste la interrupción de servicios, es previsible un incremento futuro en la incidencia de nuevos diagnósticos de ITS/VIH⁵. Es imprescindible definir acciones adecuadas de salud pública que reduzcan el impacto que la pandemia COVID-19 causará sobre las ITS y el VIH.

Bibliografía

1. Ogunbodede OT, Zablotska-Manos I, Lewis DA. Potential and demonstrated impacts of the COVID-19 pandemic on sexually transmissible infections: Republication. *Curr Opin HIV AIDS*. 2021;16(2):115-120.
2. Global HIV prevention coalition. ONUSIDA. Mantener y priorizar los servicios de prevención del VIH en el contexto de la COVID-19. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/mantener-priorizar-prevencion-VIH.pdf>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance and resources during disruption of STD clinical services. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/prevention/disruptionGuidance.htm>.
4. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Aspectos claves para la prevención del VIH/ITS en la desescalada del confinamiento por COVID-19. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Plan_Transicion_ITSPdf
5. Jenness SM, Le Guillou A, Chandra C, *et al*. Projected HIV and bacterial STI incidence following COVID-related sexual distancing and clinical service interruption. *J Infect Dis*. 2021;223:1019–28.

Impacto de la COVID-19 en las Infecciones de transmisión sexual en Cataluña

Evelin López-Corbeto¹, Marcos Montoro¹, Alexis Sentís, Juliana Reyes^{1,2}, Jordi Casabona^{1,2,3}, Grupo de vigilància en ITS/VIH de Cataluña

¹Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Badalona. Spain. ²CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Spain. ³Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona. Badalona. Spain.

Correspondencia:

Evelin López-Corbeto

E-mail: elcorbeto@iconcologia.net

Introducción

Antes de la pandemia COVID-19, el número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) estaba aumentando en muchos países europeos. Cataluña no fue una excepción. En los últimos cinco años, presenta la mayor incidencia de España para todas las ITS de notificación obligatoria, con un aumento del 30% anual. Las tasas fueron más altas entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los adultos jóvenes¹. La pandemia por COVID-19 comportó en muchos países un periodo de confinamiento total

de la población, en España del 14 de marzo al 4 de mayo, con una posterior desescalada progresiva. Los efectos combinados del confinamiento y la presión sin precedentes sobre los sistemas de salud, podrían haber reducido la capacidad para detectar y notificar ITS a los sistemas de vigilancia. Al mismo tiempo, las medidas preventivas adoptadas para frenar la expansión del virus, destacando el distanciamiento social, podrían haber producido también, una disminución de las ITS. El objetivo de este análisis fue medir el impacto de COVID-19 en la notificación de ITS en Cataluña.

Material y método

Se analizaron los datos epidemiológicos de los casos de ITS de declaración obligatoria individualizada, sífilis infecciosa, gonorrea, clamidia y linfogranuloma venéreo (LGV), notificados en 2019 y 2020 al sistema de vigilancia de Cataluña. Se calculó la prevalencia de las variables: ITS, sexo, edad, país de nacimiento, región sanitaria, orientación sexual, reinfección y coinfección por VIH y se calculó la disminución total respecto el año anterior. Mediante el modelo suavizado de Holt-Winter, se estimó el número de notificaciones esperadas para el 2020.

