

Prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas*

ALMA ARACELI NAVA-BENÍTEZ,^a HÉCTOR ÁVILA-ROSAS,^b
GERARDO CASANOVA,^c TERESA LARTIGUE^d

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y de protección involucrados en el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres embarazadas (y sus parejas) que acudieron a control prenatal.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, integrado por mujeres embarazadas que convivieran con su pareja. Los casos fueron mujeres con ITS (presencia confirmada de un agente patógeno) y los controles fueron mujeres con diagnóstico negativo para ITS. Se aplicó el Inventario de Prácticas de Riesgo y Redes Sexuales en una entrevista dirigida aplicada en forma individual, con duración de 40 a 120 minutos.

Resultados: Del total de invitados 82.4% de las mujeres y 52.6% de los hombres aceptaron participar. El grupo de casos se conformó por 78 mujeres y el control por 97. Tanto en mujeres como en hombres el antecedente de ITS fue un factor de riesgo para presentar nuevamente otra ITS (mujeres RM 27.68 IC 95% 11.69-65.50; hombres 8.69 IC 95% 27.68-27.31). Para las mujeres también resultaron ser factores de riesgo la práctica de relaciones sexuales orales y/o anales (RM 2.21 IC 95% 1.16-4.23 y 2.26 IC 95% 1.08-2.09, respectivamente). Para las mujeres los factores protectores fueron: vivir con su pareja (RM 0.40 IC 95% 0.45-0.91), vivir en el D.F. (RM 0.42 IC 95% 0.21-0.81), tener ocupación remunerada (RM 0.50 IC 95% 0.27-0.94) y sólo una pareja sexual (RM 0.54 IC 95% (0.29-0.98)).

Conclusiones: En mujeres son factores de riesgo de ITS haber padecido una ITS, haber tenido relaciones sexuales orales y/o anales; son factores protectores vivir con su pareja, tener ocupación remunerada y tener sólo una pareja sexual.

PALABRAS GUÍA: Infecciones de transmisión sexual, prácticas de riesgo, embarazo.

* Este artículo forma parte del informe final de la investigación "ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de riesgo". Realizada con el apoyo económico de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Perinatología, el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional, la Asociación Psicoanalítica Mexicana y la Universidad de la Ciudad de México. Registrada en el CONACYT con el número MO252-9911, en el INPer 212250 y en la APM 01-10 y 01-11.

^a Investigadora del Departamento de Epidemiología Reproductiva del Instituto Nacional de Perinatología.

^b Académico de la Universidad de la Ciudad de México.

^c Investigador del Departamento de Infectología e Inmunología del Instituto Nacional de Perinatología.

^d Jefe del Departamento de Epidemiología Reproductiva del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia:

Lic. T.S. Alma Araceli Nava Benítez

Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales #800, Col. Lomas Virreyes,

C.P. 11000, México, D.F.

Correo electrónico: alma_ara@latinmail.com

Recibido: 15 de diciembre de 2003.

Aceptado: 22 de julio de 2004.



INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grave problema de salud pública¹ y constituyen una causa creciente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Las ITS tienen repercusiones en el ámbito biopsicosocial de los individuos. Sin incluir el VIH-SIDA, se calcula que cada año muere un millón de personas como resultado de estas infecciones. En países en vías de desarrollo, las ITS representan una de las causas más importantes de enfermedad, discapacidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva.² De hecho se calcula que cada año aparecen 333 millones de nuevos casos de ITS en el mundo.³ La Organización Panamericana para la Salud refiere que en los últimos años la propagación del VIH, principalmente por medio del contacto sexual sin protección, ha ocasionado 35,000 millones de muertes en todo el mundo, desde el comienzo de la epidemia, lo que ha afectado directamente la integridad de las familias.^{3,4}

Los factores de riesgo para las ITS son indicadores indirectos de la probabilidad de adquirir la infección por exposición, o bien de desarrollar la enfermedad.⁵ El comportamiento sexual es una variable directa en el riesgo para adquirir ITS que incluye, entre otros, factores como: edad de inicio de la vida sexual, cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, tener relaciones sin protección y tener sexo comercial. También se asocia a otros factores de riesgo como migración, uso de drogas lícitas e ilícitas y prácticas sexuales diversas.⁶⁻⁷ Bernal y Hernández indican que la falta de educación sexual y de una cultura de la prevención (en particular del no uso profiláctico del condón y de la consulta médica temprana para el diagnóstico y tratamiento oportuno) actúan como factores de riesgo, en forma sinérgica y sincrónica, para la aparición de otras infecciones.⁷⁻⁸

