



**Premios
VIRGILIO PALACIO**

4^a Edición **2006**

**Intervenciones preventivas en saunas
de hombres que tienen relaciones
sexuales con hombres**

**Elia Díez
Patricia García de Olalla
Sonia Carvajal
Ferran Barranco
Gemma Prieto
Joan Caylà**

Agència de Salut Pública de Barcelona

■ ÍNDICE

1 PRESENTACIÓN	5
2 EFECTIVIDAD DE UNA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIHEPATITIS A EN SAUNAS DE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH)	6
Resumen	6
Antecedentes	6
Objetivos	10
Metodología	12
Resultados	13
Discusión	14
Agradecimientos	16
Bibliografía	17
Tablas	19
Figura	21
3 DETECCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN SAUNAS GAY DE BARCELONA	23
Resumen	23
Antecedentes	24
Objetivos	25
Metodología	25
Resultados	27
Discusión	28
Agradecimientos	31
Bibliografía	32
Tablas	34

1 PRESENTACIÓN

En el verano de 2003 los técnicos del Servicio de Epidemiología de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) estaban bastante preocupados. El goteo creciente de casos de hepatitis A en varones y la impresión de que el brote del año anterior no se había resuelto empezaba a ser inquietante. En el verano de 2002 habían entrevistado cuidadosamente a los afectados y habían concluido que los casos se concentraban en hombres homosexuales que mantenían relaciones con desconocidos en locales de ambiente gay. Con la ayuda de una reconocida entidad comunitaria, en un intento de aplicar las prácticas habituales de control, vacunaron en una sauna de estas características a 27 contactos de los 48 infectados. Los epidemiólogos tenían la sensación de haber sacado un vaso de agua de una piscina llena. Ya había habido brotes importantes en Montreal, en Seattle, empezaba a haber en Europa y esperaban que ocurriera aquí algo similar.

En una comida comentaron con compañeros de los departamentos de Promoción de la Salud y de Drogas lo que parecía una combinación explosiva: se trataba de una comunidad tranquila, discreta, que llevaba a cabo placenteras y anónimas prácticas de riesgo para la salud sexual en saunas. Los técnicos estuvieron de acuerdo en que el problema requería una intervención sostenida, que constituía un reto importante pero factible, y en consecuencia, muy motivador. Si diferentes aspectos operativos como las vacunas y el apoyo de personal de enfermería se solventaban, la intervención podía llevarse a cabo.

La información en la organización fue de mesas a despachos, de entrevistas a reuniones y de arriba a abajo. Los resultados fueron los esperables en las activas y prudentes administraciones públicas: aunque no se podían esperar nuevos recursos, y había que buscarlos, el apoyo de la ASPB a la iniciativa era máximo. Se formó un equipo realmente multidisciplinar que dirigió colegiadamente el proyecto. Los miembros se repartieron el trabajo de acuerdo con las habilidades profesionales: comunicación pública y con entidades, valoración de necesidades, vacunación, diseño de material gráfico, planificación, registro, análisis.

Durante 10 meses de 2004 la ASPB, juntamente con una estudiante de máster de salud pública, residentes y colaboradores, ofreció la vacunación antihepatitis A en las principales saunas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) de la ciudad y repitió la oferta en el primer semestre de 2006.

Los resultados han sido exitosos en dos aspectos: las hepatitis A en HSH en la ciudad han descendido abruptamente, y, además, los contactos y la acogida de la comunidad gay de Barcelona han facilitado la implantación de un proyecto piloto de oferta de cribado de la infección por el VIH en estas saunas de la ciudad. Los capítulos que siguen describen ambas intervenciones.

Resumen

Objetivos: En Barcelona, entre 2002 y 2004 se produjo un brote de hepatitis A en HSH usuarios de saunas. Con la finalidad de controlarlo y prevenir nuevos brotes se puso en marcha una campaña de vacunación antihepatitis A en lugares de encuentro sexual y centros de vacunación. El capítulo describe las características de los vacunados y valora los resultados de la campaña mediante la evolución de los casos de hepatitis A en HSH, el recuerdo de la campaña y la autodeclaración de haber sido vacunado en una encuesta periódica a HSH.

Métodos: Estudio descriptivo. Desde diciembre de 2003 se ofrece a los HSH de Barcelona la vacunación antihepatitis A o A+B en 8 locales de encuentro sexual y centros vacunales. Se describe la evolución mensual de los casos de hepatitis A, las características de los vacunados (edad, país de nacimiento, trabajo sexual, lugar y dosis recibidas), y el recuerdo de la campaña y la vacunación autodeclarada en una encuesta de conductas bienal.

Resultados: Los casos de VHA en HSH decrecieron en Barcelona (2002: 38, 2003: 38, 2004: 33, 2005: 7, 2006: 5). Hasta 2006 se vacunaron 1.798 personas (1 dosis: 45% (802/1798), 2 dosis: 32% (579/1798) y 3 dosis: 23% (417/1798). El 13% eran trabajadores sexuales y el 51% extranjeros. El 55% (399/728) de los HSH entrevistados en una encuesta recordaba la campaña y un 16% (111/728) refirió haberse vacunado el año anterior.

Discusión y conclusiones: La campaña de vacunación realizada en saunas y otros lugares de intercambio sexual se acompaña de un notable descenso de casos. Es una estrategia complementaria a la oferta de vacunación en centros de vacunación convencionales que se muestra factible y eficaz. Se recomienda la intensificación del programa para conseguir coberturas vacunales más amplias.

Antecedentes

Generalidades de la infección por hepatitis A

La hepatitis A (HA) es una enfermedad producida por el virus de la hepatitis A (VHA), virus ARN de la familia de los picornavirus. Causa una enfermedad aguda y no existe la situación de portador sano¹⁻³. Se transmite por vía fecal-oral y la excreción en heces comienza a partir de la segunda semana tras la exposición, siendo máxima cuando comienza la sintomatología. Presenta dos formas clínicas: la

forma asintomática, más común en niños, y la forma sintomática de la enfermedad, que es más grave y se da en personas adultas. Cuando hay síntomas, durante las primeras semanas son inespecíficos: náuseas, artralgias, fotofobia, cefalea, malestar general y fiebre, y posteriormente puede presentarse ictericia generalizada. El periodo de incubación de este virus es de 15 a 50 días. El periodo de transmisibilidad es máximo en la segunda mitad del periodo de incubación y mínimo una semana después de la aparición de la ictericia¹⁻³.

No evoluciona a la cronicidad, pero puede llegar a presentar formas colestásicas y/o fulminantes^{1,2}. Las coinfecciones con los virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y la infección el Virus de la hepatitis B (VHB), aumentan la morbimortalidad⁴. Las poblaciones de riesgo para la HA son los usuarios de drogas por vías oral o parenteral, las personas con múltiples parejas sexuales, en especial entre hombres, las personas residentes en comunidades cerradas como correccionales, cárceles, cuarteles, establecimientos para discapacitados, los habitantes de zonas aisladas que no disponen de redes de saneamiento adecuadas y los adultos y niños que viajan a países con tasas de infección elevada¹⁻⁴.

Los métodos más efectivos para el control de la infecciones por VHA son la vacunación y las medidas de higiene individual y de saneamiento ambiental^{2,5,6}.