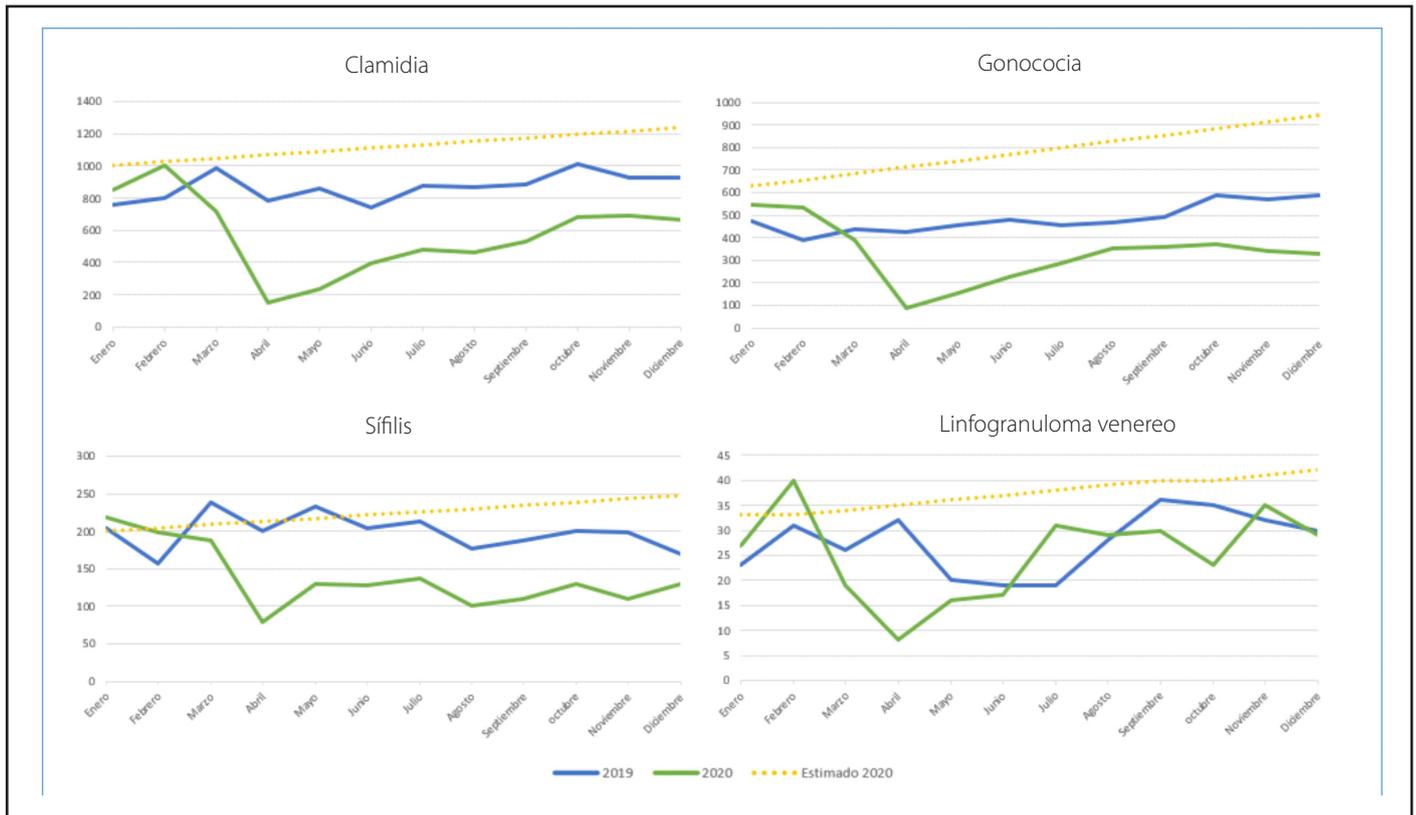
Resultados

La tendencia en la prevalencia de ITS y las variables demográficas se mantuvo entre 2019 y 2020, a excepción del porcentaje de HSH que incrementó en un 49,2% respecto el año anterior. Sin embargo, la reducción global en las notificaciones de ITS en 2020 fue del 32,5%, siendo la clamidia, la ITS que se redujo

en mayor proporción (34,1%) al resto: 31,7% gonococia, 30,4% sífilis, y 8,2% LGV. Comparando con el año anterior, durante el 2020 disminuyeron en mayor proporción las notificaciones en mujeres (35,8%) respecto a los hombres (30,2%), en los ≥ 60 años (43,6%) y entre los menores de 20 años (33,2%), entre los nacidos fuera de España (62,0%), en la región sanitaria de Girona (42,3%), en heterosexuales (73,3%), entre los que habían tenido una reinfección por alguna ITS (35,8%) y entre los coinfectados con VIH (82,5%) (Tabla 1). Destacar que no sólo se redujo el porcentaje de notificaciones sino también la realización de encuestas epidemiológicas, con una reducción del 66% respecto el año anterior. De igual modo, la proporción de desconocidos en algunas de las variables provenientes de la encuesta, como el país de nacimiento y la orientación sexual, aumentaron en un 42% y 68%, respectivamente. Los meses previos al confinamiento, se mantuvo como en años previos, la tendencia al alza en las notificaciones de ITS, con un incremento del 4,5% respecto los mismos meses de 2019. Sin embargo, los meses siguientes

Tabla 1. Características epidemiológicas y porcentaje de cambio del número de notificaciones de ITS realizadas en Cataluña entre 2019 y 2020.