Otros factores socioculturales que influyen en las prácticas de riesgo son los patrones de machismo y sumisión. Es decir, la falta de poder de las mujeres y el desconocimiento sobre las formas de prevención de las ITS, han contribuido a lo largo de la historia para que las infecciones se

propaguen sistemáticamente, tanto en mujeres adultas jóvenes como en adolescentes.⁹⁻¹⁰ Estos factores de riesgo determinan la propagación de las ITS. Por su parte, la diversidad social, cultural y económica de cada ciudad y país establecen las diferencias en la incidencia de la enfermedad.¹¹

Cuando se trata de tomar decisiones sobre las relaciones sexuales las personas en posición de desigualdad no son capaces de negociar sobre la frecuencia, forma de protección ante las ITS o el embarazo, ni de las variantes a practicar. La doble moral de la sociedad, al tolerar que los hombres tengan múltiples parejas sexuales y la expectativa de que sepan más sobre el sexo, los coloca en riesgo no sólo a ellos, sino también a sus parejas.¹² De ahí la importancia de estudiar las redes sexuales de las personas y no sólo la actividad sexual de un individuo en particular.¹³

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue el de identificar los factores de riesgo y protección para adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), en mujeres embarazadas (y sus parejas) que acudieron a control prenatal en el INPer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumentos

Se construyó el Inventario de Prácticas de Riesgo y Redes Sexuales (IPRRS), el cual se integró a partir de los siguientes instrumentos:

- Encuesta de indicadores sociodemográficos y de salud llamada "Censo y estructura de hogar e historia reproductiva", validado para la población del INPer en dos estudios de cohorte perinatal.¹⁴⁻¹⁷ El instrumento se centra en la estructura familiar, características y atributos personales de los integrantes del núcleo de la mujer, jefatura familiar y tipo de hogar; así como en la historia reproductiva de la mujer, que incluye preguntas sobre el número de embarazos, intención del embarazo, tipo de resolución, condiciones del producto al nacimiento, uso de servicios de salud para atención prenatal, morbilidad y anticoncepción.
- Encuesta utilizada por UNAIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas

sobre el VIH/SIDA) para rastrear redes sexuales,¹⁸ cuyo objetivo principal es evaluar las conductas de riesgo sexual a partir del estudio de las relaciones conyugales y las no conyugales (denominadas eventuales y que incluyen la práctica de sexo comercial).

- Historia de riesgo para VIH, diseñada por la Asociación Médica Americana,¹⁹ en la cual se exploran el tipo de parejas sexuales, la variedad de las prácticas sexuales y el uso de condón, así como el consumo de alcohol y drogas (antes o durante la relación sexual).

Los dos últimos instrumentos fueron validados en otras poblaciones y se obtuvo autorización de los autores para ser utilizados.²⁰⁻²² Para su uso en la población del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), los instrumentos fueron adaptados a través de un estudio piloto. Cabe mencionar que en estos dos instrumentos se incluyeron también preguntas abiertas según la clasificación de Floyd y colaboradores.²³

Con la intención de indagar sobre los sentimientos y emociones despertados por el procedimiento durante la entrevista, se preguntaba la paciente al terminar: “¿Cómo se sintió?”. Respecto de la validez facial o aparente del IPPRS en su conjunto, se indagó a través de las siguientes dos preguntas: “¿qué le pareció el inventario?”, y “¿tiene alguna pregunta o comentario que hacerme?”. Interesaba conocer el grado de satisfacción o insatisfacción con el contenido del instrumento. En caso de que la o el participante requirieran de apoyo emocional, se les proponía atención psicológica, y de aceptar se les derivaba con el personal asignado para su atención al interior de la institución o extrainstitucionalmente.

La aplicación del IPPRS estuvo a cargo de una trabajadora social en entrenamiento en terapia de pareja y un pasante de la maestría en psicoterapia psicoanalítica (becario de CONACyT). Ambos entrevistadores se estandarizaron previamente. La entrevista fue cara a cara, se llevó a cabo en un primer momento con la mujer y posteriormente con su pareja; el espacio destinado para la entrevista

fue apropiado para preservar la confidencialidad y privacidad.

Participantes

Fueron invitadas a participar las mujeres que cumplieron con los siguientes requisitos: acudir a control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), tener entre 18 y 43 años y contar con pareja, cursar entre la semana 16 a 35 de gestación, vivir en el área metropolitana. Se excluyeron a quienes fueron diagnosticadas con psicosis o con síndrome orgánico cerebral o cursaban con embarazo gemelar.²⁴ En la invitación se abordaron los siguientes aspectos: objetivo del estudio; pruebas diagnósticas a realizar (las regularmente empleadas en la Clínica de ITS del INPer); temas a tratar en la entrevista; confidencialidad; gratuidad y garantía de respeto a sus conductas, creencias o actitudes. Por último, se les informaba que estaban en libertad de negarse a responder a cualquier pregunta o bien a retirarse del estudio si lo creían conveniente. Las personas que decidían aceptar firmaban una carta de consentimiento informado.