Las vacunas contra la infección por el virus de la HA, disponibles en España en el Sistema Nacional de Salud, son preparados de virus inactivados por formaldehído y absorbidos con hidróxido de aluminio como adyuvante. Las vacunas más utilizadas en adultos son la Havrix® y la vacuna antiVHA y antiVHB Twinrix®. La primera proporciona una seroprotección de 99% al mes de suministrada y la segunda del 100% para la hepatitis A un mes después de la segunda dosis, y seroprotección para la hepatitis B del 84%.

Epidemiología mundial

La distribución de la HA se relaciona en gran medida con el nivel socioeconómico de los países. En los países en desarrollo, la infección por VHA afecta a los niños más pequeños. Existen tres patrones epidemiológicos en el mundo:

Países con tasa alta de infección por el VHA (40-150/100.000 hab.). En éstos la infección predomina en la edad infantil; la transmisión ocurre de persona a persona, por el agua y por los alimentos.

Países con tasa moderada de infección por el VHA (10-40/100.000 hab.). Se afectan predominantemente adolescentes y adultos jóvenes; el contagio se da de persona a persona y por las aguas y los alimentos.

Países con tasa baja de infección (0-10/100.000 hab.). La afectación preferente ocurre en adultos jóvenes y la transmisión se relaciona con viajes a países de endemicidad alta, personas con prácticas sexuales de riesgo y contactos domiciliarios.

La distribución geográfica del virus de la hepatitis A muestra una relación inversa a la distribución de los ingresos. De este modo, los países de mayor endemicidad son los de baja renta, donde los principales afectados son los niños y los países de menor endemicidad son los más desarrollados social y económicamente, en los que los más afectados son los adultos jóvenes¹⁻³.

En el mundo, anualmente, se infectan con el virus de la hepatitis A 1,4 millones de personas, en Estados Unidos entre 80.000 y 134.000 personas y en España aproximadamente 800. En el 1% de los infectados la infección puede producir hepatitis fulminante y la muerte. Conlleva costes muy altos derivados de bajas laborales y de hospitalización^{1,2}.

Epidemiología de la hepatitis A en España

Los casos de HA declarados en España se distribuyen de manera uniforme por toda las Comunidades Autónomas con la excepción de Ceuta y Melilla, siendo las más elevadas las recogidas en Madrid, con una tasa de 4,3 casos por 100.000h/año, y en menor medida en Cataluña con 2,6 casos por 100.000h/año. La tendencia en los últimos años es descendente^{3,7-10}. En España el grupo de edad más afectado es el de 20 a 49 años. Los mayores de 50 años presentan anticuerpos frente al VHA, al haber estado previamente expuestos a él, probablemente por las deficientes condiciones higiénicas del país treinta años atrás. Por otra parte, la administración está vacunando a grupos de riesgo como viajeros internacionales, personal sanitario y de guarderías infantiles. La vacuna antiVHA se incorporó en el calendario vacunal de Ceuta, Melilla y Cataluña⁷⁻¹⁰.

Epidemiología de la hepatitis A en Cataluña

En Cataluña, desde 1998, se lleva a cabo un plan de vacunación universal en preadolescentes de 10 a 14 años con la vacuna combinada antihepatitis A+B. Con la puesta en marcha del plan se ha observado un descenso en la incidencia de 6,2 a 2,6 por 100.000 habitantes/año en el conjunto de la comunidad¹¹.

La encuesta seroepidemiológica de Cataluña, llevada a cabo en 2001, mostró que más del 90% de los mayores de 45 años presentaba anticuerpos contra el virus de la hepatitis A.

Brotos de infección por hepatitis A en HSH en Barcelona

En 2002 y 2003 se apreciaron incrementos de infección con tasas de incidencia de hepatitis A de 14,7 y 10,8 por 100.000 hombres/año respectivamente. Estos aumentos diferenciales en hombres fueron objeto de un estudio epidemiológico que puso en evidencia que el 90% de los casos eran hombres homosexuales y el restante 10% hombres con relaciones bisexuales, que practicaban sexo oro-anal y dígito-anal sin protección, frecuentaban saunas y otros locales de ambiente HSH, de edades mayoritariamente comprendidas entre los 20 y los 49 años y eran de origen español. Más del 10% de los infectados por VHA lo estaba también por el VIH¹².

Como medida de control de lo que se consideró un brote en 2002 se vacunó en las saunas a 27 contactos de los 48 infectados contra la hepatitis A y se administró inmunoglobulina gammaespecífica²³.

La prevalencia de prácticas sexuales de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual en población HSH de Barcelona se estima mediante la encuesta bienal realizada por el Centro d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya²⁴ (CEESCAT) y la entidad Stopsida que se lleva a cabo desde 1993. La encuesta de 2002 se llevó a cabo en una muestra de conveniencia de 640 individuos, mediante cuestionario autocumplimentado, administrado en locales HSH y por correo a socios de entidades HSH. En 2002, la penetración anal la practicaba el 90,8% de los hombres con su pareja estable, el 61% de los cuales declaraba hacerlo sin preservativo. El 87,3% de los hombres mantenía penetraciones anales con parejas ocasionales y, de éstos, un 25,8% sin preservativo.

Estimación de la población española de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Una de las dificultades del trabajo con poblaciones de opciones sexuales minoritarias es la falta de estimadores de prevalencia. En este sentido, la primera Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de los Españoles ha realizado una estimación poblacional en hombres de 18 a 49 años que sitúa la proporción de hombres que sólo tiene relaciones sexuales con hombres (HSH) alrededor del 1,1% y la población de hombres que alguna vez en la vida han tenido relaciones sexuales con hombres de 3,9%. Si se aplica el porcentaje a la población masculina de 18 a 49 años de Barcelona (343.716 hombres), 3.780 serían hombres que sólo tienen relaciones sexuales con hombres y 13.405 hombres habrían tenido alguna vez relaciones sexuales con hombres²⁵.

Objetivos

En Barcelona ha habido dos brotes de hepatitis A en hombres en la última década¹². En el último, ocurrido entre 2002-2004, se investigó la orientación sexual de los afectados y llegó a describirse como un brote en HSH usuarios de saunas y otros locales de intercambio sexual. En este brote se infectaron 97 HSH, la mayoría de 30 a 39 años, de origen español, en el que 10 % estaba coinfectado por el VIH. Se realizó un estudio de contactos, a quienes se vacunó contra la hepatitis A y se les administró inmunoglobulina gammaespecífica²³. Durante la investigación del brote se revisaron los locales de intercambio sexual frecuentados por los infectados en las semanas anteriores a la aparición de sus síntomas. Se observó que algunos de estos lugares de intercambio sexual tenían instalaciones muy antiguas y condiciones higiénico-sanitarias deficientes. También había cuartos oscuros que son sitios propicios para practicar sexo de forma anónima, y otros lugares en donde se realizan prácticas de riesgo de contraer infección de transmisión sexual (ITS).

Con la intención de prevenir infecciones en la población HSH de Barcelona se llevaron a cabo varias reuniones con representantes de asociaciones de este colectivo. Permitieron caracterizar de forma preliminar la población que frecuenta saunas y otros lugares de intercambio sexual. Se trata de una población que viaja frecuentemente por España y Europa, donde también frecuenta lugares de intercambio sexual. Por otra parte, Barcelona se ha consolidado como un centro de referencia HSH en todo el mundo y es visitada por turistas sexuales, a menudo del norte de Europa, y por trabajadores sexuales, mayoritariamente latinoamericanos en situación no regularizada. Otro aspecto destacable es que muchos de los usuarios de saunas prefieren mantener su orientación sexual en el anonimato.

