



ORIGINAL

Infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales (III). Características de la sexualidad

J. López-Olmos

Ginecología, CE-Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 25 de octubre de 2010; aceptado el 8 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Infecciones vaginales;
Lesiones cervicales;
Sexualidad

Resumen

Objetivo: Estudiar las características de la sexualidad de una serie de pacientes: 399 con infecciones vaginales y 32 con lesiones celulares cervicales, diagnosticadas por la citología cervicovaginal, en 1 año.

Material y métodos: Se practicó entrevista personal preguntando sobre relaciones sexuales o no, y sus causas; deseo sexual, excitación, orgasmo, dispareunia, sequedad vaginal, frecuencia de coito, métodos anticonceptivos, coito anal y parejas múltiples simultáneas. Se comparan con un grupo control de 252 mujeres sin infecciones vaginales ni lesiones cervicales.

Resultados: El grupo infecciones y lesiones es más joven, con una media de 34 años, y con más nuligestas (33,25%), $p < 0,001$. El 60,23% no utiliza métodos anticonceptivos. Los más utilizados fueron: la píldora contraceptiva en el 14,31% y el preservativo en el 12,23%. En 70 casos (16,27%) no tienen relaciones sexuales por falta de pareja sexual actual. La frecuencia de coito es una vez por semana en el 20% de los casos. Características de la sexualidad: no deseo sexual en el 45,15%; no excitación en el 32,5%; no orgasmo en el 21,94% y dispareunia en el 43,88%, mayor que en el grupo control, $p < 0,001$. Practica coito anal el 15,83% y tiene parejas múltiples simultáneas el 2,5%. Según los tipos de infección, hay diferencias significativas en: no deseo sexual, más en vaginosis bacteriana, $p < 0,05$; no excitación, más con *Gardnerella vaginalis*, $p < 0,01$; dispareunia, más con *Candidas*, $p < 0,001$, con vaginosis bacteriana, $p < 0,001$, con antecedentes de virus del papiloma humano (VPH), $p < 0,01$, y con *Trichomonas vaginalis*, $p < 0,05$; coito anal, más en VPH, $p < 0,01$, y con lesiones celulares cervicales, $p < 0,05$.

Conclusiones: Las mujeres con infecciones vaginales y lesiones cervicales son más jóvenes, con menos embarazos a pesar de utilizar poca contracepción, tienen poca frecuencia coital y más dispareunia, de forma significativa. Practican el coito anal y tienen más parejas múltiples simultáneas.

El individuo es el responsable de su sexualidad, de su salud sexual y el que debe preocuparse de prevenir las ETS y el VIH, así como el cáncer de cérvix.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: jlopezo@sego.es

KEYWORDS

Vaginal infections;
Cervical lesions;
Sexuality

Vaginal infections and cervical cell lesions (III). Characteristics of sexuality**Abstract**

Objective: To study the characteristics of sexuality in a series of patients: 399 with vaginal infections and 32 with cervical cell lesions, diagnosed by cervicovaginal cytology during a 1-year period.

Material and methods: We performed personal interviews to inquire about the presence or absence of sexual intercourse and the reasons, sexual desire, arousal, orgasm, dyspareunia, vaginal dryness, the frequency of coitus, contraceptive methods, anal coitus and simultaneous multiple sexual partners. The 399 patients were compared with a control group of 252 women without vaginal infections or cervical lesions.

Results: The group with infections and lesions were younger, with a mean age of 34 years, and there were more nulligravidas (33.25%), $p < 0.001$. A total of 60.23% used no contraceptive method. The most commonly used methods were the pill in 14.31% and the condom in 12.23%. Seventy patients (16.27%) were not having intercourse due to lack of a sexual partner. The frequency of coitus was once a week in 20%.

The characteristics of sexuality were as follows: 45.15% had no sexual desire, 32.5% experienced no arousal, 21.94% had no orgasm, and 43.88% had dyspareunia. These percentages were higher than in the control group ($p < 0.001$). Anal intercourse was practiced by 15.83% and 2.5% had simultaneous multiple sexual partners.

The following significant differences were found according to infection types: absence of sexual desire was greater in bacterial vaginosis ($p < 0.05$), lack of arousal was greater in *Gardnerella vaginalis* ($p < 0.01$), and dyspareunia was greater in *Candidas* ($p < 0.001$), bacterial vaginosis ($p < 0.001$), in women with a history of human papilloma virus (HPV) ($p < 0.01$) and in *Trichomonas vaginalis* ($p < 0.05$). Anal intercourse was more frequent in women with HPV ($p < 0.01$) and those with cervical lesions ($p < 0.05$).

Conclusions: Women with vaginal infections and cervical cell lesions were younger, with fewer pregnancies despite low use of contraception, had low coital frequency and more dyspareunia. These women practiced anal coitus and more frequently had simultaneous multiple sexual partners.

Individuals are responsible for their sexuality and sexual health. Concern for sexually-transmitted diseases, HIV and cervical cancer should be universal.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Con la revolución sexual de los años sesenta del pasado siglo, la gente dejó la castidad, aumentaron las relaciones prematrimoniales y la búsqueda personal de la felicidad. Hubo cambios en las actitudes sobre la contracepción, el aborto, el divorcio, la homosexualidad, etc. Las leyes se fueron acomodando a la realidad de la vida de las personas. La mujer se ha hecho más liberal. Hay relación actitud-conducta. Probar el coito es predictor de conducta coital. La edad de inicio en el coito ha ido disminuyendo, de 20 a 16 años. El riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS) depende de la actividad sexual y del número de compañeros sexuales¹.

La adquisición de una ETS, gonorrea o sífilis, tiene implicaciones de adulterio en la pareja, y a veces se solicita el divorcio. También ocurre incluso con la infección por *Trichomonas vaginalis* (T), que crea tensión y dificultades.

Por otro lado, con problemas de salud o enfermedades, se experimentan dificultades sexuales y peor funcionamiento. Igual da si es con drogas o alcohol, cardiopatías, diabetes, cáncer de mama, operaciones o enfermedades psiquiátricas. Y también por los efectos sexuales de los medicamentos. Las

ETS en la sociedad moderna tienen importancia por su ubicuidad y consecuencias². Las infecciones vaginales causan angustia sexual y vergüenza.

Con candidiasis vaginales recalcitrantes hay que abstenerse de sexo vaginal y de sexo oral y sexo anal, por ser fuentes potenciales de reinfección. El varón, asintomático, es portador de microorganismos y debería buscar atención médica. La abstención temporal de coito sería recomendable para la recuperación y curación del tejido vaginal, del escorzo y el prurito.

Nosotros estudiamos la candidiasis vaginal anteriormente. Sabemos que se producen trastornos psicológicos, disfunciones sexuales y problemas de pareja. Con dosis única, el tratamiento cura en un 70%³. Las candidiasis vulvovaginales recidivantes tienen una curación clínica a los 6 meses, entre el 52 y el 91%, según el medicamento, y a 1 año, entre el 42 y el 64%⁴. La curación microbiológica osciló entre el 33 y el 50%. Por ello recomendamos la profilaxis al menos durante 1 año.

Hay asociación de ETS y estigma⁵. El estigma es: físico o interno (deformidad, marcas visibles); social o moral (normas sociales: bueno, malo) y tribal o de tribu (raza, nación, religión). En las ETS, es gente buena/mala, y gente a la que

hay que evitar. El estigma sexual es un constructo social, barrera que hay que derribar para mensajes de prevención e información de ETS, para ayudar al cuidado de la salud sexual. El individuo ha de tener habilidad para mantener su salud sexual con chequeos regulares y percepción de síntomas. Influyen factores sociales: estigma y vergüenza; poder, género, tener soporte social y la comunicación.