	2019		2020		2020						Cambio 2019-20
	Total	%	Total	%	Pre-confinamiento		Confinamiento		Post-confinamiento		
					N	%	N	%	N	%	
Total ITS	18.943	100	12.795	100	4.721	36,9	857	6,7	7.217	56,4	-32,5%
Clamidia	10.425	55,0	6.866	53,7	2.565	54,3	368	45,3	3.913	54,2	-34,1%
Gonococia	5.809	30,7	3.969	31,0	1.466	31,1	238	27,8	2.265	31,4	-31,7%
Limfogranuloma venere	331	1,7	304	2,4	86	1,8	24	2,8	194	2,7	-8,2%
Sífilis infecciosa	2.380	12,6	1.656	12,9	604	12,8	207	24,2	845	11,7	-30,4%
Sexo											
Mujer	7.825	41,3	5.025	39,3	1.984	42,0	282	32,9	2.759	38,2	-35,8%
Hombre	11.118	58,7	7.759	60,6	2.733	57,9	575	67,1	4.451	61,7	-30,2%
Grupo de edad											
0-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0%
10-14	43	0,2	27	0,2	19	0,4	0	0,0	8	0,1	-37,2%
15-19	2.145	11,3	1.311	10,2	499	10,6	81	9,5	731	10,1	-38,9%
20-29	8.205	43,3	5.601	43,8	2.121	44,9	352	41,1	3.128	43,3	-31,7%
30-39	4.780	25,1	3.243	25,3	1.128	23,9	226	26,4	1.889	26,2	-31,9%
40-49	2.574	13,6	1.787	14,0	668	14,1	118	13,6	1.001	15,9	-30,6%
50-59	867	4,6	613	4,8	211	4,5	57	6,7	345	4,8	-29,3%
≥ 60	349	1,8	197	1,5	70	1,5	23	2,7	104	1,4	-43,6%
Región sanitaria											
Alt Pirineu Aran	40	0,2	29	0,2	7	0,1	3	0,4	19	0,3	-27,5%
Barcelona	15.563	82,2	10.215	79,8	3.792	80,3	654	76,3	5.769	79,9	-34,4%
Camp de Tarragona	852	4,5	778	6,1	255	5,4	70	8,2	453	6,3	-8,7%
Catalunya central	650	3,4	558	4,4	182	3,9	41	4,8	335	4,6	-14,2%
Girona	1.313	6,9	758	5,9	318	8,7	58	6,8	382	5,3	-42,3%
Lleida	405	2,1	329	2,6	111	2,4	24	2,8	194	2,7	-18,8%
Terres de l'Ebre	120	0,6	112	0,9	52	1,1	7	0,8	53	0,7	-6,7%
País de nacimiento											
España	6.097	73,8	3.086	79,1	1.262	26,7	207	24,2	1.617	22,4	-49,4%
Otros	2.189	26,2	825	20,9	333	7,1	53	6,2	439	6,1	-62,0%
Orientación sexual											
Heterosexual	4.917	73,1	1.314	59,8	633	13,4	105	12,3	576	8,0	-73,3%
Homo/Bisexual	1.810	26,9	949	40,2	343	7,3	64	7,5	542	7,5	-47,6%
Reinfección											
No	16.420	86,7	10.543	82,4	4.035	85,5	689	80,4	5.819	80,6	-35,8%
Sí	2.533	13,4	2.238	17,5	682	14,4	168	19,6	1.388	19,2	-11,6%
Coinfección VIH											
No	3.718	91,8	794	94,8	440	9,3	51	6,0	306	4,2	-78,6%
Sí	331	8,2	58	5,2	37	0,8	7	0,8	14	0,2	-82,5%

Figura 1. Tendencia en las notificaciones realizadas y esperadas, según ITS, en Cataluña entre el 2019 y 2020.