Las anteriores consideraciones impulsaron el desarrollo y la puesta en marcha de un programa de vacunación en saunas, sex shops con cuarto oscuro, pisos de servicios de prostitución masculina y centros públicos de vacunación de la ciudad en colaboración con las entidades Stopsida y Àmbit Home con los siguientes objetivos:

Finalidad

Reducir la incidencia de hepatitis A en el colectivo de HSH de Barcelona

Objetivo general

Vacunar a los HSH que viven en Barcelona, y, especialmente, a los que frecuentan saunas y pisos de intercambio sexual de la ciudad.

Objetivos específicos

1. Aumentar la cobertura vacunal antihepatitis A y, de forma oportunista, antihepatitis B de los HSH de la ciudad mediante:
 - la oferta de vacunación en locales públicos de intercambio sexual por medio de un equipo sanitario móvil.
 - la oferta de vacunación en dos centros de vacunación públicos de la ciudad.
 - una campaña informativa en medios de comunicación HSH y en locales de ambiente.
2. Describir las características de los vacunados en los locales públicos y en el centro de vacunación de l'Agència de Salut Pública de Barcelona durante el programa.
3. Describir la evolución de los siguientes indicadores:
 - la incidencia mensual de hepatitis A en HSH en Barcelona.
 - la cobertura vacunal alcanzada con la campaña en la población HSH estimada.
 - la respuesta a la autodeclaración de vacunación a través de las preguntas específicas sobre este aspecto en la encuesta bienal de monitorización de conductas en HSH en 2004

Metodología

Diseño

Estudio observacional transversal.

Ámbito

Tres saunas, cuatro pisos de prostitución masculina, dos sex shop con cuarto oscuro y centros de vacunación de la ciudad de Barcelona.

Periodo

El programa de vacunación se realizó de 2004 a 2006. Desde diciembre de 2003 a octubre de 2004 se ofreció la vacunación en locales de intercambio sexual y en centros vacunales públicos, en los siguientes 18 meses se vacunó solamente en los centros vacunales, y en los primeros 7 meses de 2006 se vacunó de nuevo en saunas y centros de vacunación.

Población/sujetos de estudio:

HSH de 18 a 49 años, residentes habitualmente en Barcelona. La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de los Españoles, realizada en hombres de 18 a 49 años, sitúa el porcentaje de hombres que sólo

tiene relaciones sexuales con hombres alrededor del 1,1%, y el de hombres que alguna vez han tenido relaciones sexuales con hombres del 3,9%. La población masculina de 18 a 49 años de Barcelona es de 343.716 hombres, por lo que 3.780 serían hombres que sólo han tenido relaciones con hombres y 13.405 hombres habrían tenido alguna vez en la vida relaciones sexuales con hombres³⁵.

Vacunas y dosis

A los individuos susceptibles a la hepatitis A y B se les administró la vacuna contra las hepatitis A y B Twinrix® en tres dosis (0, 1, 6 meses), y a los individuos susceptibles únicamente a la infección VHA la vacuna contra la hepatitis A Havrix® en dos dosis (0, 6-12 meses). Ambas vacunas presentan buena tolerancia y sus reacciones adversas son mínimas y limitadas.

Intervención

Un equipo compuesto por un médico y una enfermera se desplazó dos tardes a la semana alternando los diferentes locales. Una vez los usuarios habían pagado su entrada al local, eran informados por los sanitarios de la campaña de vacunación y recibían dípticos informativos, preservativos y lubricantes.

A los usuarios que decidían vacunarse se les acompañaba a un espacio más discreto, donde se les entrevistaba brevemente. Se recogía en un cuestionario la fecha y el país de nacimiento, la ocupación, el número de teléfono móvil, y se registraba el tipo de vacuna administrada, la fecha y el lugar de vacunación. Se administraba la vacuna antihepatitis A+B, A o B según valoración médica. Se suministraba un carné de vacunación con las fechas de las siguientes dosis. Una semana antes de la fecha de la siguiente dosis se hacían hasta tres llamadas telefónicas en las que se recordaban los centros de vacunación colaboradores.

Durante los primeros meses de la intervención se llevó a cabo una campaña de comunicación a través de periódicos, revistas, páginas web, radio y televisión, especialmente de ambiente HSH. Se diseñaron y editaron 10.000 tarjetas y pósters, que incluían información sobre los lugares donde solicitar la vacunación, así como teléfono y correo electrónico donde recibir información personal. El material informativo se repartió por voluntarios de la asociación Stopsida HSH en 60 bares, discotecas, saunas y locales de ambiente de la ciudad y a trabajadores sexuales por la asociación Àmbit Home.

Variables

Variables procedentes del registro de vacunados

Dependientes: número de dosis recibidas; independientes: edad en años, ocupación, país de origen, dosis previas, lugar y fechas de vacunación, número de recordatorios telefónicos

Variables procedentes de Registro de Enfermedades Transmisibles de la ASPB

Dependientes: número de casos de hepatitis A; independientes: mes de declaración y programa de vacunación (sí/no)

Variables procedentes de preguntas insertadas en la Enquesta sobre Comportaments i Pràctiques Sexuals entre Homosexuals en Catalunya

Recuerdo del programa de vacunación (sí/no) y autodeclaración de haberse vacunado en el año anterior (sí/no).

Análisis

Se realizó estadística descriptiva, inferencial. Se utilizaron los test de T de Student y U de Mann-Whitney para comparación de dos medias, Chi² y test exacto de Fisher para la comparación de dos variables categóricas. Se hizo análisis multivariante ajustando por los potenciales factores de confusión. El nivel de significación para todo el estudio fue del 95%, y el paquete estadístico que se utilizó para el análisis de los datos fue el SPSS para Windows versión 12.

Consideraciones éticas

La participación de los usuarios y trabajadores de las saunas y otros lugares donde se practica sexo entre hombres fue voluntaria y se identificaron con su nombre exclusivamente los usuarios que así lo quisieron. Se vacunó a quienes lo solicitaron y eran susceptibles. En todo momento se respetó el derecho a la intimidad, el anonimato, la confidencialidad, la cancelación y el derecho a la información de los usuarios.

Resultados

Durante las cuatro horas en las que se realizaba la intervención entraba en el local una media de 65 personas, de las cuales se vacunaba alrededor de 29 (44,2%). De las restantes, 9 personas (12%) declaraban estar vacunadas frente a la hepatitis A o haber pasado la enfermedad.

Descripción de los HSH vacunados

De diciembre de 2003 a mayo de 2006 se vacunaron 1.798 HSH. Los vacunados tenían una edad media de 35 años (mediana 33 años, DE 10,6, rango de 18 a 75 años). Un 90,4% de las primeras dosis se administraron en los locales de intercambio sexual y un 7,5% en el centro de vacunaciones de la ASPB.

Un 48,8% de los vacunados había nacido en España y un 15,2% en Brasil. Un 13,9% refirió ser trabajador sexual (tabla 1). Aunque el análisis bivariado muestra que no ser trabajador sexual, tener de 30 a 60 años y ser español se relaciona significativamente con vacunarse con las tres dosis, en el análisis multivariante la única variable relacionada significativamente es la edad. Los mayores de 35 años se vacunaron con tres dosis en mayor medida que los menores de 35 (tabla 2).