Las prostitutas y drogadictas pueden no buscar ayuda por miedo a persecución por su conducta ilícita. Las mujeres tienen más miedo y estigma, retrasan la búsqueda de ayuda, esto es importante para su salud y la de sus contactos. El alto nivel de estigma interno se asocia a no practicarse tests o tratamientos de ETS, y esto provoca infección más seria o complicaciones a largo plazo. Hay diagnósticos que producen daño a la autoestima. Hay drogadictas que no se practican la citología cervicovaginal. La buena chica necesita cribado de cáncer, la mala chica necesita cribado de ETS. Se necesitan programas de cribado, sin discriminación ni estigma, con educación sobre factores de riesgo y responsabilidad propia sobre su sexualidad, para la prevención de ETS.

En este trabajo no vamos a hablar de disfunciones sexuales y problemas de pareja por las ETS, sino del paso previo, en esta 3.ª parte del trabajo con la serie de infecciones y lesiones de 2009, vamos a mostrar cómo es la sexualidad de estas pacientes.

Material y métodos

Desde el 1 de septiembre de 2008, y a lo largo de todo el año 2009, en el CE de Monteolivete de Valencia, en la consulta de Ginecología del autor, hemos recogido todos los casos de infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales diagnosticadas por la citología cervicovaginal de Papanicolaou (que se han realizado en el Instituto Valenciano de Oncología). A todos ellos les hemos practicado un programa de cribado de otras infecciones y ETS simultáneas (1.ª parte del trabajo), hemos estudiado la estacionalidad y relación con las fases del ciclo menstrual (2.ª parte del trabajo), y mediante un cuestionario de conocimiento de ETS comparamos con un grupo control (4.ª parte del trabajo) y hacemos un estudio multivariante.

Este estudio (3.ª parte del trabajo) lo dedicamos íntegramente a estudiar la sexualidad de estas pacientes y sus características.

Hemos recogido los datos clínicos de: edad, gestaciones, partos y abortos; nuligestas, menopáusicas y edad media a la menopausia; número de extranjeras. Hemos preguntado sobre el estado civil, el nivel de estudios, el trabajo, los antecedentes medicoquirúrgicos y la actividad sexual, mediante entrevista personal. Con relaciones sexuales o no, y causas de abstinencia. Además de deseo sexual, excitación, orgasmo, dispareunia, sequedad vaginal, frecuencia de coito, métodos anticonceptivos, coito anal y parejas múltiples simultáneas. Y también, sobre el valor que se da a la sexualidad en el grupo control.

El grupo infecciones lo constituyen 399 casos; el grupo lesiones celulares cervicales son 32 casos. Los comparamos con un grupo control de 252 casos de mujeres sin infecciones vaginales ni lesiones cervicales (LC).

Tabla 1 Infecciones y lesiones cervicales

Infecciones	N	%
C	95	23,81
VB	234	58,65
<i>Gardnerella vaginalis</i>	14	3,51
C + VB	9	2,26
Tricomonas	9	2,26
VB + T	1	0,25
VPH	16	4,01
Antecedentes VPH	21	5,26
Total	399	100
Lesiones cervicales	N	%
ASCUS	7	21,88
AGUS	1	3,13
LSIL	22	68,75
HSIL	2	6,25
Total	32	100

En el estudio estadístico se calcula para los datos cuantitativos: rango, media y desvío estándar; y porcentajes para los datos cualitativos. Para la significación estadística se considera la $p < 0,05$, tanto al comparar los datos cuantitativos con la t de Student, como para los datos cualitativos con la χ^2 de Pearson.

Resultados

En la [tabla 1](#) se presenta la serie: infecciones vaginales: 399 casos. Las más frecuentes son vaginosis bacteriana (VB) en 234 casos (58,64%) y candidas (C) en 95 casos (23,80%). Las otras son: *Gardnerella vaginalis* (Gv), C + VB, *Tricomonas vaginalis* (T), VB + T (un caso, que excluimos de los cálculos comparativos), VPH (las que presentan infección actual) y A-VPH (antecedentes de VPH), las que tuvieron infección anteriormente. Las LC son 32 casos: 7 casos de atipias escamosas de significado incierto; 1 caso de atipias glandulares de significado incierto; 22 casos de lesiones escamosas de bajo grado (LSIL) y 2 casos de lesiones escamosas de alto grado (HSIL). Este grupo de lesiones lo consideramos en conjunto.

En la [tabla 2](#) presentamos los datos cuantitativos, en conjunto infecciones y lesiones, 430 casos; y la comparación con el grupo control de 252 casos.

Hay diferencias significativas en la edad ($p < 0,001$), mayor en el grupo control (en el grupo infecciones y lesiones es 34,31 años). Hay diferencias significativas en gestaciones, $p < 0,001$ en el grupo control, y también en la paridad, $p < 0,001$, en el grupo control. Hay mayor número de gestaciones y partos en el grupo control, al ser un grupo de mayor edad, media de 47,39 años. En abortos no hay diferencias significativas. Hay diferencias significativas en nuligestas, $p < 0,001$, lógicamente en el grupo infecciones y lesiones, 33,25% frente al 10,31%, ya que son más jóvenes. No hay diferencias significativas en menopáusicas.

En la [tabla 3](#) presentamos los métodos anticonceptivos del grupo estudio. En el grupo control no los consideramos. No utilizaban 256 casos (60,23%). Los más utilizados

Tabla 2 Datos cuantitativos. Comparativa grupo estudio/grupo control

Datos	Grupo estudio global (n = 430) ^a			Grupo estudio control (n = 252)			SE	
	Rango	Media	Desvío	Rango	Media	Desvío	t	p
Edad	16-63	34,31	9,04	26-79	47,39	9,29	18,16	< 0,001
Gestaciones	0-9	1,44	1,5	0-10	2,26	1,6	6,83	< 0,001
Partos	0-7	1,00	1,05	0-6	1,78	1,15	9,36	< 0,001
Abortos	0-5	0,43	0,83	0-8	0,48	0,99	0,79	NS
		N	%	N	%	χ^2		p
Nuligestas		143	33,25	26	10,31	44,77		< 0,001
Menopáusicas		51	11,86	43	17,06	3,6		NS

^a Se excluye el caso de VB + T.

fueron: la píldora contraceptiva en un 14,35% y el preservativo en un 12,23%. El dispositivo intrauterino en un 4% y la esterilización tubárica en un 3,76%. En el subgrupo VB había cuatro histerectomías (1,70%) y en el subgrupo C había una histerectomía (1,05%).

En la tabla 4 presentamos los casos de no relaciones sexuales y sus causas. En el grupo estudio son 70 casos (16,27%) y en el grupo control 50 casos (19,84%). No hay diferencias significativas globalmente.

En la tabla 5 se muestra la comparativa de ambos grupos. La causa más frecuente fue la falta de pareja actual, en ambos grupos, 60 casos (13,95%) y 24 casos (9,52%), respectivamente, pero sin diferencias significativas. Únicamente hubo diferencias significativas, en mujer separada, $p < 0,001$, más en el grupo control, y en mujer viuda, $p < 0,05$, más en el grupo control. En las demás categorías no hubo diferencias significativas.