y coincidiendo con la etapa de confinamiento, la reducción en las notificaciones fue del 71,5% respecto los mismos meses de 2019 y del 81,8% respecto el periodo pre confinamiento del 2020. Abril fue el mes con una mayor reducción respecto los todos los meses de 2020 en global (75,4%) y para todas las ITS. Posterior al confinamiento, incrementan todas las ITS, pero con un comportamiento diferente. Se produce un incremento promedio mensual del 18,5%, observando sin embargo que, durante los dos últimos meses del año se produce una reducción promedio del 2,1%. El mismo patrón se observa para la clamidia y la gonococia, no así para la sífilis, que presenta una tendencia estable post confinamiento y hasta final de año, con un incremento promedio del 1,2%. Mientras que el LGV, incrementa los últimos dos meses de 2020 en un 17,5%. (Figura 1, Tabla 1). Tras la aplicación del modelo Holt-Winter, para el 2020 se hubiera esperado un 46,2% más de casos notificados en global, con un total estimado de 23787 ITS (IC95% 21962-25612), un 50,4% más para clamidia (13856; IC95%, 12064-15647), 41,6% para la gonococia (6792; IC95% 6190-7393), 35,3% para la sífilis (2560; IC95%, 2037-3080) y 18,5% (373; IC95%, 247-499) para LGV.

Discusión

La disminución de la incidencia y notificación a los sistemas de vigilancia de las ITS puede atribuirse a una conjunción de factores tales como, cambios en el comportamiento de las relaciones sexuales con una disminución plausible de las mismas, sobre todo durante el confinamiento, el distanciamiento social o el miedo a visitar un centro de salud. Del mismo modo, este descenso se puede atribuir también a la reconfiguración o interrupción en algunos de los servicios de salud sexual, como el cribado de ITS². Nuestros resultados mostraron que la fuerte disminución en las notificaciones, en más del 30%, se mantuvo durante tres meses, llegando al máximo pico durante el mes de abril con una reducción promedio del 75%. El descenso más pronunciado, se produjo en mayor proporción en las ITS que suelen cursar con carácter asintomático y en mujeres, como fue el caso sobre todo de la clamidia, la gonococia, y en menor extensión la sífilis o el LGV, con una amplia proporción de diagnósticos en HSH que suelen presentar sintomatología. Lo que sugiere que, a parte de una trasmisión reducida, se produjo más probablemente, una disminución en la realización de pruebas

de cribado, siendo las infecciones asintomáticas, que a menudo se diagnostican a través de ellos, las infecciones que han estado particularmente susceptibles a las interrupciones de los servicios de atención médica especializada. Datos de Italia³, Inglaterra⁴ o los EEUU⁵ apoyan esta hipótesis. Por tanto, tras la pandemia y con los sistemas de vigilancia bajo presión, emerge la necesidad urgente, por un lado, en fortalecer los sistemas de información aprovechando los beneficios de la tecnología emergente y las posibilidades que ofrece la automatización, ya que juegan un papel clave para generar información necesaria a la velocidad que la situación lo requiera. De otro lado, reforzar el sistema de salud para que no se produzca una situación de infra diagnóstico, en este sentido, incrementar estrategias como el auto test⁵ ayudarían a contrarrestar el impacto de una futura pandemia.

Bibliografía

1. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Cataluña [Internet]. 2019 [cited 2020 7]. doi: www.cceiscat.cat.
2. How EPF, Hocking JS, Ong JJ, Phillips TR, Fairley CK. Sexually Transmitted Infection Diagnoses and Access to a Sexual Health Service Before and After the National Lockdown for COVID-19 in Melbourne, Australia. *Open Forum Infect Dis*. 2020 Nov 2;8(1):ofaa536. doi: 10.1093/ofid/ofaa536.
3. Cusini M, Benardon S, Vidoni G, et al. *Sex Transm Infect Epub* ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/sextrans-2020-054608
4. Public Health England. The impact of the COVID-19 pandemic on prevention, testing, diagnosis and care for sexually transmitted infections, HIV and viral hepatitis in England. Provisional data: January to September 2020.
5. Crane MA, Popovic A, Stolbach AI, et al. *Sex Transm Infect* 2021; 97:101–2.

COVID-19 en personas diagnosticadas por VIH y otras ITS en la ciudad de Barcelona

Miguel Alarcón

Salud Pública. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia:

Miguel Alarcón

E-mail: malarcon@aspb.cat

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha afectado a la mayoría de los servicios sociosanitarios, derivando recursos para cubrir las necesidades emergentes¹. Entre aquellos servicios considerados como no esenciales, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ha visto postergado².