Conocimiento de la campaña, autodeclaración de vacunación antihepatitis A y A+B y descripción de no vacunados

En la encuesta realizada por el CEESCAT a una muestra de HSH en Cataluña en octubre de 2004 el 55% (399) de los 728 entrevistados declaró conocer la campaña de vacunación en saunas de Barcelona. Un 15,2% (111) declaró haberse vacunado contra la hepatitis A o A+B en el último año. Entre los que conocían la campaña se vacunó un 27,8%.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los vacunados y no vacunados en relación a la edad, el tamaño de la ciudad en la que viven, el nivel de estudios y la situación laboral.

Evolución mensual de la infección de VHA en HSH en Barcelona

En la figura 1 se aprecia una disminución abrupta y sostenida en las notificaciones de VHA en HSH. Entre 2002 y 2004 los picos de brote presentan hasta 10 casos mensuales en HSH mientras que de junio de 2005 hasta enero de 2007 el máximo ha sido un caso mensual.

Cobertura de vacunación

La tabla 3 muestra que la cobertura de vacunación en hombres que únicamente tienen relaciones sexuales con hombres es del 47% y una cobertura del 13% de los hombres que alguna vez han tenido relaciones sexuales con hombres.

Discusión

Entre los principales resultados del estudio destaca la notable reducción de casos de hepatitis A en HSH de Barcelona pocos meses después del inicio de la campaña de vacunación. La cobertura de la campaña vacunal en Barcelona oscila del 13% al 47% según como se defina la población HSH. Alrededor del 55% de los HSH de Cataluña conoce la campaña y un 15,5% declara haberse vacunado en el último

año. La intervención en saunas y locales de intercambio sexual se muestra factible y bien aceptada por los usuarios, ya que se estima que un 44% de los clientes que entran en el local se vacuna.

Los resultados de la campaña de Barcelona concuerdan con los obtenidos en la intervención similar llevada a cabo en Montreal¹⁴. Los casos se redujeron, se estimó una cobertura del 20% al 40% y el recuerdo de la campaña alcanzó el 88%. Las estrategias evaluativas toparon con las mismas dificultades que este estudio, ya que se estimaron poblaciones, las encuestas se hicieron a muestras de conveniencia y el periodo estudiado fue relativamente corto.

Entre las fortalezas del estudio destaca que esta intervención permitió llegar a buena parte de una población con prácticas de riesgo y baja cobertura vacunal contra la hepatitis A. Además, facilitó la derivación a los servicios de atención primaria y estableció una relación de proximidad con los usuarios, trabajadores, encargados y propietarios de saunas que ha favorecido el establecimiento de campañas preventivas como la oferta de las pruebas de VIH.

El estudio adolece de una serie de limitaciones. Las principales se derivan del diseño y del relativamente corto tiempo de estudio. El diseño experimental no suele ser aplicable a intervenciones de estas características, porque el establecimiento de un grupo control presenta compromisos éticos. Otra limitación radica en la falta de información sobre los usuarios no vacunados. Mediante la encuesta a HSH de Cataluña, aunque se trata de una muestra de conveniencia, se sabe que no hay diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas entre los vacunados y los no vacunados.

El estudio presenta resultados innovadores y relevantes para la salud pública. A mediados de los 90 empezaron a aparecer brotes en EEUU y Canadá y, desde 2000, en diferentes países y ciudades europeas, como Copenhague, Oslo, Rotterdam o París. Se relacionaron con las relaciones sexuales con parejas no estables, el uso de cuartos oscuros y saunas HSH, y los viajes internacionales¹⁴⁻²³. Aunque todos ellos indican la necesidad de promover la vacunación en HSH hasta el momento no hay publicaciones sobre campañas de vacunación en Europa. El presente estudio aporta nueva evidencia sobre la factibilidad de la campaña y resultados extremadamente prometedores. La campaña debería ampliarse en los próximos años y replicarse y extenderse a otras ciudades de la ruta europea de turismo HSH.

Agradecimientos

A Carles Ariza, Montse Bartroli, José María Bayas, Teresa Brugal, Laura Caballé, Nuria Codern, Magda Campins, Estela Díaz de Quijano, Antonia Ferrer, Antonio Guirado, Asun Gregorio, Agapita González, Anna Guitart, Nora Jareño, Olga Juárez, Lluïsa Estruga, Eva Masdeu, Carmen Medina, Mercé Meroño, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Dario Ochoa, Àngels Orcau, Helena Pañella, Maribel Pasarín, Ferrán Pujol, Àngela Prat, Pilar Ramos, Palmira Rodrigo, Glòria Rovira, Maria José Santomà, Carme Sardò, Carmen Serrano, Eugènia Sureda, Pilar Quer, Rubén Tossoni, Martí Vall, Luïsa Villegas y Katy Zaragoza.

A los gerentes y trabajadores de los locales. A los representantes y voluntarios de las asociaciones HSH de Barcelona, especialmente Stopsida y Àmbit Home. A los medios de comunicación HSH por promover la vacunación en los locales de encuentro sexual HSH de Barcelona. Al Hospital Vall d'Hebron, y al Hospital Clínic. Al enorme y entusiasta equipo de profesionales y voluntarios colaboradores de la campaña.

Bibliografía

1. Hepatitis A [monografía en Internet]. World Health Organization. Department of Communicable Disease Surveillance and Response. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsredc2007/en/index.htm>
2. Bruguera M, Fornis X. Epidemiología actual de las hepatitis virales ¿quién las padece y quién puede protegerse. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:443-7.
3. Aguillera A, Romero S, Regueiro B. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis Virales. *Enfer Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:264-76
4. GESIDA/PNS Coinfección por VIH y virus de las hepatitis A, B y C en pacientes adultos. Revisión y recomendaciones. Disponible en: <http://www.gesida.seimc.org>
5. Allen S, Craig M. D, Schaffner W. Prevention of hepatitis A with the hepatitis A vaccine. *N Eng J Med*. 2004;350: 476-81
6. Valerio L, Rodrigo C, Sabrià M. Vacunación contra la hepatitis A en España: análisis desde la salud internacional. *Enf Emerg*. 2003;5:126-30.
7. Junquera S, Mateos M, Lasa E, Chacón J, Baquero F. Estudio seroepidemiológico de la hepatitis A en la Comunidad de Madrid durante el año 2002. *Enf. Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:448-51.
8. Domínguez A, Salleras L, Carmona G, Batalla J. Effectiveness of a mass hepatitis A vaccination program in preadolescents. *Vaccine*. 2003;1:698-701.
9. Enquesta seroepidemiològica de Catalunya 2001. [monografía en Internet]. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.net/depsan/unit/sanitat/pdf>
10. Salleras L, Bruguera M, Buti M, Domínguez A, Vidal J, Navas E, Batalla J, Plans P, Garrido P, Taberner L, Estevan R. Hepatitis A vaccination policy in Catalonia (Spain). *Vacunas*. 2000; 1:36-45.
11. Llach-Berné M, Pañella H, Domínguez A, Caylà J, Godoy P, Alvarez J, Sala R, Campos N. Estudio descriptivo de los brotes de hepatitis A investigados en Cataluña (1999-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006; 24:431-6
12. Agència de Salut Pública de Barcelona (1984-2005). Sistema de Vigilancia Epidemiològica. Butlletí de Malalties de Declaració Obligatòria. Barcelona: ASPB, 2004.
13. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines MMWR. 2002;51:1- 80.
14. Allard R, Beauchemin J, Bédard L, Dion R, Tremblay M, Carsley J. Hepatitis A vaccination during an outbreak among HSH men in Montréal, Canada, 1995-1997. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:251-6.
15. Jim F, Prestage GP, Pell CM, Donovan B, Van de Ven PG, Kippax SC, Kaldor JM, Grulich AE. Hepatitis A and B infection and vaccination in a cohort of homosexual men in Sidney. *Sex Health*. 2004;1:227-37