En la tabla 6, se desarrolla la frecuencia de coito. En el grupo infecciones y lesiones, la frecuencia mayor es una vez a la semana (20%), mientras que es de 2 veces por semana (29,70%) en el grupo control.

En la tabla 7, se ve la comparativa de la frecuencia de coito. Hay diferencias significativas, $p < 0,05$ en la frecuencia diaria, más en el grupo infecciones y lesiones, y en la frecuencia de 3 coitos/semana, $p < 0,05$, también en el grupo infecciones y lesiones. En el resto de frecuencias no hay diferencias significativas.

En la tabla 8 presentamos la sexualidad y sus características en ambos grupos, excluyendo a las que no tienen relaciones sexuales. Así, en el grupo infecciones y lesiones, globalmente, hay: no deseo sexual en 164 casos (45,15%), no excitación en 117 casos (32,50%), no orgasmo en 79 casos (21,94%) y dispareunia en 158 casos (43,88%). En este grupo practican el coito anal 57 casos (15,83%) y tienen parejas múltiples 9 casos (2,5%).

En el grupo control, hay no deseo sexual en 97 casos (47,02%), no excitación en 67 casos (33,16%), no orgasmo en 40 casos (19,80%) y dispareunia en 53 casos (26,23%). Solo hubo diferencias significativas en dispareunia, $p < 0,001$, más en el grupo infecciones y lesiones. Preguntadas sobre el valor que le dan a su vida sexual, de 0 a 10 puntos, la media fue 6,49. Sequedad vaginal presentaban 95 casos (37,69%).

En la tabla 9 presentamos la sexualidad del grupo estudio en sus subgrupos de infecciones y lesiones, y la comparativa

con el grupo control. Comparamos todos los subgrupos entre sí, y con el grupo control.

En no relaciones sexuales, todas las comparaciones entre grupos son no significativas.

En no deseo sexual, comparaciones no significativas entre todos los grupos, excepto:

- VB/VPH, $p < 0,02$.
- VB/A-VPH, $p < 0,001$.
- VB/LC, $p < 0,01$, más en VB
- Gv/VPH, $p < 0,05$
- Gv/LC, $p < 0,05$, más en Gv.

- Control/VPH, $p < 0,05$.
- Control/LC, $p < 0,02$, más en control.

En no excitación, comparaciones no significativas entre todos los grupos, excepto:

- C/Gv, $p < 0,01$.
- VB/Gv, $p < 0,05$, más en Gv.
- VB/LC, $p < 0,02$, más en VB.
- Control/Gv, $p < 0,01$.
- Gv/VB + C, $p < 0,01$.
- Gv/VPH, $p < 0,001$.
- Gv/A-VPH, $p < 0,02$.
- Gv/LC, $p < 0,01$, más en Gv.

En no orgasmo, comparaciones no significativas entre todos los grupos.

En dispareunia, comparaciones no significativas entre todos los grupos, excepto:

- Control/C, $p < 0,01$, más en control.
- C/LC, $p < 0,05$, más en C.
- Control/VB, $p < 0,001$, más en VB.
- Control/T, $p < 0,05$, más en T.
- Control/A-VPH, $p < 0,05$, más en A-VPH.

En parejas múltiples, no significativo en todas las comparaciones. En coito anal, no significativo en todas las comparaciones, excepto en:

- C/VPH, $p < 0,01$.
- VB/VPH, $p < 0,001$, más en VPH.

Tabla 3a Métodos anticonceptivos. Grupos estudio

Método anticonceptivo	VB = 234		C = 95		Gv = 14		T = 9		C + VB = 9		VPM = 16		A-VPH = 21		LC = 32	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	158	67,52	54	56,84	8	57,14	8	88,89	6	66,67	4	25,00	9	42,86	9	28,13
Preservativo	15	6,41	17	17,89	1	7,14	1	11,11	1	11,11	7	43,75	4	19,05	6	18,75
Píldora	29	12,39	12	12,63	2	14,29	-	-	-	-	2	12,50	4	19,05	12	37,50
Anillo vaginal	4	1,71	1	1,05	-	-	-	-	1	11,11	1	6,25	2	9,52	-	-
Parche	1	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9,52	-	-
Inyectable	2	0,85	2	2,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,13
Implante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,13
DIU	10	4,27	2	2,11	-	-	-	-	1	11,11	1	6,25	-	-	3	9,38
Essure	1	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ET	9	3,85	4	4,21	2	14,29	-	-	-	-	1	6,25	-	-	-	-
Vasectomía	1	0,43	2	2,11	1	7,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Histerectomías ^a	4	1,709	1	1,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^a Se excluye el caso VB+T.

Tabla 3b Métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Total	%
No	256	60,24
Preservativo	52	12,24
Píldora	61	14,35
Anillo vaginal	9	2,12
Parche	3	0,71
Inyectable	5	1,18
Implante	1	0,24
DIU	17	4,00
Essure	1	0,24
ET	16	3,76
Vasectomía	4	0,94
Total	425	100

- VB/LC, $p < 0,05$, más en LC.
- Gv/VPH, $p < 0,01$, más en VPH.
- Gv/LC, $p < 0,05$, más en LC.
- VPH/A-VPH, $p < 0,05$, más en VPH.

Como resumen de los resultados destacaremos:

- Las infecciones vaginales y LC se dan en mujeres más jóvenes, con una media 34 años.
- La paridad es baja, media 1 hijo; y el 33% corresponde a nuligestas.
- El 60% no utiliza métodos anticonceptivos. Los más usados son: la píldora (14,35%) y el preservativo (12,33%).
- En 16,27%, no tienen relaciones sexuales; por falta de pareja actual en el 13,95% de los casos.
- La frecuencia de coito más importante es una vez a la semana en 20%.
- Hay diferencias significativas en los parámetros sexuales:
 - o No deseo sexual, más en VB, $p < 0,05$.
 - o No excitación, más en Gv, $p < 0,01$.
 - o No orgasmo, no hay diferencias significativas entre grupos.
 - o Dispareunia, más en C, $p < 0,001$; en VB, $p < 0,001$; en A-VPH, $p < 0,01$; y en T, $p < 0,05$.
 - o En parejas múltiples, no hay diferencias significativas entre grupos.
 - o En coito anal, más en VPH ($p < 0,01$) y en LC ($p < 0,05$).

Discusión

Las ETS pueden estudiarse con cuestionarios y/o entrevistas en la clínica. En una clínica de Londres de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), ven la conducta sexual, el uso de condón y las tasas de ETS⁶ en 172 pacientes de 19-66 años (media 35 años). El 98% de mujeres tenía una pareja sexual o no sexo en los 3 meses anteriores. El 57% de hombres homosexuales tenía 2 o más parejas. El 28% de mujeres, el 53% de hombres heterosexuales y el 29% de hombres homosexuales usaban condón para sexo vaginal o anal. El diagnóstico de ETS fue positivo en el 17,5% de mujeres, el 20% de hombres heterosexuales y el 49% de hombres homosexuales. Hubo infección por tricomonas en un 7,5%, vaginosis bacteriana en un 49% y candidas en un 25%. En hombres

Tabla 4a Grupo estudio. No relaciones sexuales. Razones

Causa	C	VB	Gv	C + VB	T	VPH	A-VPH	LC	Total = 430	%
No pareja actual	11	39	2	1	2	1	2	2	60	13,95
Separada	1	1	-	-	-	-	-	-	2	0,47
Viuda	1	2	-	-	-	-	-	-	3	0,70
Desde parto	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,23
Pareja disfunción eréctil	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0,23
Marido no en el país	-	2	-	-	-	-	-	-	2	0,47
Pareja candidiasis	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0,23
Total	13	46	2	1	3	1	2	2	70	-
%	13,68	19,65	14,28	11,11	33,33	6,25	9,52	6,25	16,27	-

homosexuales se registró un 12% de gonorrea y un 13% de sífilis. Se necesita sexo seguro y cribado de ETS en las personas VIH⁺.

En trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña, en 2005⁷, con cuestionario anónimo, se estudian las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por VIH y ETS (clamidia y gonorrea), en 400 mujeres. El 10,8% son españolas, el 30,7% latinoamericanas, el 32,5% del este de Europa y el 26% africanas. El 95,5% usa condón con el cliente y el 12,4% con sus parejas estables. Tenía VIH el 1,8%, clamidia en 5,5% y gonorrea en 0,5%. Las españolas tenían mayor prevalencia de VIH y mayor consumo de drogas. Se necesita el uso del condón con clientes y pareja estable. Hay poco conocimiento y uso del preservativo femenino.

Se estudió la eficacia de la intervención para reducir las ETS y estimular conductas de prevención de ETS-VIH mediante un programa, en 2000-2004⁸, con 715 adolescentes afroamericanas de 15-21 años (media: 17,8 años). Se preparó una intervención en 348 casos y control en 367 casos. Se practicó una entrevista y en el grupo intervención, una sesión de grupo de 4 h y 4 contactos telefónicos a lo largo de 12 meses. Hubo mayor uso de condón en los 60 días antes de la visita de seguimiento y menor frecuencia de duchas vaginales ($p < 0,001$), ambos hechos en el grupo intervención. La intervención influye en los mediadores psicosociales y en conductas preventivas. Por ejemplo, informar a sus parejas sexuales de ETS y pedir que busquen tratamiento. Hay que eliminar la disparidad racial en ETS y VIH.

En Japón, en los años noventa aumentaron las ETS. En un estudio de 1999 vieron la conducta sexual de las mujeres⁹: 145 casos de 9 clínicas de ETS y 956 controles, de 18-50 años. Los resultados: eran jóvenes (*odd ratio* [OR]=0,94); no casadas (OR=4,11); con parejas múltiples en el año anterior (OR=3,09); mantuvieron sexo vaginal no protegido con pareja regular (OR=3,59); realizaron su primer coito a edad joven (OR=1,77); mantienen sexo vaginal y oral no protegido con pareja casual (OR=2,08). En conclusión, era prevalente no sólo múltiples parejas o sexo no protegido con pareja casual, sino también sexo vaginal no protegido con pareja regular. Igual con ETS y sin ella, o con historia de ETS o no. Este patrón de conducta es predictivo de ETS y de que aumenten los casos.

Ahora, como modelo de ETS, por su frecuencia e importancia, y relación con el cáncer de cérvix, vamos a estudiar los VPH.

El VPH es frecuente en la adolescencia. El riesgo de adquisición en vida es del 79%, que puede ser por contacto piel a piel y sexual, y también por los dedos o juguetes sexuales o tampones. La madre lo puede transmitir al neonato. El cérvix de la adolescente es más inmaduro y por la ectopia tiene más riesgo. El coito precoz y el aumento del número de parejas, el alcohol y las drogas, otras ETS (clamidia, virus del herpes simplex) y el condón que no protege totalmente el área genital de virus son los factores de riesgo¹⁰. Es asintomática, y en un 90% de los casos se aclaran las infecciones por el sistema inmune. La prevención consiste en retrasar el coito, mantener relaciones mutuamente monógamas, sexo selectivo antes que sexo seguro, usar condón, no consumir alcohol o tabaco y ponerse vacunas.

La infección vulvovaginal precede a la infección cervical. Hay más diagnóstico en vulva y vagina que en cérvix (OR=4,38). Y hay más serotipos de bajo riesgo en vagina, que la infectan preferentemente. Luego el virus emigra al cérvix, por el coito y los tampones¹¹. En un estudio en 2000-2007, con 250 mujeres de 18 a 22 años, con 3 exámenes/año en vagina y cérvix, y viendo VPH por reacción en cadena de la polimerasa (RCP), hubo 299 tipos específicos de infección por VPH en 84 mujeres. La media de tipos por mujer fue de 3,6. En 167 (56,4%), hubo infección en cérvix y vulvovaginal; en 105 (35,5%), infección en vulva y vagina, y en 24 (8,2%), infección en cérvix.

Los autores de un trabajo de 2006-2007¹², con 340 adolescentes, señalan que la infección por VPH es una amenaza real para las adolescentes. En 192, por colposcopia había lesiones de VPH. En 117 biopsias (60,9%) hubo diagnóstico histológico de VPH. El 70,3% mantuvo relaciones sexuales

Tabla 4b Grupo control. No relaciones sexuales. Razones

Causa	N	%
No pareja actual	24	9,52
Separada	10	3,96
Viuda	7	2,77
Pareja disfunción eréctil	2	0,79
Marido no en el país	3	1,19
Marido cáncer	1	0,39
Marido broncopata	1	0,39
Marido demencia	1	0,39
Muerte hijo	1	0,39
Total	50	19,84

Tabla 5 No relaciones sexuales. Comparativa grupos

Causa	Grupo estudio		Grupo estudio		SE	
	n = 430	%	n = 252	%	χ^2	%
No pareja actual	60	13,95	24	9,52	2,87	NS
Separada	2	0,47	10	3,97	11,27	< 0,001
Viuda	3	0,70	7	2,78	4,74	< 0,05
Desde parto	1	0,23	-	-	0,60	NS
Pareja disfunción eréctil	1	0,23	2	0,79	1,14	NS
Marido no en el país	2	0,47	3	1,19	1,15	NS
Pareja candidiasis	1	0,23	-	-	0,60	NS
Marido cáncer	-	-	1	0,40	1,81	NS
Marido broncópata	-	-	1	0,40	1,81	NS
Marido demencia	-	-	1	0,40	1,81	NS
Muerte hijo	-	-	1	0,40	1,81	NS

antes de los 17 años. El 55,89% tenía más de dos parejas sexuales. El 57,2%, al menos un aborto. El 90,72% no usa anti-concepción (condón) o poco. El 35,9% usa la píldora. Fuma el 33%. Hay una elevada incidencia de la infección.

En España, a partir de 6 comunidades autónomas, y extrapolando a la población general, se estima una tasa de VPH de 118/100.000 habitantes (100 en mujeres y 137 en hombres)¹³. Se hacen 7.600.000 citologías y se estiman diagnósticos de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de 40.530 CIN I, 26.243 CIN II y 28.423 CIN III. Y las verrugas genitales son 56.400/año, siendo el 55% en hombres. Las lesiones por infección por VPH tienen gran morbilidad en España.