La asignación de las pacientes para integrar los grupos de casos o controles se efectuó con base en los resultados de laboratorio de la Clínica de ITS del INPer y de los exámenes clínicos pertinentes.²⁵ Se definió como caso a toda mujer en la que se identificó la presencia de alguno de los siguientes agentes patógenos: virus del papiloma humano (VPH), de inmunodeficiencia humana (VIH), de herpes simple 2 (HSV-2) y de molusco contagioso (VMC); de bacterias *Treponema pallidum* (sífilis), *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* y del parásito *Trichomonas vaginalis*. Cabe mencionar que algunas de las mujeres con infección por VIH conocían su diagnóstico, motivo por el cual fueron canalizadas al INPer para su atención prenatal, el resto de las participantes desconocían su *status* de infección. El diagnóstico de ITS fue resultado de la evaluación practicada por haber aceptado participar en el estudio (en estos casos las mujeres fueron derivadas para su atención al Servicio de Infectología).



Los controles fueron también mujeres captadas en el Servicio de Consulta Externa, que aceptaron participar en el estudio de manera libre e informada, y que resultaron negativas para las pruebas señaladas previamente, independientemente de la presencia de conductas de riesgo para ITS o no.

De la misma forma se invitó a participar a las parejas de las mujeres. A todas las participantes que aceptaron colaborar se les canalizó a la Clínica de ITS para su diagnóstico y/o tratamiento. Sin embargo, fueron muy pocos los compañeros de las mujeres que acudieron a su valoración, así como a responder la entrevista del IPRRS.

La información se capturó en una base de datos, utilizando el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales, versión 10.1, para el análisis de los datos. De acuerdo con la naturaleza de los datos, las diferencias entre los grupos se exploraron a través de la prueba de χ^2 o de la t de Student para muestras independientes o la prueba de Kolmogorov-Smirnov, aceptando una diferencia significativa para un valor de $p < .05$. Los riesgos se establecieron con base en la razón de momios (RM) con un intervalo de confianza (IC) de 95%.

Finalmente, el estudio fue aprobado por los comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Perinatología.

RESULTADOS

La duración de la entrevista del IPRRS fue de 40 a 120 minutos (de acuerdo con las características del caso), ya que algunas personas sentían la necesidad de profundizar en algunos aspectos de la entrevista.

Mujeres

Aceptaron participar en la investigación un total de 392 mujeres, de las cuales 279 completaron los estudios diagnósticos. De éstas, 221 aceptaron la entrevista para la aplicación del IPRRS. Fueron excluidas 46 mujeres (20.8%) por presentar infecciones cervicovaginales de las que no se tenía certeza de la vía de contagio (en casos con candidiasis y vaginosis bacteriana, principalmente). Por lo que para fines de este análisis se contó al final con 175 mujeres (78 componen el grupo

de casos vs. 97 del grupo control) como se muestra en la tabla 1. Es necesario aclarar que en el grupo de casos, cuatro de cada cinco tenían una infección por el virus del papiloma humano o por el virus de inmunodeficiencia humana. Estas infecciones pueden poner en riesgo la vida no sólo de quienes las padecen, sino también la de sus compañeros sexuales y la de las parejas potenciales de éstos.

El promedio de edad para el grupo de casos fue de 27 ± 5 años y para el grupo control de 28 ± 6 años, sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos. En la tabla 2 se muestran las variables sociodemográficas y reproductivas de las mujeres en este estudio. Como puede apreciarse no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables señaladas. La escolaridad en el grupo de casos fue ligeramente menor en comparación con las mujeres del grupo control. Tres de cada 10 cursaban su primer embarazo, motivo de atención en el INPer. De acuerdo con la entrevista, la mitad de ellos no fueron previstos.

Aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas (casos 54% y controles 46%) manifestaron no hacer uso del condón masculino en las relaciones sexuales orales ni en las anales. El 34% de las mujeres mencionó no emplear ninguna medida preventiva para evitar alguna ITS. El consumo de drogas informado fue de 4%. El 12% de los casos refirió que el consumo de alcohol se asociaba con la actividad sexual. Ninguna de estas variables mostró diferencias significativas entre casos y controles.

En la tabla 3 se encuentra la distribución centilar (C_{25} , C_{50} , C_{75}) de algunas variables que constituyeron las redes sexuales. No se encontraron diferencias significativas en la media del total de parejas sexuales que las mujeres tuvieron a lo largo de su vida, durante los últimos 10 años, ni los últimos seis meses.