Diversos factores asociados con la adquisición de una ITS se han visto afectados por el impacto social y de salud mental del período de restricciones relacionadas a la COVID-19, como el uso del preservativo, el aumento de uso de aplicaciones de teléfonos móviles para ligar, el consumo de drogas y alcohol³. También se ha observado una disminución significativa en el número de consultas de salud sexual⁴.

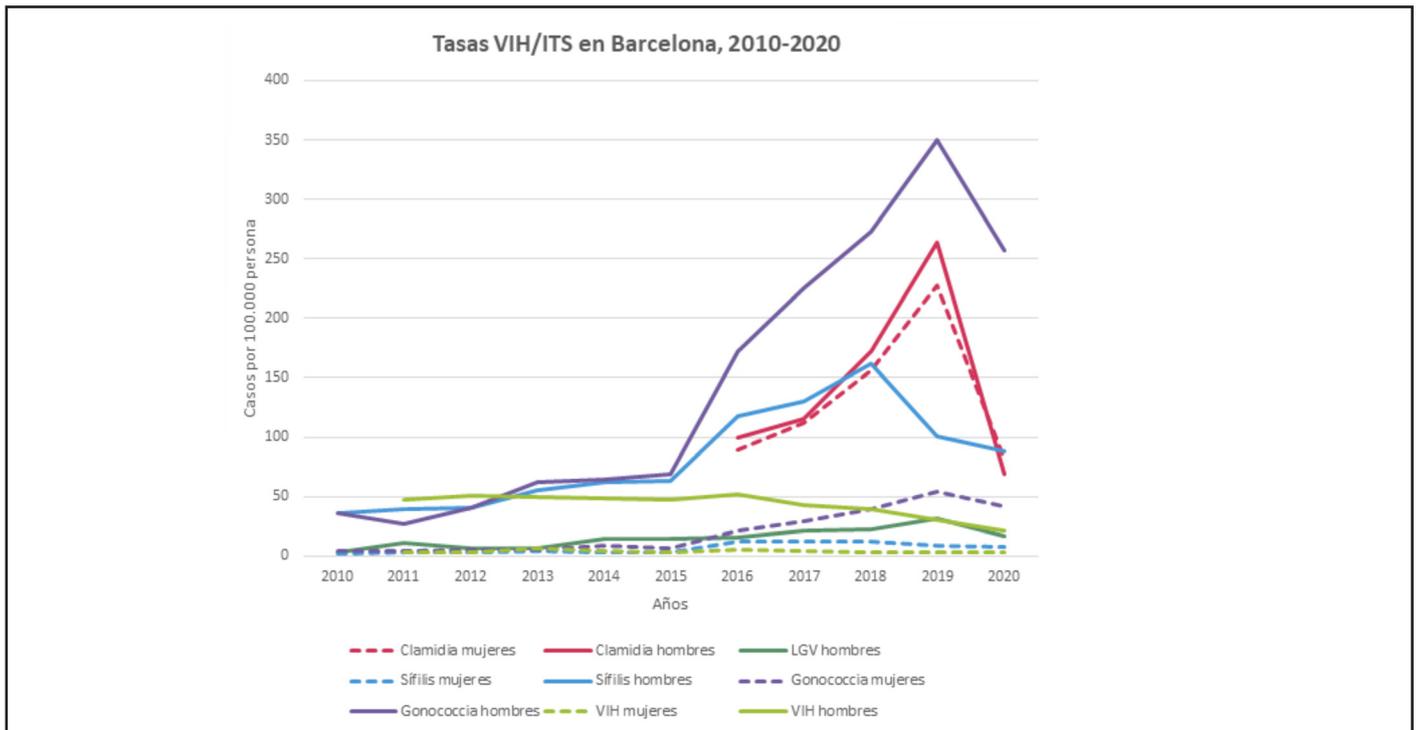
La suma de los anteriores factores podría traducirse en un aumento del diagnóstico tardío de las ITS, de su severidad y de los costes asociados a éstas, especialmente en poblaciones clave

como los hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres trans, personas migrantes y aquellas que realizan trabajo sexual⁵.