16. Rhodes SD, Arceo R. Developing and testing measures predictive of hepatitis A vaccination in a sample of men who have sex with men. *Health Educ Res.* 2004;19:272-83
17. Friedman MS, Blake PA, Koehler JE, Hutwagner LC, Toomey KE. Factors influencing a communitywide campaign to administer hepatitis A vaccine to men who have sex with men. *Am J Public Health.* 2000;90:1942-46
18. CDC. Hepatitis A vaccination of men who have sex with men. Atlanta Georgia, 1996-1997. *MMWR* 1988;47:708-11.
19. Cotter S, Sansom S, Long T, Koch E, Kellerman S, Smith F, Averhoff F, Bell B. Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men: implications for hepatitis A vaccination strategies. *J Infectious Diseases.* 2003;187:1235-40.
20. Kahn J. Preventing hepatitis A and B virus infections among men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2002;35:1382-87.
21. Mazick A, Howitz M, Rex S, Jensen IP, Weis N, Katzenstein TL, Molbak K. Hepatitis A outbreak among MSM, linked to casual sex in HSH saunas in Copenhagen, Denmark. *Euro Surveill.* 2005. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v10n05/1005-233.asp>
22. Ochnio J, Patrick D, Ho M, Talling D, Dobson S. Past infection with hepatitis A viruses among Vancouver street youth, injection drug users and men who have sex with men: implications for vaccination programs. *CMAJ.* 2001;165:293-7.
23. ASPB. Servei de Epidemiologia. Estudio de brote de hepatitis A en HSH 2003. Barcelona ASPB, 2004.
24. Folch C, Casabona J, Muñoz R. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones HSH/bisexuales. *Gac Sanit.* 2005;1:294-301
25. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Disponible en: <http://www.ine.es>

Tabla 1. Características sociodemográficas de los HSH vacunados antihepatitis A y A+B.

Barcelona, 2004 - 2006

	N	%
Grupos de edad en años		
15-24	252	4
25-39	1002	56
40-59	381	26
>=60	58	4
Nº de dosis de vacuna		
1 dosis	802	45
2 dosis	579	32
3 dosis	417	23
Lugar de vacunación		
1ª dosis		
Saunas, pisos y sex shop	1627	91
Centro de vacunación ASPB	136	8
Otros centros de vacunación	35	2
2ª dosis		
Saunas, pisos y sex shop	33	8
Centro de vacunación ASPB	320	81
Otros centros de vacunación	45	11
3ª dosis		
Saunas, pisos y sex shop	241	91
Centro de vacunación ASPB	10	4
Otros centros de vacunación	4	2

Tabla 2. Variables asociadas a la vacunación completa antiVHA y A+B

	OR	IC 95%	OR*	IC95%
Edad en años				
>=35	1		1	
<35	2,41	1,93-3,03	2,20	1,67-2,88
País de nacimiento				
Español	1		1	
Extranjero	0,57	0,45-0,71	0,79	0,59-1,04
Trabajo sexual				
No	1		1	
Si	0,49	0,34-0,72	0,76	0,49-1,16
Lugar de vacunación				
Otros	1		1	
Sauna	0,60	0,42-0,84	1,94	0,79-4,71

*OR ajustadas por todas las variables

Tabla 3. Estimación de coberturas vacunales

	NÚMERO DE HSH POB DE 18-49 AÑOS	NÚMERO DE VACUNADOS	% COBERTURA
Edad en años			
Estimación 1,1% ¹	3.780	1.798	47%
Estimación 3,9% ²	13.405	1.798	13%

¹ Hombres que únicamente tienen relaciones sexuales con hombres (INE 2004)

² Hombres que alguna vez han tenido relaciones con hombres (INE 2004)

Elia Díez¹, Patricia García de Olalla¹, Sonia Carvajal¹, Ferran Barranco¹, Gemma Prieto¹, Joan Caylà¹ y Grupo de Trabajo en Saunas Gay²

¹ Agència de Salut Pública de Barcelona

² Grupo de Trabajo en Saunas Gay: Mireia Alberny, Ferran Barranco, Montserrat Calmet, Sonia Carvajal, Jordi Casabona, Joan Caylà, Elia Díez, Cinta Folch, Patricia García de Olalla, Albert Giménez, Mar Maresme, Sílvia Martín, Antonio Moreno, Gemma Prieto, Francisca Sánchez, Luís Villegas, Kati Zaragoza.

Resumen

Objetivo: Detectar nuevos diagnósticos de infección por VIH en usuarios de saunas gay de Barcelona.

Material y métodos: Diseño transversal. De febrero a mayo del 2006 se ofreció una prueba rápida para VIH a los usuarios de las tres saunas gay más concurridas de Barcelona. Se realizó la prueba a los usuarios que la solicitaron y desconocían su seroestatus o eran negativos con respecto al VIH. Recibieron asesoramiento pre y postprueba y contestaron una breve encuesta que incluía variables sociodemográficas y de realización de pruebas anteriormente. Los casos reactivos se derivaron de forma preferente a centros hospitalarios para recibir diagnóstico confirmatorio y tratamiento.

Resultados: Participaron 445 usuarios. La edad mediana fue de 31,4 años (rango 18,4 - 66,4). Un 64,9% eran inmigrantes. Un 34,7% declararon ser trabajadores sexuales. La proporción de pruebas reactivas al HIV fue del 6,5% (IC 95% 4,2-8,8). Un 23,7% de los sujetos no se había realizado nunca la prueba VIH. Un 36% de los usuarios que se habían hecho la prueba VIH en alguna ocasión, no se la habían realizado el año precedente. Ni inmigrantes ni trabajadores sexuales presentaron mayor proporción de pruebas reactivas que el resto.

Conclusiones: Los nuevos diagnósticos de infección por VIH han sido altos en este colectivo. Esta población necesita una atención preventiva continuada preferente.

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana, sauna, homosexualidad masculina, prostitución.

Antecedentes

Actualmente conviven con el VIH más de 40 millones de personas, y la pandemia se ha cobrado 25 millones de vidas desde su presentación en la década de los 80¹. Se estima que en España aproximadamente un 0,7% de la población de 15 a 49 años está infectada por VIH² (unas 130.000 personas). En Cataluña se calcula que hay actualmente alrededor de 25.000 personas infectadas³. En cuanto a la situación en la ciudad de Barcelona, el sistema de notificación voluntaria recogió 441 casos nuevos en el año 2004, un 10% superior a los declarados en 2003⁴.

Las pruebas diagnósticas eficaces y las medidas preventivas como el uso de preservativos, los programas de intercambio de jeringuillas y los programas de mantenimiento con metadona redujeron la incidencia en los países desarrollados desde principios de los años 90. El desarrollo de los tratamientos antivirales altamente efectivos en 1996 convirtió una enfermedad de alta letalidad en una enfermedad crónica con una aceptable calidad de vida. La terapia antirretroviral de la embarazada y del recién nacido⁶ hicieron desaparecer prácticamente la transmisión vertical de la infección en nuestro medio. Estos cambios han sido menos relevantes en los países en vías de desarrollo, destacando negativamente el África subsahariana.