La conciencia, el conocimiento y las creencias sobre VPH en una muestra adulta racial diversa se estudian en 2007, con 124 estudiantes universitarios de 18-26 años (media: 19,03 años)¹⁴. El 52,64% correspondía a mujeres; el 57% personas de raza negra y el 32% de raza blanca. Más del 75% (78%) había oído hablar de VPH, que es un conocimiento relativamente alto. La mujer tiene más conciencia y conocimiento que el hombre: 94 versus 62%, ($p < 0,001$). Hay una alta percepción de riesgo en la actividad sexual y en las que tienen parejas sexuales múltiples. Los jóvenes, los hombres y los de menor conocimiento del VPH son los que sienten más vergüenza si se les diagnostica VPH. Las negras y sexualmente activas tienen más interés en educación en VPH. En mujeres (65%) existe gran interés en la vacunación en las sexualmente activas, con parejas sexuales múltiples y si se sienten vulnerables al VPH. En conclusión: la conciencia de VPH aumenta, a pesar de ideas equivocadas que permanecen. Se necesita promover la conciencia sobre el VPH, vacunas del VPH y la importancia del cribado de cáncer de cérvix. El conocimiento es un predictor de conducta sexual protectora.

Se comparó el conocimiento de VPH y ETS en mujeres australianas de diferente orientación sexual, en un estudio¹⁵ en 2007, con 349 mujeres, mediante un cuestionario de 37 ítems. Trescientas nueve eran activas sexualmente: 147 (47,6%) con compañeros de ambos sexos; 83 (26,9%) sólo con hombres y 79 (25,5%) sólo con mujeres. El 68% tenía VPH. El 44% no sabe cómo se transmite el VPH. La mayoría de mujeres tiene factores de riesgo y baja percepción del riesgo. Hay que informar a las mujeres sobre el VPH. La falta de conocimiento del VPH influye en la aceptabilidad de la vacuna.

Hay que considerar el género del compañero sexual antes que la propia identidad.

La infección por VPH en parejas recientes se estudió en 2005¹⁶. En 263 parejas, de 18-24 años, con sexo de media 3,9 meses antes. Con cuestionarios sexuales y toma de auto-muestras de vagina y médicas de pene (glande y meato) y escroto, para 36 genotipos de VPH por RCP. La media de edad en mujeres fue 21,2 años; la media de edad en hombres fue 22,7 años. Eran heterosexuales el 86% de mujeres y el 97% de hombres. Hubo VPH en un 64% (169/263) de las mujeres y en un 41% (109/263) de los hombres, ambos tenían el mismo tipo de VPH. La detección del mismo tipo en los que inician sexo es raro, dadas las tasas de prevalencia tipo específico. El alto grado de concordancia sugiere alta probabilidad de transmisión.

Se estudió la infección por VPH, tipos oncogénicos, en las indias americanas de las llanuras del norte¹⁷. El cáncer de cérvix tiene alta incidencia en estas mujeres. En 287 mujeres de 18-75 años, media de edad 29,6 años, se vio VPH-ADN por RCP para 27 tipos de alto riesgo (AR) y bajo riesgo. Hubo 61 (21,25%) con VPH⁺ y 49 (67,2%) con VPH⁻AR, y en un 41% con múltiples genotipos. En 20 (48,7%) VPH 16 y 18, y en 21 (51,3%), otros tipos como 59, 39 y 73. La infección por VPH tiene correlación inversa con la edad, $p < 0,05$. Y no hay correlación en la variación estacional. Hay gran prevalencia de VPH en las indias y gran proporción de VPH oncogénico, otros que 16 y 18. Hay falta de cribado en esta población para cáncer de cérvix.

En otro estudio en China, en 2001-2002, en 8.798 mujeres de 35-50 años (media: 40 años)¹⁸ se vio una prevalencia del 23,6% para la infección por VPH con tipos oncogénicos. Hubo un 2,4% de CIN III (2,1%) y cáncer de cérvix (0,3%) en la China rural, en dos zonas con mortalidad por cáncer de cérvix, mayor de 52/100.000 habitantes. Se necesita intervención de salud pública y estrategias de control para mejorar la salud reproductiva de estas mujeres. El 25% de las mujeres tenía parejas múltiples, este factor tiene un gran papel en la transmisión.

En Estados Unidos existe un programa para reducir la morbimortalidad por cáncer de cérvix, con vigilancia y control, mediante test de Papanicolaou, y test de VPH, más la vacuna¹⁹. Hay que identificar la población de riesgo, indicar cambios de conducta, conducta protectora y desalentar la

Tabla 6a Frecuencia de coito. Grupo infecciones y lesiones

Frecuencia	VB = 234		C = 95		GV = 14		T = 9		C + VB = 9		VPM = 16		A-VPH = 21		LC = 32		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N = 430	%
Diaria	7	2,99	3	3,16	1	7,14	-	-	-	-	3	18,75	1	4,76	1	3,13	16	4,44
Días alternos	9	3,85	1	1,05	-	-	-	-	-	-	2	12,50	-	-	2	6,25	14	3,89
1/sem	41	17,52	20	21,05	3	21,43	2	22,22	3	33,33	2	12,50	5	23,81	10	31,25	86	23,89
2/sem	42	17,95	22	23,16	1	7,14	1	11,11	2	22,22	3	18,75	3	14,29	7	21,88	81	22,50
3/sem	32	13,68	7	7,37	2	14,29	-	-	1	11,11	3	18,75	6	28,57	3	9,38	54	15,00
4/sem	3	1,28	3	3,16	2	14,29	1	11,11	1	11,11	-	-	1	4,76	3	9,38	14	3,89
5/sem	1	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,28
1/15 días	30	12,82	13	13,68	2	14,29	2	22,22	1	11,11	2	12,50	3	14,29	3	9,38	56	15,56
1/mes	15	6,41	10	10,53	1	7,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	7,22
1/3 meses	2	0,85	3	3,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,13	6	1,67
1/6 meses	1	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,28
No	46	19,66	13	13,68	2	14,29	3	33,33	1	11,11	1	6,25	2	9,52	2	6,25	70	19,44

conducta de riesgo. Para la prevención de la infección por VPH se debe aplicar la vacuna. Para la exposición al VPH se debe hablar de conducta sexual. Para la detección de la infección y su persistencia se utiliza la citología y el test VPH-ADN. El diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer se realiza mediante colposcopia y biopsia. El tratamiento: la excisión, conización, histerectomía, radioterapia, quimioterapia, etc.

Ahora vamos a repasar formas de conducta sexual: sexo no coital, sexo oral y sexo anal.

En adolescentes, se mantiene una conducta sexual no coital (muchos americanos no lo consideran sexo), con sexo oral y sexo anal. Con cuestionarios y entrevista, en 2.271 adolescentes de 15-19 años, en 2002²⁰. El 54% de mujeres y el 55% de hombres practicaba sexo oral y 1 de cada 10, sexo anal. Las jóvenes blancas y de alto nivel socioeconómico practican más el sexo oral y anal. Hay que educar en conductas no coitales y de riesgo de ETS, porque ambas van juntas, la coital y no coital; en número de parejas, tipo de pareja y uso de barreras. Con sexo oral y vaginal, hay más parejas múltiples, en 38% con 4 o más. El sexo oral es más frecuente que el vaginal (50%); el sexo anal (10%) es más tabú.

La infección oral por VPH causa cáncer de orofaringe, con el VPH 16. En un estudio en 2000-2006, con personas de 25 a 87 años (media: 57 años), y el 76% de hombres²¹, el VPH fue positivo en un 4,8% de 332 controles (aumentó con aumento de parejas orales o vaginales) y en un 2,9% de 210 hombres de 18-23 años, estudiantes universitarios (aumentó con aumento de parejas sexuales recientes o con parejas con las que tienen beso de lengua, pero no con parejas de sexo vaginal). El sexo oral y el beso de lengua se asocian con infección oral de VPH.