El objetivo de este estudio fue evaluar la tendencia de ITS (VIH, gonococcia, clamidia, sífilis y linfogranuloma venéreo) en relación con la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Barcelona y determinar los factores asociados a la coinfección de COVID-19 e ITS.

Material y método

Estudio observacional en la ciudad de Barcelona. Se utilizaron los datos del registro de enfermedades de declaración obligatoria de VIH, gonococcia, clamidia, sífilis y linfogranuloma venéreo (LGV) durante el período 2010-2020, y del registro COVID-19 del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, activadas por el Servei de Vigilància Epidemiològica de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Se calcularon tasas totales y es-

Figura 1. Evolución de las tasas de infección por ITS durante el período 2010-2020 en Barcelona, estratificado por sexo.

Tasas por cada 100.000 personas-año.

trificadas por sexo para cada ITS en el período de estudio. Se realizó, además, un análisis descriptivo univariado de las ITS del período 2019-2020, estratificado por sexo. En el cálculo de tasas se utilizaron las poblaciones reportadas por el Instituto de Estadística de Cataluña. El nivel socioeconómico se calculó a partir del índice de renta familiar del distrito reportado para cada caso. Finalmente, se realizó un análisis bivariado sobre ITS y COVID-19 en el período 2019-2020. Se presentan proporciones y valores p de significación estadística del 95%. El análisis se realizó usando el programa STATA15®.

Resultados

Entre los años 2010 y 2018 se observa un aumento sostenido de todas las ITS, salvo en el VIH que presenta una leve disminución en el período 2017-2018. Desde el 2019 al 2020 se observa una drástica disminución de la notificación de todas las ITS (47,4% para el VIH; 50,8% en sífilis; 23,5% en gonorrea; 63,9% en clamidia y 41,7% en LGV). Para el análisis bivariado (Tabla 1) se incluyeron 15.092 casos de ITS (2.064 de sífilis, 4.762 de gonorrea, 4.365 de clamidia, 2.667 de VIH y 276 de LGV), de los cuales un 6,3% tuvo coinfección con COVID-19. La edad mediana del grupo con coinfección COVID-19 e ITS fue de 30 años (vs 32 años en no coinfectados; $p=0,0021$), 68,3% fueron hombres (vs 74,9%;

$p<0,001$), un 25,3% residía en un distrito con un nivel de renta bajo (vs 13,5%; $p=0,011$), un 41,5% fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (vs 60,3%; $p<0,001$), un 51,4% reportó síntomas al momento de diagnóstico de la ITS (vs 42,2%; $p=0,002$) y un 25,5% se realizó estudio de contactos (vs 30,9%; $p<0,001$). Al estratificar por sexo, se destaca que entre los hombres que declararon modo de contacto con pareja sexual, un 54,0% reportó uso de redes sociales en el grupo de coinfectados (vs 36,6%; $p=0,006$) y un 35,4% reportó ITS previas (vs 28,1%; $p=0,044$). Al realizar análisis por conducta sexual, entre los HSH coinfectados se reportó un 42,3% de ITS previas (vs 31,4%; $p=0,015$), un 80,0% utilizó redes sociales para contacto sexual (vs 54,5%; $p=0,003$) y un 16,7% acudió a saunas con el mismo propósito (vs 3,6%; $p=0,026$).

Conclusiones

Durante el primer año de pandemia por COVID-19 se ha evidenciado un drástico descenso en la notificación del VIH y todas las ITS de declaración obligatoria. Las personas diagnosticadas de VIH e ITS que presentaron coinfección con COVID-19 eran más jóvenes, en menor proporción hombres, HSH, con un nivel de renta menor y con menor estudio de contactos que los no coinfectados. Los hombres con coinfección presentaron mayor uso de redes sociales para contactos sexuales y antecedentes de

Tabla 1. Análisis bivariado sobre coinfección ITS y COVID-19 entre las personas con ITS durante los años 2019 y 2020. Barcelona, España.