En la tabla 4 se muestran las variables que presentaron significancia estadística entre los casos y controles. El principal factor de riesgo fue haber padecido una infección sexual previa, por cualquiera de los cuatro agentes

Tabla 1
Distribución de la población según tipo
de infección de transmisión sexual (n = 175 mujeres)

Grupo de estudio	Mujeres Número	Subtotal %	Total %
Casos	78		44.6
Condilomatosis (VPH)	47	60.3	
VIH/SIDA	15	19.2	
Herpes genital	7	9.0	
Sífilis	3	3.8	
Molusco contagioso	3	3.8	
Tricomoniasis	1	1.3	
Clamidiasis	1	1.3	
Ureaplasma	1	1.3	
Controles	97	-	55.4

Tabla 2
Perfil sociodemográfico y reproductivo
de las mujeres según grupos de ITS (n = 175 mujeres)

Variable	Casos (n = 78)	Controles (n = 97)	Valor de p
Escolaridad			
Secundaria o menos	24/45 (53.3)	21/45 (46.7)	0.370
Preparatoria o C. técnica	30/75 (40.0)	45/75 (60.0)	
Licenciatura o más	24/55 (43.6)	31/55 (56.4)	
Gestaciones			
Una	26/56 (33.3)	30/56 (30.9)	0.348
2 a 3	41/87 (52.6)	46/87 (47.4)	
4 o más	11/32 (14.1)	21/32 (21.6)	
Embarazo no previsto	44/93 (56.4)	49/93 (50.5)	0.266

patógenos (virus, hongos, bacterias y parásitos); de hecho las mujeres con antecedente de ITS tuvieron 27 veces más riesgo de tener ITS, que las que negaron el antecedente. En segundo lugar, el tener relaciones sexuales orales y/o anales incrementó también dos veces en las mujeres la probabilidad de tener una ITS (RM 2.21; IC 95%: 1.16 - 4.23; RM 2.26

IC 5% 1.08-2.09, respectivamente). Se identificaron como factores protectores para no presentar ITS en esta muestra, las siguientes variables: estar unidas, vivir en el DF, tener una ocupación remunerada y sólo tener una pareja sexual. Estas características disminuyeron el riesgo de ITS, ya que en los cuatro análisis la razón de momios fue menor a la unidad.



Tabla 3
Redes sexuales de las mujeres
según grupo de ITS (n = 175 mujeres)

	Casos (n = 78)	Controles (n = 97)	K-S*	Valor de p
Edad 1a. relación sexual	18 (16-21) [†]	18 (16-22)	0.551	0.922
Número de parejas sexuales				
Durante la vida	2 (1-3)	1 (1-2)	1.014	0.255
Últimos 10 años	1 (1-2)	1 (1-2)	0.763	0.623
Últimos 6 meses	1 (1-1)	1 (1-1)	0.605	0.832

* Kolmogorov-Smirnov

[†] Centila 50 (C25-C75)

Hombres (parejas actuales de las mujeres)

En la tabla 5 se presentan las variables sociodemográficas de la muestra de los hombres, en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El promedio de edad para el grupo de las parejas de las mujeres que fueron diagnosticadas como casos, fue de 28 ± 6 y en el grupo control de 30 ± 7 . En relación con el tipo de unión, nueve de cada 10 refirieron vivir con la mujer; sólo cinco hombres, de la muestra total, se refirieron solteros y pertenecen al grupo control. La escolaridad en el grupo de casos fue mayor en el nivel medio superior, en tanto que en el grupo control es mayor la proporción con escolaridad primaria o secundaria. La inmensa mayoría tenía una ocupación remunerada, la mayor parte de los hombres no económicamente activos formaban parte del grupo control. Ninguna de estas variables alcanzó significancia estadística.

En la tabla 6 se encuentra la distribución centilar (C_{25} , C_{50} , C_{75}) referente algunas de las variables de redes sexuales de los hombres, según grupos de infección de transmisión sexual de sus compañeras. No se encontraron diferencias estadísticas en las medianas de edad a la primera relación sexual de los hombres, así como en el número de parejas en la vida, en los últimos 10 años y en los últimos seis meses. Cabe señalar que para la población total de hombres el inicio de vida sexual en promedio se ubicó a los 16 años con

un rango que va de 11 a 34 años. La mitad de ellos refirieron en promedio siete parejas sexuales con un rango que va de 1 a 90, durante su vida y a la fecha de la entrevista. El 0.07 dijo haber tenido de dos a 12 parejas sexuales en los últimos seis meses, en tanto que 0.92 sólo una.