Desde los años 90 asistimos a una relajación de las medidas preventivas en los países desarrollados que ha conllevado un preocupante aumento de las prácticas sexuales de riesgo y el consiguiente incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)⁷. Estas nuevas infecciones son más frecuentes en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)⁸ y en trabajadores sexuales, sobretodo los masculinos⁹, aunque afectan a todos los grupos sociales. Lógicamente la frecuencia de la infección VIH también tiende a aumentar, facilitada, además, por la presencia de las otras ITS en la misma persona¹⁰. En estudios realizados en 2002 por medio de encuestas y prueba de VIH en saliva a HSH de Barcelona se estimó una prevalencia de infección del 18,3%¹¹.

Ante la falta de una vacuna eficaz a medio plazo, es imprescindible extremar las medidas de salud pública dirigidas a la población general y hacer hincapié en los grupos con prácticas sexuales de riesgo para controlar este incremento de nuevas infecciones¹².

Las saunas gay han sido históricamente motivo de preocupación¹³ por ser locales donde se realizan habitualmente prácticas sexuales de riesgo entre HSH, con participación de trabajadores sexuales masculinos. En la campaña de vacunación antihepatitis A y B realizada en 2003-04 en saunas gay de

Barcelona se pudo constatar el interés de los usuarios en acceder a consejo asistido y detección de ITS. Teniendo en consideración que en muchas ocasiones se trataba de personas que difícilmente acuden a los servicios sanitarios, se hizo una prueba piloto de oferta de las pruebas en las saunas, que demostró la factibilidad y aceptación del proyecto.

Objetivos

1. Detectar nuevas infecciones por el VIH en usuarios de saunas gay de Barcelona.
2. Determinar si el hecho de ser inmigrante o trabajador sexual aumenta el riesgo de reactividad a dichas pruebas.
3. Valorar si existen diferencias entre los usuarios de diferentes locales y caracterizar la periodicidad de los controles serológicos para VIH de la población estudiada.

Metodología

Diseño

Estudio observacional transversal.

Ámbito

Las tres principales saunas gay de Barcelona

Población/ sujetos de estudio

HSH usuarios de las saunas gay de Barcelona. Se calcula que la población HSH de Barcelona en el grupo de 18 a 49 años está alrededor del 3,9%¹⁴, lo que representa unas 13.400 personas. Se desconoce el número de usuarios de sauna gay, pero puede ser numeroso, ya que sólo en Barcelona hay 6 locales en funcionamiento las 24 horas.

En base a estudios previos realizados en saunas gay¹⁵, se partió de una posible detección de nuevas infecciones por el VIH en los usuarios del 8%. Considerando un nivel de confianza de 0,95 y una precisión de 3%, se precisaba una muestra mínima de 300 sujetos. Se calculó que un periodo de 6 meses (de febrero a julio del 2006) en tres de las saunas gay de Barcelona más frecuentadas, designadas aquí como sauna A, sauna B y sauna C, una tarde a la semana en cada una, por dos médicos del equipo investigador

sería tiempo suficiente para la recogida de las encuestas. Se inició el estudio en las saunas A y B y posteriormente se acudió también a la sauna C.

Variables

Por medio de una encuesta se estudiaron diferentes variables en estos usuarios.

Las variables dependientes son: haberse hecho la prueba VIH (nunca, en alguna ocasión, en el año precedente, durante este año, reactividad a la prueba VIH (si/no).

Las variables independientes son: edad (en años), país de origen (autóctonos, inmigrantes), nivel de estudios finalizados (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), motivo de la prueba (relación sexual sin preservativo, relación sexual con rotura de éste, control periódico, inicio de relación con nueva pareja, otros), trabajador sexual (si/no).

Desarrollo del estudio

Los investigadores ofrecían consejo asistido y realización de pruebas rápidas gratuitas y anónimas a los usuarios. A los que aceptaban se les solicitaba consentimiento informado verbal y se les aseguraba total confidencialidad y anonimato; por dicho motivo la identificación del usuario se realizaba exclusivamente por medio de etiquetas codificadas.

La prueba rápida utilizada (Determine Abbott® VIH) se basa en un método inmunocromatográfico en tira reactiva. El laboratorio fabricante informa para la prueba VIH una sensibilidad y una especificidad del 100%.

El resultado reactivo se contrastaba con otros análisis en un hospital de referencia. La prueba puede dar un resultado no reactivo, reactivo o dudoso.

Se realizaba una extracción de unos 50 mcL de sangre capilar de un dedo del usuario que se repartía en las tiras reactivas de VIH. El resultado era visible al cabo de unos minutos pero los usuarios no tenían acceso a él, ya que las características del local no permitían un consejo asistido postprueba correcto. Por este motivo se optó por diferir la entrega al día siguiente en nuestro centro (ASPB). Las tiras reactivas se destruían tras su lectura.

El tiempo promedio de atención a un usuario en la sauna era de 15 minutos, lo que permitía atender a un máximo de 16 personas en cada sesión.

En nuestro centro se entregaba el resultado con consejo asistido, soporte emocional y derivación inmediata a dos hospitales de referencia en caso de resultado reactivo. Los resultados se comunicaban como no reactivos o reactivos a confirmar, ya que se requieren pruebas posteriores para certificar su positividad. En el caso de resultado dudoso se repetía la misma prueba inmunocromatográfica rápida para salir de dudas.

Análisis

Se realizó estadística descriptiva y se estudió la asociación entre las variables dependientes e independientes mediante análisis bivariantes con Chi cuadrado, test de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y odds ratio así como análisis multivariante mediante regresión logística, usando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 13. Se utilizó un valor de significación estadística del 95% para todo el estudio.

Aspectos éticos

No existen conflictos de intereses y este estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación de nuestro centro. La participación de los usuarios y trabajadores de las saunas fue voluntaria. En todo momento se respetó el derecho a la intimidad, el anonimato, la confidencialidad, la cancelación y el derecho a la información de los usuarios.

Resultados

Durante cada sesión realizada en las saunas entraba una media de 65 usuarios. Solicitaba la prueba una media de 14 personas por sesión, lo que supone un 22% de los usuarios. En un periodo de 6 meses se hicieron pruebas de VIH a 435 usuarios en las saunas y 10 directamente en nuestro centro. Se atendieron también otros usuarios que solicitaron practicarse otras pruebas o vacunaciones.

Las características generales de la población de estudio se describen en la tabla 1 las diferencias según procediera de la sauna A, B o C en la tabla 2. La edad mediana fue de 31,4 años (rango de 18,4 a 66,4 años). El número de usuarios fue mayor en la sauna B (50,5%). Los usuarios de la sauna B fueron predominantemente inmigrantes, sobretodo de Brasil. Los usuarios de la sauna A y C poseían un mayor nivel de estudios. La mayoría de los usuarios que solicitaron la prueba en la sauna B declaró ser trabajador sexual.

Un 23,7% de los participantes no se había practicado nunca la prueba VIH. El 36% de los usuarios que se habían hecho alguna prueba VIH no lo había llevado a cabo durante el año precedente (tabla 1). Esta cifra aumentaba a un 56,5% en el caso de los ahora reactivos a la prueba VIH (tabla 3).