	ITS 2019-2020						
	No COVID-19		COVID-19		Total		p (χ^2)
	N	%	N	%	N	%	
Total	14.134	93,6	958	6,3	15.092		
Edad (mediana[RIQ])		32 [26-40]	30 [25-39]		32 [26-40]		0,0021*
Sexo							
Hombre	10.588	74,9	654	68,3	11.242	74,5	<0,001
Mujer	3.546	25,1	304	31,7	3.850	25,5	
Rangos edad							
15-24	3.023	21,4	242	25,3	3.265	21,6	0,004
25-34	5.461	38,6	366	38,2	5.827	38,6	
35-44	3.394	24,0	226	23,6	3.620	24,0	
45-54	1.538	10,9	88	9,2	1.626	10,8	
55 o más	603	4,3	36	3,8	639	4,2	
Desconocido	115	0,8	0	0,0	115	0,8	
Nivel de instrucción							
Sin instrucción/Primaria	1.658	11,7	95	9,9	1.753	11,6	<0,001
Universitaria o más	2.051	14,5	89	9,3	2.140	14,2	
Desconocido	10.425	73,8	774	80,8	11.199	74,2	
Nivel de renta							
Bajo	1.906	13,5	242	25,3	2.148	14,2	0,011
Medio	3.471	24,6	344	35,9	3.815	25,3	
Medio-alto/Alto	3.582	25,3	363	37,9	3.945	26,1	
Desconocido	5.175	36,6	9	0,9	5.184	34,3	
ITS							
Sífilis	2.064	14,6	160	16,7	2.224	14,7	<0,001
Gonorrea	4.762	33,7	416	43,4	5.178	34,3	
Clamidia	4.365	30,9	307	32,0	4.672	31,0	
LGV	276	2,0	25	2,6	301	2,0	
VIH	2.667	18,9	50	5,2	2.717	18,0	
Conducta sexual**							
HSH	4.630	60,3	146	41,5	4.776	59,5	<0,001
HSM	1.015	13,2	47	13,4	1.062	13,2	
MSM	496	6,5	25	7,1	521	6,5	
MSH	1.533	20,0	134	38,1	1.667	20,8	
Uso preservativo**							
Sí	1.479	37,9	82	35,0	1.561	37,7	0,389
No	2.428	62,1	152	65,0	2.580	62,3	
Síntomas ITS**							
Sí	2.068	42,2	148	51,4	2.216	42,7	0,002
No	2.838	57,8	140	48,6	2.978	57,3	
ITS 12 meses previos**							
Sí	1.491	24,8	72	27,2	1.563	24,9	0,388
No	4.515	75,2	193	72,8	4.708	75,1	
Uso drogas en el sexo**							
Sí	1.075	40,2	82	39,8	1.157	40,2	0,911
No	1.599	59,8	124	60,2	1.723	59,8	
Uso redes sociales para sexo**							
Sí	474	19,2	39	20,5	513	19,3	0,663
No	1.991	80,8	151	79,5	2.142	80,7	
Estudio contactos							
Sí	4.374	30,9	244	25,5	4.618	30,6	<0,001
No	9.760	69,1	714	74,5	10.474	69,4	

*U Mann-Whitney.

**Entre los casos con variable respondida

ITS previas. Los HSH presentaron mayor uso de redes sociales para contactos sexuales, antecedentes de ITS previas y acceso a saunas.

Bibliografía

1. Napoleon SC, Maynard MA, Almonte A, *et al.* Considerations for STI Clinics During the COVID-19 Pandemic. Published online 2020. doi:10.1097/OLQ.0000000000001192
 2. Nagendra G, Carnevale C, Neu N, Cohall A, Zucker J. The Potential Impact and Availability of Sexual Health Services During the COVID-19 Pandemic. Published online 2020. doi:10.1097/OLQ.0000000000001198
 3. Sanchez TH, Zlotorzynska M, Rai M, Baral SD. Characterizing the Impact of COVID-19 on Men Who Have Sex with Men Across the United States in April, 2020. 1:3. doi:10.1007/s10461-020-02894-2
 4. Sacchelli L, Viviani F, Orioni G, *et al.* Sexually Transmitted Infections during the COVID-19 outbreak: comparison of patients referring to the service of sexually transmitted diseases during the sanitary emergency with those referring during the common practice. *JEADV*. 2020;34:e553-e555. doi:10.1111/JDV.16694
 5. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B. Sexual and reproductive health (SRH): A key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reproductive Health*. 2020;17(1). doi:10.1186/s12978-020-0900-9
-