Se estudió el sexo anal en heterosexuales en 2001-2004, en 1.084 personas (con un 57,7% de hombres) de 18-26 años en 3 clínicas de ETS²². En 400 personas: el 37% mantenía sexo anal siempre; en 266, el 28,9% realizaba sexo anal con una de las tres últimas parejas y el 19% con la última pareja. El uso de condón: el 26% en la mujer y el 45% en el hombre. En la mujer, el sexo anal se asoció a: sexo en el primer día con la pareja (OR = 3,9); recibe dinero por sexo (OR = 2,8) y tiene más de 3 parejas sexuales (OR = 2,8). Sexo a 1 semana de la cita (OR = 2,4); creyendo en parejas concurrentes (OR = 1,9) y con el uso de juguetes sexuales (OR = 5,7). En el hombre, el sexo anal se asoció a: con última pareja y uso de juguetes

Tabla 6b Grupo control. Frecuencia de coito

Frecuencia	Total	%
Diaria	2	1,00
Días alternos	4	1,99
1/sem	52	25,87
2/sem	60	29,85
3/sem	18	8,96
4/sem	5	2,49
1/15 días	32	15,92
1/mes	22	10,95
1/3 meses	3	1,49
1/6 meses	3	1,49
Total	201	100,00

Tabla 7 Frecuencia de coito. Comparativa grupos

Frecuencia	Grupo estudio		Grupo control		SE	
	N	%	N	%	N	%
Diaria	16	4,44	2	0,99	4,95	< 0,05
Días alternos	14	3,89	4	1,98	1,49	NS
1/sem	86	23,89	52	25,74	0,22	NS
2/sem	81	22,50	60	29,70	3,56	NS
3/sem	54	15,00	18	8,91	4,27	< 0,05
4/sem	14	3,89	5	2,48	0,77	NS
5/sem	1	0,28	-	-	0,55	NS
1/15 días	56	15,56	32	15,84	0,01	NS
1/mes	26	7,22	22	10,89	2,21	NS
1/3 meses	6	1,67	3	1,49	0,03	NS
1/6 meses	1	0,28	3	1,49	2,69	NS

Tabla 8a Sexualidad. Comparativa grupos

	Grupo estudio		Grupo control		SE
	N	%	N	%	N
No relaciones sexuales	70	16,28	50	19,84	
Sequedad vaginal	-	-	95	37,70	
No deseo sexual	164	45,56	97	48,02	NS
No excitación	117	32,50	67	33,17	NS
No orgasmo	79	21,94	40	19,80	NS
Dispareunia	158	43,89	53	26,24	$\chi^2 = 17,16; p < 0,001$
Coito anal	57	15,83	-	-	
Parejas múltiples	9	2,50	-	-	

sexuales (OR = 5,6); y con parejas concurrentes (OR = 2,2). Y sexo en el mismo día con la pareja (OR = 2). Las ETS prevalentes sí se asocian a sexo anal y es factor de riesgo para la infección por VIH. Quien realiza sexo anal tiene un gran repertorio sexual.

Se realizó otro estudio de sexo anal, en heterosexuales, para ver los factores de riesgo y el uso del condón²³, en 3 clínicas de ETS, con 2.357 personas. El 18,3% tenía sexo anal. Se asoció a: más de 3 actos sexuales, 2 o más parejas y sexo vaginal no protegido. A los 3 meses, lo practicaba el 22,4% y a 1 año, el 39,3%. En los últimos 3 meses, con sexo anal, el 27,3% usaba condón y el 63% nunca usó condón. Usar condón con el sexo anal se asocia a usar condón con el sexo vaginal, a 2 o más parejas y a sexo anal con pareja nueva o casual. En conclusión: sí se hace sexo anal, pero casi nunca con condón. Y hay otras conductas de riesgo, para otras ETS y VIH. Por eso se debe recomendar siempre el condón. El uso del sexo anal ha aumentado en la población actualmente. En Gran Bretaña, comparando 1990 y 2000, en la mujer pasó del 6,5 al 11,3%, y en el hombre, del 7 al 12,3%. El riesgo de contagio del VIH con el sexo anal es 20-500 veces más que en el sexo vaginal.

Otros aspectos estudiados: abuso sexual e intoxicación alcohólica, población psiquiátrica, papel de la pareja para aceptar anticonceptivos o violencia de la pareja.

Se estudió la historia de abuso sexual y la intoxicación alcohólica en relación con los riesgos sexuales²⁴ en 64 casos. No abuso sexual, en 25; abuso sexual en la infancia en 31, y abuso sexual de adulto en 8 casos. Con abuso sexual en la infancia, hay menor uso de condón y mayor uso de coito no

protegido. Hay mayor sexo oral no protegido y menor uso de condón. Y hay mayor riesgo de ETS. El 22% de mujeres en Estados Unidos ha sufrido abuso sexual en la infancia. La mujer intoxicada alcohólicamente tiene mayor excitación sexual, humor positivo y sexo de riesgo.

El 3% de americanas tiene enfermedad mental, persistente y severa. Se vio el riesgo de ETS en clínica psiquiátrica externa²⁵, en 2003-2004, en 400 personas de 19 a 60 años, 189 mujeres y 211 hombres (media de edad: 40 años). El 65% era de raza negra y el 56,8% correspondía a personas nunca casadas. Había gonorrea en un 1%, clamidia en un 3,3%, tricomonas en un 15,7% e infección por VIH en un 8%. La historia sexual es importante en las enfermas mentales, hay que hacer estudios de ETS y educación preventiva. El factor más importante en la mujer es el cambio de sexo por drogas.

Se estudia el uso de microbicidas para reducir la transmisión sexual del VIH y otras ETS, en aplicación local. La aceptabilidad depende de negociación en las relaciones, poder y comunicación en la pareja, para el uso de condón o de anticonceptivos. Se comparó condón y gel de placebo durante 4 semanas de uso en 4 países de África, en 45 parejas²⁶. El hombre tiene gran influencia en determinar

Tabla 8b Valor sexualidad. Grupo control

Rango	0-10
Media	6,49
Desvío	2,14

Tabla 9 Comparativa grupos

	Grupo control		VB = 234		C = 95		Gv = 14		T = 9		C + VB = 9		VPM = 16		A-VPH = 21		LC = 32	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No RS	50	19,841	44	18,80	13	13,68	2	14,29	3	33,33	1	11,11	1	6,25	1	4,76	2	6,25
Sequedad vaginal	95	37,698	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No deseo sexual	97	48,02	98	51,58	35	42,68	7	58,33	3	50,00	3	37,50	3	20,00	8	40,00	7	23,33
No excitación	67	33,168	68	35,79	24	29,27	8	66,67	3	50,00	1	12,50	2	13,33	6	30,00	5	16,67
No orgasmo	40	19,802	44	23,16	19	23,17	4	33,33	1	16,67	1	12,50	1	6,67	4	20,00	5	16,67
Dispareunia	53	26,238	86	45,26	37	45,12	4	33,33	4	66,67	3	37,50	4	26,67	10	50,00	10	33,33
Coito anal	-	-	23	12,11	13	15,85	0	0,00	1	16,67	2	25,00	7	46,67	3	15,00	8	26,67
Parejas múltiples	-	-	3	1,58	4	4,88	1	8,33	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00

cuándo y cómo se usa el uso de condón y microbicidas, en compleja negociación diádica, el uso es individual y depende de la dinámica de la pareja y del contexto social. Hay necesidad de la pareja para la intervención, mejor si el hombre se involucra.