En cuanto a las prácticas de riesgo de los hombres analizadas para el grupo de casos y controles, se encontró lo siguiente: para quienes refirieron hacer uso de sexo oral la proporción fue menor en el grupo de casos (0.65 vs. 0.77); y aún menor en las prácticas sexuales anales (0.34 vs. 0.29). La falta de utilización de condón masculino en cualquiera de estas prácticas fue semejante en ambos grupos (0.40 vs. 0.35); el antecedente de consumo de alcohol y relaciones sexuales fue de (0.39 vs. 0.34); mientras que el consumo de drogas fue (0.12 vs. 0.17). La falta de medidas de prevención para adquirir una ITS fue en el grupo de casos de 0.68 vs. 0.70 del control. Para prevenir un contagio por VIH/SIDA fue menor (0.53 vs. 0.60); en ninguna de estas variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

El principal factor de riesgo, al igual que en las mujeres fue el contar con el antecedente de alguna infección de transmisión sexual (RM 8.69; IC 95%: 2.76-27.31) ocho veces más que en quienes dijeron no haberlas padecido hasta la entrevista.

Tabla 4
Factores de riesgo de ITS según perfil sociodemográfico, reproductivo y prácticas sexuales de las mujeres (n = 175)

Factores de riesgo	Proporción de casos con ITS	RM	IC (95%)
Antecedente de ITS			
Sí	54/64 (0.84)	27.68	11.69 - 65.50
No	16/98 (0.16)		
Relaciones sexuales orales con hombres			
Sí	58/113 (0.51)	2.21	1.16 - 4.23
No	20/62 (0.32)		
Relaciones sexuales anales con hombres			
Sí	24/40 (0.60)	2.26	1.08 - 2.09
No	53/133 (0.40)		
Tipo de unión			
Unidas	62/150 (0.43)	0.40	0.45 - 0.91
No unidas	16/25 (0.64)		
Lugar de residencia			
Distrito Federal	48/125 (0.38)	0.42	0.21 - 0.81
Otros estados	30/50 (0.60)		
Tipo de ocupación			
Remunerada	45/116 (0.39)	0.50	0.27 - 0.94
No remunerada	33/59 (0.56)		
Pareja sexual			
1 pareja	33/89 (0.37)	0.54	0.29 - 0.98
2 o más parejas	45/86 (0.52)		

DISCUSIÓN

Los resultados que se presentan corresponden a una población seleccionada, en tanto que los sujetos estudiados pertenecen a una población que demandaba servicios de salud. Es importante destacar que la tasa de respuesta a la invitación de esta parte del estudio fue de 89%; es muy probable que entre los controles se encontrara un alto porcentaje de mujeres que aceptaron participar debido a que los estudios diagnósticos les revelarían su estatus de infección

o de salud y por las repercusiones de la ITS en el producto. Si bien es cierto, debido a que el análisis en su mayor parte fue ciego (excepto para las pacientes con VIH), llama la atención que en el grupo de casos la asistencia a la entrevista por parte de las parejas de las mujeres fue de 44% en tanto que en el grupo control fue de 66%. Aunque los datos no son concluyentes, sí podemos comentar que llama la atención la diferencia en la respuesta negativa para participar en el estudio por



Tabla 5
Perfil sociodemográfico de los hombres según grupos de ITS de las mujeres (n = 98)

	Casos (n = 34)	Controles (n = 64)	Valor de p
Edad			
Media de edad (años)	28 ± 6	30 ± 7	0.073
Tipo de unión			
Unidos	34 (1.00)	59 (0.92)	0.112
No unidos	–	5 (0.08)	
Escolaridad			
Secundaria o menos	10 (0.29)	26 (0.41)	0.442
Preparatoria o C. técnica	14 (0.41)	19 (0.30)	
Licenciatura o más	10 (0.29)	19 (0.30)	
Tipo de ocupación			
Remunerada	33 (0.97)	59 (0.92)	0.318
No remunerada	1 (0.03)	5 (0.08)	

Tabla 6
Redes sexuales de los hombres según grupos de ITS de las mujeres (n = 98)

	Casos (n = 34)	Controles (n = 64)	K-S*	Valor de p
Edad 1a. relación sexual	16 (16-19) †	17 (15-(18)	0.745	0.636
Numero de parejas sexuales				
Durante la vida	4 (2-7)	5 (2-9)	0.485	0.973
Últimos 10 años	3 (2-7)	3 (1-5)	0.641	0.806
Últimos 6 meses	1 (1-1)	1 (1-1)	0.147	1.000

* Kolmogorov-Smirnov

† Centila 50 (C25-C75)

parte de las parejas de los casos, muy probablemente por el temor a ser evaluados en su vida sexual.