La mayoría manifestó que deseaba realizarse la prueba como una medida de control periódico, mientras que cerca de un 18% explicó que había realizado una práctica sexual sin preservativo o con rotura de éste.

Un 6,5% (IC 95%: 4,2-6,8) presentó reactividad a la prueba VIH. Hubo un resultado indeterminado que requirió una segunda prueba rápida. La edad mediana de los reactivos a VIH fue de 28,5 años y la de los no reactivos 31,5 años ($p = 0,25$) (tabla 3).

Las pruebas serológicas recientes fueron más habituales entre los usuarios de la sauna B. Los usuarios de menos de 35 años de edad, los inmigrantes y los trabajadores sexuales fueron más proclives a haberse realizado la prueba VIH durante el último año (tabla 4). Estos resultados seguramente estaban relacionados con el hecho de que estas características predominaban entre los usuarios de la sauna B que solicitaron la prueba. Se estableció un modelo multivariante por regresión logística para la variable “prueba VIH realizada el último año” donde sólo la variable explicativa “edad menor de 35 años o igual o superior a 35 años” alcanzó significación estadística, a favor de los usuarios más jóvenes (tabla 4).

Discusión

La proporción de nuevas infecciones por el VIH detectadas en usuarios de saunas gay de Barcelona es alta, de un 6,5%. Ser inmigrante o trabajador sexual no aumenta significativamente en este estudio el riesgo de reactividad a dichas pruebas. Las características de los usuarios de las saunas A, B y C son muy diferentes. La periodicidad de los controles serológicos de la población estudiada es baja; un 36% de los que se hacen controles no lo han realizado el año precedente a la prueba actual, y esta cifra es aún mayor entre los ahora reactivos a la prueba VIH.

La alta reactividad en las pruebas VIH, de un 6,5%, es muy superior a la de la población general, pero concordante con la de estudios similares realizados en usuarios de saunas gay; el estudio realizado en Seattle en 2002 mostró una detección de nuevas infecciones VIH del 5%¹⁶ y el de Taiwan realizado en 2004 de un 8%¹⁴.

Entre los usuarios incluidos en el estudio aparece un alto porcentaje de inmigrantes, destacando entre ellos los brasileños. En los nuevos diagnósticos de sida en España, la cifra de inmigrantes sigue creciendo y actualmente supera el 14%¹⁷. En nuestro estudio no hubo diferencias en la reactividad a las dos pruebas practicadas entre el grupo de inmigrantes y el de autóctonos y tampoco las hubo entre los nacidos en Brasil y en otros países.

Entre los usuarios que solicitan la prueba hay un alto porcentaje de trabajadores sexuales masculinos, generalmente jóvenes inmigrantes. Al contrario que en otros estudios⁹ no hay una proporción significativamente diferente de reactividad a la prueba VIH en relación a con los no trabajadores sexuales. De todas maneras se ha de tener en cuenta el posible sesgo de infradeclaración respecto a ser trabajador sexual.

Las saunas A, B y C son locales heterogéneos, que pueden precisar estrategias de salud pública diferentes¹⁸. Los usuarios que acudieron a nuestro servicio en la sauna B son más jóvenes, hay más inmigrantes y mayor porcentaje de trabajadores sexuales.

Un resultado preocupante es que una cuarta parte de los encuestados no se había realizado nunca la prueba VIH. Destaca también negativamente que cerca de un 40% de los usuarios que se había hecho algún control serológico no se había hecho la prueba VIH en el último año, y estas cifras llegan al 60% entre los que muestran reactividad en el momento actual. Los más jóvenes, los inmigrantes y los trabajadores sexuales (tres circunstancias fuertemente relacionadas), son los que más vigilan su status serológico.

El diagnóstico precoz de la infección es capital para evitar nuevas infecciones concienciando al afectado para que extreme las medidas de prevención. Asimismo facilita el inicio precoz de la terapia anti-retroviral. Recordemos que en nuestro país sólo un 40% de la población general española se ha realizado esta prueba alguna vez¹³, generalmente dentro de la rutina analítica del embarazo o de las donaciones de sangre, y que el porcentaje de diagnósticos tardíos (con criterios de sida) alcanza un 45% del total¹⁹, con las consecuencias negativas que ello supone para el pronóstico de la persona afectada.

El estudio ha permitido aproximarse a poblaciones que a menudo tienen difícil acceso a los servicios de salud. Nuestra presencia en las saunas ya supone por sí misma un recordatorio de las medidas preventivas para los usuarios. Las personas atendidas han recibido consejo asistido in situ y en nuestro centro, un diagnóstico rápido de su estado serológico y una derivación inmediata a servicios sanitarios

para su confirmación y atención clínica. Se trata del primer estudio de este tipo realizado en saunas en Europa, y nos ha permitido conocer la magnitud de la problemática asociada a las prácticas sexuales de riesgo en este ámbito.

Entre las limitaciones del estudio hay que considerar que se trata de una muestra de conveniencia, basada en usuarios que accedían voluntariamente al diagnóstico. Existen varios posibles sesgos: el horario reducido a las tardes de los días laborables seguramente condicionaba la aproximación a una población diferente a la nocturna o a la de fin de semana. El procedimiento duraba 15 minutos, y a menudo había usuarios esperando turno; es posible que alguno de los que deseaba la prueba no pudiera conseguir su realización. En cuanto al número de usuarios de las saunas gay de Barcelona, ni siquiera los gerentes de los locales disponen de un registro; sólo conocemos la cifra de usuarios que entraban en la sauna durante nuestras cuatro horas de estancia.

Es posible que los usuarios de más edad fueran más renuentes a practicarse la prueba, como así le pareció al equipo sanitario. La prostitución masculina está muy rechazada socialmente, y en estas saunas la prostitución no está permitida abiertamente (aunque había tolerancia en la sauna B), por lo que es posible que haya una cierta infradeclaración de ser trabajador sexual.

A pesar de estas limitaciones el estudio muestra una importantísima proporción de nuevos diagnósticos por el VIH. El hecho de que la cuarta parte de los usuarios nunca se haya realizado la prueba VIH y un 36% no se la practique con la periodicidad recomendada para sujetos con prácticas sexuales de riesgo (de 6 meses a 1 año) es un dato agravante de esta situación. Los usuarios españoles y de más edad parecen ser, además, los que revisan menos frecuentemente su estado serológico; son precisas acciones dirigidas a estos grupos específicos. Dado el alto porcentaje de usuarios inmigrantes, deben tenerse en consideración las barreras culturales, de idioma y legales.

Los resultados indican la conveniencia de reforzar la prevención primaria con consejo asistido y oferta de preservativos y lubricantes y, asimismo, promover la prevención secundaria diagnosticando precozmente las nuevas infecciones con pruebas rápidas.

Las saunas gay muestran ser un lugar excelente para acercarse a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo y con dificultades de acceso al sistema sanitario, como también se ha comprobado en otros estudios¹⁵. Se recomienda una atención especial y continuada de salud pública en las saunas con la intención de convertir estos locales de alto riesgo en zonas de prácticas sexuales más seguras.

Agradecimientos

A Paloma Carrillo, Gemma Flores, María Grau, María Dolors Liñán, Josep María Miró, María José Molina, Carmen Serrano, Omar Sued, Vanessa Vadillo y Martí Vall.