La mujer ha de pedir permiso para el uso; el hombre lo quiere. Tiene miedo a la violencia de la pareja, si no le da permiso y lo descubre. Se nota la diferencia en la penetración con el gel. Hay que indicarle las ventajas del uso. El hombre tiene resistencia para el control y para tener más conocimiento. La mujer ha de hacer persuasión. El hombre quiere dominar en términos de tomar decisiones. Si el gel aumenta el placer sexual del hombre, éste quiere que lo use. Los condones, si no quiere, es porque piensa en promiscuidad e infidelidad. El gel es cuerpo y lo acepta; el condón, no. Las mujeres dudan de fidelidad o de estado de salud del hombre, el hombre no es honesto. El hombre asocia gel o condones con promiscuidad; el condón como una barrera a la responsabilidad y comunicación. Hay mucho que hacer aquí en las relaciones de poder en la pareja, para aceptabilidad y uso de anticonceptivos.

La violencia y otros factores en relación con la pareja íntima se asocian a ETS y a conductas sexuales de riesgo. En un estudio²⁷ con 848 mujeres afroamericanas de 18 a 29 años (media: 22,04 años), en 2002-2006, se hizo una entrevista de 40 min y se tomaron dos muestras vaginales para ETS: gonorrea y clamidia, y *Tricomonas*. El 35,6% tenía pareja sexual de riesgo; el 65,4% no usaba el condón de forma constante y el 17% tenía ETS. Con pareja violenta, hay más parejas de riesgo (OR = 2); un uso no constante de condón (OR = 1,6) y test positivo de ETS (OR = 1,46). Hay necesidad de combinar la prevención de la violencia de la pareja y la prevención de ETS-VIH.

Las mujeres afroamericanas tienen 23 veces más de síndrome de la inmunodeficiencia humana (sida), más riesgo de ETS y VIH; gonorrea 19 veces más y clamidia 7,5 veces más que las blancas. Los factores son: violencia física, sexual o psicológica. La obliga a sexo o le pega: pincha, empuja, golpea, hiere físicamente. Es pareja con otras parejas sexuales, tiene historia de ETS o uso de drogas intravenosas o sale de la cárcel. Los mecanismos son: miedo al abuso, toma la peor decisión sexual, tiene baja autoestima, tiene falta de control, abuso de sustancias y es débil psicológicamente. Las necesidades de la mujer son: la toma de decisiones, la dinámica de la relación, en comunicar y negociar el uso de condones y anticonceptivos, y no participar en conductas de AR.

Ahora comentaremos el manejo de las alteraciones citológicas por el VPH y el cribado del precáncer y cáncer de cérvix.

Las adolescentes de 15-19 años, con el coito adquieren el VPH en 2-3 años por las conductas de riesgo (parejas sexuales, no condón, otras ETS) o por vulnerabilidad. Las tasas son 17% a 1 año, 35,7% a 3 años²⁸. En el cérvix, con áreas inmaduras (metaplasma, ectopia) se produce la replicación del virus que el tabaco acelera, y se producen lesiones de LSIL. El 90% de VPH y de SIL regresa en 3 años. Pero en el 0,7% de citologías hay HSIL. El inicio del cribado debe ser, por estas características, a los 3 años del primer coito o a los 21 años. No se recomienda VPH-ADN en la adolescencia. Se recomienda la observación, de entrada, e informar de

la posible progresión. La prevención se realiza mediante las vacunas.

Hay asociación de VPH y displasia cervical, y hay relación de VIH y VPH en citología y en biopsia. La mujer con VIH necesita seguimiento. Con VPH pedir VIH y viceversa²⁹.

Un aspecto a tener en cuenta es la mujer inmigrante. En Roma, hay un programa para prevenir el cáncer de cérvix en inmigrantes³⁰. Hay un cuestionario en su propia lengua, con traductor, y se hace citología y test de VPH. El cáncer de cérvix tiene una prevalencia de 3,8/100.000 habitantes en Finlandia, por ejemplo, pero de 30/100.000 habitantes en Sudáfrica. Las inmigrantes necesitan atención, pues en los países menos desarrollados la salud empeora, mientras que en Occidente la salud ha mejorado. La gente inmigrante incluye: refugiadas, gente interna desplazada, migrantes rural-urbano, comerciantes, estudiantes, trabajadores estacionales, inmigrantes clandestinos, etc. Las mujeres sufren explotación en el trabajo, menor remuneración, acoso y abuso sexual, además que tienen menos acceso a servicios ginecológicos, y se realizan menos citologías, aunque de éstas el resultado es positivo con más frecuencia. Estilo de vida es: conducta sexual, n.º de parejas, fumar, dieta pobre, etc. Condiciones de vida se refiere a: pobreza, si está refugiada, ser prostituta, etc. Necesitan servicios de prevención, donde no haya discriminación.

La vacunación del VPH es la prevención primaria, es eficaz y segura contra el cáncer de cérvix, y con ella habrá menor número de resultados de citología anormales³¹. La prueba de VPH-ADN es muy sensible, y en mayores de 30 años muy específica. Aun con la vacunación, habrá que mantener el cribado. La vacunación, en salud pública, es una intervención muy eficiente, desde el punto de vista coste/beneficio.

Para el siglo^{xxi} hay nuevas propuestas para el cribado³², que distinguen las mujeres no vacunadas de las vacunadas (el futuro), que tendrán eficacia protectora de por vida. El problema es el desconocimiento sexo-VPH y VPH-cáncer de cérvix. La mujer sufre ansiedad ante las ETS, con la implicación que conlleva en la fidelidad y en la confianza en las relaciones de pareja. Se necesita la implicación de los médicos para mantener el cumplimiento del cribado.

Hemos visto el estudio de ETS con cuestionarios y/o entrevistas personales, la utilización de pruebas diagnósticas, la citología cervicovaginal, el test de VPH-ADN, etc. El modelo de ETS con el VPH, por su relación con el cáncer de cérvix, y por la conducta sexual: sexo oral, sexo vaginal, sexo anal, parejas sexuales, problemática de estas parejas; alcohólicas, problemas mentales, violentas, abusadoras, etc. Un capítulo especial para las mujeres inmigrantes.

Y ahora, finalmente, veremos los hallazgos de nuestro trabajo sobre la sexualidad de estas pacientes. Una serie de 399 casos de infecciones vaginales (el 58,64% por VB y el 23,80% por C) y 32 lesiones cervicales. Los casos de VPH actual corresponden al 4,01% y de antecedentes de VPH, al 5,26%. Se comparan con un grupo control de 252 casos de mujeres sin infecciones ni lesiones cervicales. Los resultados:

- El grupo estudio (infecciones y lesiones) es más joven, con una media de edad de 34 años, y tiene más nuligestas.
- El 60,23% no utiliza anticoncepción. Lo más utilizado es la píldora (14,35%) y el preservativo (12,23%).

- En 70 casos no tienen relaciones sexuales (16,27%) por falta de pareja sexual.
- Frecuencia de coito: una vez por semana en el 20% de los casos.
- Las características de la sexualidad: no deseo sexual en el 45,15% de los casos; no excitación en el 32,5%; no orgasmo en el 21,94% y dispareunia en el 43,88%. No hay diferencias significativas con el grupo control, excepto en dispareunia ($p < 0,001$), que es mayor.
- Practican coito anal el 15,83% de los casos.
- Tiene parejas múltiples simultáneas el 2,5%.
- Según los tipos de infección, hay diferencias significativas en:
 - No deseo sexual, más en VB ($p < 0,05$).
 - No excitación, más en Gv ($p < 0,01$).
 - Dispareunia, más en C, $p < 0,001$.
 - En VB: $p < 0,001$.
 - En A-VPH: $p < 0,01$.
 - Y en T, $p < 0,05$.
 - Coito anal, más en VPH ($p < 0,01$) y en LC ($p < 0,05$).