La principal limitación del Inventario de Prácticas de Riesgo y Redes Sexuales (IPRRS) fue la falta de indagación del uso del condón masculino en las relaciones sexuales vaginales con la pareja estable; sólo se indagó a profundidad en las parejas ocasionales. Otra limitación fue el no haber incluido otras prácticas

consideradas como de riesgo por otros investigadores como realización de tatuajes, recibir o haber recibido tratamientos de acupuntura o procedimientos dentales en los últimos cinco años.²⁶ Consideramos importante señalar que en este tipo de entrevistas retrospectivas algunas personas tienden a exagerar o minimizar los hechos, principalmente cuando se indaga acerca del uso del alcohol previo o durante las relaciones sexuales.²⁷

Para las mujeres haber padecido alguna infección de transmisión sexual tiene un potencial de riesgo 27 veces mayor de infección de tipo viral como el VPH o VIH o ambas. En el caso de los hombres su riesgo es casi nueve veces mayor también por infección de tipo viral. Johnson y colaboradores²⁶ encontraron en las mujeres que haber padecido una ITS previamente (sífilis, herpes genital, condiloma acuminato, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis o enfermedad pélvica inflamatoria) estaba asociado a ser VIH positiva, con una razón de momios de 15.0 y con un IC 95% de 3.4 - 66.5, así como el tener relaciones sexuales orales (RM 6.7) y anales (RM 3.3), al igual que tener sífilis concurrente con el VIH. En los hombres se encontró también una asociación significativa entre haber padecido una ITS previamente y el ser VIH positivos.²⁶ Otro estudio realizado a través de la revisión de expedientes clínicos mostró que el mejor predictor de seropositividad en el presente fue el antecedente de una prueba positiva, así como el tipo de localidad donde se vivía.²⁸

Cabe destacar que en este estudio, como el realizado en Lima, Perú, en mujeres embarazadas,²⁶ se encontró que muy pocas tenían factores de riesgo como elevado número de parejas sexuales, consumir alcohol e inyectarse drogas. La infección por VIH en embarazadas dependió en gran medida de los comportamientos sexuales de sus parejas, ya que aún las mujeres monógamas tenían amplias redes (por sus compañeros sexuales donde se exploró la segunda y tercera generación de las parejas previas y simultáneas o concurrentes). Este estudio de Lima incluyó el número de parejas sexuales en el último año, en los últimos cinco y en toda la vida, así como el tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, tener sexo con hombres que tuvieron sexo con otros hombres y el uso del condón o no, en estas prácticas. También preguntaron si sostenían relaciones sexuales durante la menstruación, así como las relaciones sexuales orales y anales con las últimas tres parejas.²⁶

Al mirar en mayor profundidad la información que nos acerca al conocimiento de las prácticas y las interacciones sexuales obser-

vamos que el tener relaciones sexuales orales como anales tiene que ver con el predominio del virus de papiloma humano o el de inmunodeficiencia humana (SIDA) con un riesgo, en esta población de dos veces mayor. Posiblemente, por el no uso del condón en estas prácticas por parte tanto de las mujeres (0.46 a 0.54) y de los hombres (0.54 a 0.60).

El porcentaje de mujeres monógamas del grupo de casos (51%) es muy similar al encontrado en Tailandia, donde 53% de las mujeres con VIH positivo reportó tener una sola pareja²⁹ y en la India 88%.³⁰ El número de parejas sexuales durante la vida es muy contrastante entre las mujeres y los hombres, mientras ellas manifestaron una media entre 2.26 y 2.31, para los hombres las medias oscilaron entre 7.22 y 7.56 donde el rango va de 1 a 50 y en los hombres de 1 a 98 parejas. Tal vez sea ésta una de las razones por las cuales los hombres reportan que sí emplean medidas preventivas para el VIH (0.53-0.70), en comparación con las mujeres cuya proporción es menor (0.31-0.37).

El que aproximadamente la mitad de los embarazos de esta muestra fueran no previstos y la escasa preocupación por evitar el VIH o una ITS hace necesaria la recomendación del IPPF (International Planned Parenthood Federation) de la protección dual para las mujeres, que se define como la prevención simultánea de la infección de ITS/VIH y del embarazo no previsto. Se puede lograr a través del uso correcto del condón de látex (nuevo en cada relación) únicamente, o en conjunto con otro método. Evitar el sexo penetrativo es otra manera efectiva de lograr la protección dual.³¹

Weir recomienda estudiar de manera específica las siguientes variables en las redes sexuales:³²

1. Heterogeneidad conductual, el número de parejas y sus prácticas, así como las de los compañeros sexuales de estas parejas.
2. Simultaneidad o concurrencia de parejas, el número de parejas con las cuales el sujeto sostiene relaciones sexuales con penetración, ya sea de manera secuencial o simultánea a lo largo del tiempo.



3. La forma como elige a sus parejas, los sitios donde las conoce, si interviene o no el azar.
4. La duración de sus relaciones; por cuánto tiempo mantiene sus vínculos sexuales y/o amorosos.