A las entidades Stopsida, Gais Positius, ACATHI, Amics dels Gais y Sinvergüenza, y a Rubén Tosoni.

Al Hospital Clínico, al Hospital del Mar, a la Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual, al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, al CEESCAT, a entidades comunitarias de prevención de sida, a los usuarios de saunas, a gerentes y trabajadores de saunas, y a todas las personas de la Agència de Salut Pública de Barcelona que han contribuido al proyecto.

Bibliografía

1. Situación de la epidemia de sida, diciembre 2005. ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_sp/epi-update2005sp.pdf
2. UNAIDS Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. Disponible en: http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/spain.asp.
3. Barro Lugo S, Alberny M, Monguí Avila E, Riera I, Ros M. La infecció pel VIH en la població immigrant. Infosida 2005; comunicat 29. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/infosida29.pdf>
4. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2004. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/Informe%20Salut%202004%2020051107.pdf>
5. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. JAMA. 1996; 276.
6. CDC. Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant MMWR. 1994; 43:285-7.
7. CDC. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men - King County, Washington, 1997- MMWR. 1999; 48: 773-7
8. Cowan S. Syphilis in Denmark, outbreak among MSM in Copenhagen, 2003-2004. Eurosurveillance. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n12/0912-229.asp?langue=02&>
9. Belza MJ. Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. Sex Transm Infect. 2005; 81:85-8.
10. WHO Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections 2001. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_HIV_AIDS_2001.02.pdf
11. Cinta F, Casabona J, Muñoz R, Zaragoza K. Evolución de la detección de nuevas infecciones de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. Gac Sanit. 2005; 19: 294-301.
12. CDC. Twenty-five years of HIV/AIDS – United States, 1981—2006. MMWR. 2006; 55:585-9
13. Christopher D. The San Francisco Bathhouse Battles of 1984: Civil liberties, AIDS risk, and shifts in health policy. J Homosex. 2003;44:71-129.
14. Salud y hábitos sexuales. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística 4/2004. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifra/cifra_sida0704.pdf

15. Ko NY, Lee HC, Chang JL, Lee NY, Chang CM, Lee MP et al. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infections and risky sexual behaviors among men visiting gay bathhouses in Taiwan. *Sex Transm Dis.* 2006; 33.
16. Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, Kurth A, Word RW. Designing an HIV counseling and testing program for bathhouses: The Seattle experience with strategies to improve acceptability. *J Homosex.* 2003;44:203-20
17. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Situación a 30 de junio de 2005. *Boletín Epidemiológico Semanal* 2005. 2005; 13: 157-168.
Disponible en: <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0529.pdf>
18. Mutchler MG, Bingham T, Chion M, Jenkins RA, Klosinski LE, Secura G. Comparing sexual behavioral patterns between the bathhouses: implications for HIV prevention intervention policy. *J Homosex.* 2003; 44:221-42.
19. CEESCAT, SIVES 2004. New diagnoses of HIV infection. Disponible en: http://www.ceescat.org/Documents/morbimorti04_infecperhiv_eng.pdf

Tabla 1. Características de los usuarios a los que se realizaron pruebas de VIH

	% n = 445
Edad	
Mediana	31,4 años
Lugar de la prueba	
Sauna A	37,3
Sauna B	50,5
Sauna C	10,1
Agència de Salut Pública de Barcelona	2,1
País de nacimiento	
España	35,1
Otros	64,9
Estudios	
No universitarios	68,7
Universitarios	31,3
Trabajo sexual	
No	65,3
Sí	34,7
Prueba VIH anterior	
Nunca realizada	23,7
Alguna vez	76,3
Tiempo desde la última prueba	
Más de un año	36,0
Un año o menos	64,0
Motivo de la prueba	
Práctica sexual no protegida	17,2
Otros motivos	82,8
Reactividad al VIH	
No	93,5
Sí	6,5

**Tabla 2. Características de los usuarios a los que se les realizaron pruebas de VIH en la sauna.
Comparación entre las saunas A, B y C.**

	Sauna A n = 168 %	Sauna B n = 222	Sauna C n = 45 %	p	Total % n= 435
Edad Mediana	34,0 años	26,9 años	45,4 años	<0,001	31,3 años
País de nacimiento					
España	52,9	14,8	70,2	<0,001	35,0
Otros	47,1	85,2	29,8		65,0
Estudios					
No universitarios	55,8	81,1	54,3	<0,001	68,7
Universitarios	44,2	18,9	45,7		31,3
Trabajo sexual					
No	97,1	35,2	100	<0,001	65,4
Sí	2,9	64,8	0,0		34,6
Prueba VIH anterior					
Nunca	21,8	25,8	23,3	0,65	24,0
Alguna vez	78,2	74,2	76,7		76,0
Tiempo desde la última prueba					
Más de un año	40,8	28,4	53,1	0,009	35,8
Un año o menos	59,2	71,6	46,9		64,2
Motivo de la prueba					
Práctica sexual no protegida	14,0	19,7	19,4	0,34	17,4
Otros motivos	86,0	80,3	80,6		82,6
Reactividad al VIH					
No reactivos	92,9	93,7	93,3	0,95	93,3
Reactivos VIH	7,1	6,3	6,7		6,7

p: nivel de significación para Chi cuadrado y test de Kruskal Wallis

Práctica sexual no protegida: realizada sin preservativo o con rotura de éste

Tabla 3. Características de los usuarios con prueba VIH reactiva

	VIH reactiva % n = 29	VIH no reactiva % n= 416	p
Edad Mediana	28,5 años	31,5 años	0,2
Lugar de la prueba			
Sauna A	41,4	38,4	0,9
Sauna B	48,3	51,2	
Sauna C	10,3	10,3	
País de nacimiento			
España	20,7	35,8	0,09
Otros	79,3	64,2	
Estudios			
No universitarios	69,0	68,7	0,9
Universitarios	31,0	31,3	
Trabajo sexual			
No	58,6	66,6	0,4
Sí	41,4	33,4	
Prueba VIH anterior			
Nunca realizada	20,7	22,3	0,8
Alguna vez	79,3	77,7	
Tiempo desde la última prueba			
Más de un año	56,5	35,1	0,4
Un año o menos	43,5	64,9	
Motivo de la prueba			
Práctica sexual no protegida	23,1	17,2	0,4
Otros motivos	76,9	82,8	

p: nivel de significación para Chi cuadrado y U de Mann-Whitney

Práctica sexual no protegida: realizada sin preservativo o con rotura de éste

Tabla 4. Variables asociadas a haberse realizado la prueba VIH en el último año

Edad	OR	IC 95%	OR a	IC 95%
>= 35 años	1		1	
< 35 años	2,47	1,54 - 3,98	2,36	1,15-4,83
País de nacimiento				
España	1			
Otros	1,92	1,20 - 3,08		
Estudios				
No universitarios	1			
Universitarios	1,43	0,87 - 2,33		
Trabajo sexual				
No	1			
Sí	1,99	1,21 - 3,27		
Motivo de la prueba				
Práctica sexual no protegida	1			
Otros motivos	1,27	0,69 - 2,31		
Reactividad VIH prueba actual				
Reactiva	1			
No reactiva	1,42	0,60 - 3,35		

Odds ratio ajustada por variables sociodemográficas, prácticas sexuales no protegidas (sin preservativo o con rotura de éste), haberse hecho la prueba VIH en alguna ocasión y presentar reactividad a VIH en la prueba actual.