Este trabajo tiene limitaciones. Por una parte, la escasa cuantía de algunos tipos de infecciones en esta serie. Por otra, al tener un grupo control de mayor edad, que utilizamos en un trabajo sobre otro tema, entonces no preguntamos sobre algunos hechos de conducta sexual, como sexo oral o anal, ni vimos los métodos anticonceptivos. Por ello no han podido hacerse las comparaciones pertinentes.

Y para concluir, cabe resaltar que el individuo es el responsable de su sexualidad, de su salud sexual y el único que debe preocuparse de prevenir las ETS y el VIH, así como el cáncer de cérvix.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rietmeijer CA, Mc Millan A. Human sexuality: the background to infection. En: Mc Millan A, Young H, Ogilvie MM, Scott GR, editors. *Clinical practice in sexually transmissible infections*. Londres: Saunders, Elsevier; 2002. p. 3-10.
2. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Eros. Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Grijalbo; 1996.
3. Lopez-Olmos J, Parra I. Tratamiento de la candidiasis vaginal: estudio prospectivo comparativo de tres preparados antimicóticos con dosis única. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 1994;21:300-6.
4. Lopez-Olmos J, Lerma E. Tratamiento de la candidiasis vulvo-vaginal recidivante: estudio prospectivo comparativo de tres preparados antimicóticos con dosis única durante 6 meses. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2000;27:366-74.
5. Rusch M, Shoveller J, Burgess S, Stancer K, Patrick D, Tyndall M. Association of sexually transmitted disease-related stigma with sexual health care among women attending a community clinic program. *Sex Trans Dis*. 2008;35:553-7.
6. Hamlyn E, Welz T, Rebaudengo S, Simms H, Poulton M. Sexual behaviour, condom use and rates of sexually transmitted infections in HIV clinic attendees in South East London. *Int J STD&AIDS*. 2009;20:757-60.
7. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martro E, Molinos S, Casabona J, en nombre del grupo de trabajo HIVITS-TS.

- Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:385-8.
8. Di Clemente RJ, Wingood GM, Rose ES, Sales JM, Lang DL, Caliendo AM, et al. Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services. (A randomized controlled trial). *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:1112-21.
 9. Ono-Kihara M, Sato T, Kato H, Sugimoto-Watanabe SP, Zamani S, Kihara M. Demographic and behavioral characteristics of non-sex worker females attending sexually transmitted diseases clinics in Japan: a nationwide case-control study. *BMC Public Health*. 2010;10:106-15.
 10. Christopoulos P, Papadias K, Panoulis K, Deligeorgou E. Human papilloma virus in adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2008;35:248-51.
 11. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Koutsky LA. Comparison of incident cervical and vulvar/vaginal human papillomavirus infections in newly sexually active young women. *J Infect Dis*. 2009;199:815-8.
 12. Solares M, Safora Enriquez O, Rodriguez Izquierdo A. La infección por virus del papiloma humano, una amenaza real para las adolescentes. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:505-10.
 13. Castellsague X, San Martin M, Gonzalez A, Casado MA. Epidemiología de las lesiones precancerosas y verrugas genitales asociadas a infección por virus del papiloma humano en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53:81-7.
 14. Gerend MA, Magloire ZF. Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *J Adolescent Health*. 2008;42:237-42.
 15. Mc Nair R, Power J, Carr S. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust NZ Public Health*. 2009;33:87-93.
 16. Burchell AN, Tellier P-P, Hanley J, Coutlee F, Franco EL. Human papillomavirus infections among couples in new sexual relationships. *Epidemiology*. 2010;21:31-7.
 17. Bell MC, Schmidt-Grimminger D, Patrick S, Ryschon T, Linz L, Chauhan SC. High prevalence of human papillomavirus infection in American Indian women of the Northern Plains. *Gynecol Oncol*. 2007;107:236-41.
 18. Zhao FH, Forman MR, Belinson J, Shen YH, Graubard BI, Patel AC, et al. Risk factors for HPV infection and cervical cancer among unscreened women in a high-risk rural area of China. *Int J Cancer*. 2006;118:442-8.
 19. Tiro JA, Saraiya M, Jain N, Liddon N, Cokkinides V, Lai SM, et al. Human papillomavirus and cervical cancer behavioural surveillance in the US. *Cancer*. 2008;113Supl:3013-30.
 20. Duberstein Lindberg L, Jones R, Santelli JS. Noncoital sexual activities among adolescents. *J Adolescent Health*. 2008;43:231-8.
 21. D'Souza G, Agrawal Y, Halpern J, Bodison S, Gillison ML. Oral sexual behaviours associated with prevalent oral human papillomavirus infection. *J Infect Dis*. 2009;199:1263-9.
 22. Gorbach PM, Manhart LE, Hess KL, Stoner BP, Martin DH, Holmes KK. Anal intercourse among young heterosexuals in the sexually transmitted disease clinics in the United States. *Sex Trans Dis*. 2009;36:193-8.
 23. Tian LH, Peterman ThA, Tao G, Brooks LC, Metcalf C, Malotte K, Paul SM, Douglas Jr JM, The Respect 2 study group. Heterosexual anal sex activity in the year after an STD clinic visit. *Sex Trans Dis*. 2008;35:905-9.
 24. Schacht RL, George WH, Davis KC, Heiman JA, Norris J, Stoner SA, et al. Sexual abuse history, alcohol intoxication, and women's sexual risk behaviour. *Arch Sex Behav*. 2009;38:498-513.
 25. King C, Feldman J, Waithaka Y, Aban I, Hu J, Zhang S, et al. Sexual risk behaviours and sexually transmitted infection. Prevalence in an outpatient psychiatry clinic. *Sex Trans Dis*. 2008;35:877-82.
 26. Montgomery CM, Lees S, Stadler J, Morar NS, Ssali A, Mwanza B, et al. The role of partnership dynamics in determining the acceptability of condoms and microbicides. *AIDS Care*. 2008;20:733-40.
 27. Seth P, Raiford JL, Robinson LS, Wingood GM, Di Clemente RJ. Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible infections and risky sexual behaviours among young adult African American women. *Sexual Health*. 2010;7:25-30.
 28. Moscicki AB. Management of adolescents who have abnormal cytology and histology. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2008;35:633-43.
 29. Henry-Stanley MJ, Simpson M, Stanley MW. Cervical cytology findings in women infected with the human immunodeficiency virus. *Diagnostic Cytopathology*. 1993;9:508-9.
 30. Mariani L, Morrone A, Preti M, Sbiroli C, Tomao F, Tomao S. Migrant women and cervical cancer: background of a prevention study. *Eur J Gynecol Oncol*. 2008;39:52-6.
 31. Cortes J, Vilaplana E, Miranda P, Ferrer G, Andia D, Ramon, Cajal JM, et al. Vacuna frente al virus del papiloma humano y cribado de cáncer de útero. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:361-9.
 32. Bosch FX, De Sanjose S, Miralles L, Castellsague X. La prevención del precáncer y del cáncer cervical en España: nuevas opciones para el siglo XXI. *Folia Clinic Obst Ginecol*. 2010;81:6-24.