En un artículo posterior Weir y colaboradores³³ recomiendan identificar los principales sitios donde las personas socializan y conocen nuevas parejas sexuales, con objeto de que los programas de prevención de la infección por VIH se lleven a cabo en dichos sitios, lo que se conoce como *The PLACE Method*. Wylie y Jolly,³⁴ sugieren estudiar los factores causales que promueven la formación de las diferentes parejas, junto con lo ya mencionado de homogeneidad y heterogeneidad de las conductas, así como la estabilidad de estos patrones a través del tiempo. Otra medida preventiva sería la comunicación inmediata al compañero o compañera sexual ante la

presencia de cualquier síntoma por insignificante que parezca, así como los estudios de laboratorio periódicos en ambos miembros de la pareja.³⁵

Es imprescindible que a toda persona que curse con alguna ITS se le proporcione información, asesoramiento oportuno y tratamiento médico a fin de disminuir la posibilidad de adquirir una ITS de mayor severidad en el futuro. Sería deseable que el personal de salud incluyera en la historia clínica de las y los pacientes, preguntas específicas sobre el comportamiento sexual; en particular sobre prácticas sexuales, número de parejas sexuales, uso de condón y antecedente de ITS de manera directa y clara.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Esther Casanueva y López, su valioso apoyo en el análisis estadístico de los datos y la revisión de este artículo.

ABSTRACT

Objective: To identify risk and protection factors to acquire sexually transmitted infections (STI's) in pregnant women (and their partners) that attended prenatal care.

Material and methods: A study of cases and controls made out of pregnant women that had a partner. The cases were women with STI's (confirmed presence of a pathogenic agent) and the controls were women with a negative diagnosis for STI's. The Inventory of Risk Practices and Sexual Networks was applied through a directive and individual interview, 40 to 120 minutes long.

Results: 82.4% of the women and 52.6% of the men accepted to participate, of those invited to do so. The group of cases with STI's was made out of 78 women and the control group of 97 women. Both in women as well as in men, the antecedent of STI's was a risk factor for presenting an STI once again (women OR 27.68 CI 95% 11.69-65.50; men 8.69 CI 95% 2.76-27.31). For women, the practice of oral and/or anal sex turned out to be a risk factor (OR 2.21 CI 95% 1.16-4.23 y 2.26 CI 95% 1.08-4.34 respectively). For women the protective factors were: to have a partner (OR 0.40 CI 95% 0.45- 0.91), to live in Mexico City (OR 0.42 CI 95% 0.21-0.81), to have a paid occupation (OR 0.50 CI 95% 0.27-0.94) and only one sexual partner (OR 0.54 CI 95% 0.29-0.98).

Conclusions: In women risk factors of STI are having had an STI, having had sexual, oral and/or anal intercourse; while having a partner, a paid occupation and only one sexual partner, are protective factors.

KEY WORDS: Sexually transmitted infections, risk practices, pregnancy.

REFERENCIAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Organización Mundial para la Salud (OMS). Enfermedades de transmisión sexual: políticas de prevención y asistencia. Ginebra: ONUSIDA; 1997.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000; Banco Mundial, 1993 Citado en Campaña global para alternativas de prevención del ETS/VIH para la mujer; 2001.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de consulta convocada por OPS-OMS. Guatemala; 2000: 15.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS; 2000.
5. Brunham RC. The concept of core and ITS relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *Sex Trans Diseases* 1991; 18: 67-8.
6. Brunhan R, Holmes K, Eschenbach D. Sexually transmitted diseases in pregnancy. In: Holmes K, Mårdh P-A, Sparling P, Wiesner P. Sexually transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill; 1984, p. 782-816.
7. Bernal B, Hernández G. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. *Revista SIDA-ETS* 1997; 3: 63-7.
8. Secretaría de Salud (SSA). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006: México: SSA; 2000, p. 7-10.
9. Ainsworth M, Over M. Confronting AIDS; public priorities in a global. World Bank. Research Report. Washington: Oxford University Press; 1997, p. 353.
10. Finger WR. El condón protege contra las ITS. *Family Health International* 2001; 20: 22-5.
11. Vilata JJ. Enfermedades de transmisión sexual. España: Proas Editores; 1993, p. 29-31.
12. Bell E. Género y VIH/SIDA. Desarrollo y género en breve, (basado en Tallis, Vicci, 2002, "Gender and HIV/AIDS: Overview Report", BRIDGE Cutting Edge Pack, Brighton: Institute of Development Studies) BRIDGE. 2002 Sep 11:[4p]. Disponible en: [www: ids.ac.uk/bridges/Docs/Enbreve-HIV.doc](http://www.ids.ac.uk/bridges/Docs/Enbreve-HIV.doc)
13. Adimora AA, Schoenbach VJ, Bonas DM, Martinson FEA, Donaldson KH, Stancil TR. Concurrent sexual partnerships among women in the United States. *Epidemiology* 2002; 13: 320-7.
14. Arroyo P, Avila H, Casanueva E, García D, Jurado E. Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales. Justificación y estrategia. *Bol Of Sanit Panam* 1983; 95: 35-43.
15. Casanueva E, Avila H, Arroyo P, García D, Jurado E. Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales II. Evaluación de la aceptación de un servicio de salud. *Bol Of Sanit Panam* 1983; 95: 44-50.
16. García-Cardona M, Avila-Rosas H, Reyes-López P, Tiburcio T. Disponibilidad y uso de los servicios de atención a la madre: influencia de la ocupación del jefe de familia. *Perinatol Reprod Hum* 1995; 9: 29-36.
17. Tiburcio T, Avila-Rosas H, Quintos-Cardoso RC, García-Cardona M. Embarazos en la adolescencia: influencia de algunos atributos sociales. *Perinatol Reprod Hum* 1995; 9: 37-45.
18. Cleland J, Konings E, Anarfi J, Caraël M. Looking deeper into the HIV epidemic: a questionnaire for tracing sexual networks. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1998. UNAIDS/98.27.
19. American Medical Association. Taking an HIV risk history. *JAMA* 1999; 10: 840-5.
20. Mertens T, Caraëll M, Sato P, Cleland J, Ward H, Smith D. Prevention indicators for evaluating the progress of National AIDS Intervention Programmes. *AIDS* 1994; 8: 1359-69.
21. Mehret M, Mertens TE, Caraëll M, Negassa H, Feleke W, Yitbarek N, et al.



- Baseline for the evaluation of an AIDS programme using prevention indicators: a case study in Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization* 1996; 74: 509-16.
22. Anderson RM, May RM, Boily MC, Garnett GP, Rowley JT. The spread of HIV-1 in Africa: sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS. *Nature* 1991; 352: 381-9.
23. Floyd M, Lang F, Beine K, McCord E. Evaluating interviewing techniques for the sexual practice history. Use of video trigger tapes to assess patient comfort. *American Medical Association. Arch Fam Med* 1999; 8: 218-23.
24. Lartigue T, Vives J, Ávila H, Casanova G, Feinholz D, Nava A, et al. ETS-VIH/SIDA y trastornos de la personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de riesgo. Proyecto de investigación realizado con apoyo económico de la Secretaría de Salud, CONACyT, INPer, APM y Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional. México: 2000.
25. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 17: 205-22.
26. Johnson KM, Alarcón J, Watts DM, Rodríguez C, Velázquez C, Sánchez J, et al. Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS* 2003; 17: 605-12.
27. Leigh BC, Gillmore MR, Morrison DM. Comparison of diary and retrospective measures for recording alcohol consumption and sexual activity. *J Clin Epidemiology* 1998; 51: 119-27.
28. Peterman TA, Todd KA, Mupanduki I. Opportunities for targeting publicly funded human immunodeficiency virus counseling and testing. *JAIDS-J Acq Imm Def* 1996; 112: 69-74.
29. Bennetts A, Shaffer N, Phopong P, Chaiyakul P, Mock PA, Neeypunk L, et al. Differences in sexual behavior between HIV-infected pregnant women and their husband in Bangkok Thailand. *AIDS Care* ; 11: 649-61.
30. Newman S, Sarin P, Kumarasamy N, Amalraj E, Rogers M, Madhivanan P, et al. Marriage, monogamy and HIV: a profile of HIV-infected woman in South India. *Int J STD AIDS* 2000; 11: 250-3.
31. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Módulo de autoevaluación sobre la integración de servicios de ITS/VIH/SIDA en programas de salud sexual y reproductiva. New York: 2003.
32. Weir SS, Morroni C, Coetzee N, Spicer J, Boerma JT. A pilot study of a rapid assessment method to identify places for AIDS prevention in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect* 2002; 78(Suppl.)1: 106-13.
33. Weir S, Pailman Ch, Mahlalela X, Cotzee N, Meidany F. From people to places: focusing AIDS prevention efforts where matters most. *AIDS* 2003; 17: 895-03.
34. Wylie JL, Jolly A. Patterns of Chlamydia and gonorrhoea infection in sexual networks in Manitoba, Canada. *Sex Trans Dis* 2001; 28: 14-24.
35. Falk L, Lindberg M, Jurstrand M, Baackman A, Olcém P, Fredlund H. Genotyping of *Chlamydia trachomatis* would improve contact tracing. *Sex Trans Dis* 2003; 30: 205-10.