



Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel

David Alejandro Cabrera-Gaytán,^a Raúl Gabriel Palacios-Rodríguez,^b José Antonio Guzmán-Solorio^c

Sexual profile of women with cervical cytology in a first level unit

Background: The sexual profile of women shapes a set of components that interact and play a fundamental role in the onset of human papillomavirus (HPV) or cervical cancer. The objective was to establish the sexual profile of women who underwent cervical cytology in a first level unit of the Instituto Mexicano del Seguro Social from Estado de México, México.

Methods: We studied women attending for cytological detection of malignant tumor in cervix. We interviewed them in order to obtain socio-demographic, gynecologic and obstetrical histories. Statistical analysis was made using Fisher's exact test, Mantel-Haenszel χ^2 , and Spearman correlation.

Results: There were 299 women; 67.56 % reported having only one sexual partner. The tendency of infection by HPV fell discretely as the age increased. Women with more than one sexual partner were at greater risk for developing some type of cervical neoplasia (OR = 1.016, CI 95 % = 0.6069-1.7, p = 0.953).

Conclusions: It was a diverse group, a source of richness and plurality, but also of challenges. Therefore, it requires more work regarding sex education. Young women frequently present determining factors related to HPV and the development of cervical neoplasia.

Keywords

Human papilloma virus
Uterine cervical neoplasms
Sexual behavior
Bacterial sexually transmitted diseases

Palabras clave

Virus del papiloma humano
Neoplasias del cuello uterino
Conducta sexual
Enfermedades bacterianas de transmisión sexual

El cáncer cervicouterino (CACU) es uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial, no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en 100 %.¹ En nuestro país se estableció por primera vez el “Programa Nacional de Detección y Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino” desde la década de los setenta, con la citología cervical o Papanicolaou como método de tamizaje en 10 ciudades. Este programa ha seguido funcionando a nivel nacional y de manera gratuita,¹ sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, el CACU es la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres en edad reproductiva.² El perfil sexual de las mujeres es un conjunto de causas y componentes de actividades y estados que al interactuar entre ellos juegan un papel fundamental en la aparición de la enfermedad, ya sea como infección del virus del papiloma humano (VPH) o como CACU. Por lo anterior, fue de interés determinar el perfil de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel, dado el incremento observado durante el periodo de estudio.

Métodos

La unidad de primer nivel de atención estudiada se encuentra ubicada en una zona metropolitana al oriente del Estado de México y pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 2009 tenía una población de adscripción de 69 355 derechohabientes, de los cuales 20 240 eran mujeres de 20 a 59 años de edad. Asimismo, en 2010, la población era de 65 347 derechohabientes, de los cuales 19 077 fueron mujeres de ese mismo grupo de edad.³

Se estudiaron mujeres que acudieron para detección citológica de tumor maligno del cuello uterino a la unidad mencionada. Sus resultados citológicos se emitieron entre 2009 y 2010 (y meses previos al primero de esos años). Las enfermeras auxiliares les hicieron una entrevista y consignaron en el “Formato de solicitud de citología cervical” el tiempo en el que las pacientes se realizaron la última citología cervical, las condiciones ginecoobstétricas al momento de la toma, su cuadro clínico (en caso de presentar síntomas) y la exploración del cuello uterino.

Las mujeres que tuvieron resultado de la citología cervical con algún grado de neoplasia intracervical o tumor maligno del cuello y/o hallazgo de virus del papiloma humano fueron localizadas vía telefónica o por medio de visita domiciliar por el personal de enfermería del Servicio de Medicina Preventiva de la unidad, para su atención médica en el segundo nivel de atención. No se incluyeron mujeres con resultado negativo a cáncer o negativo a cáncer con proceso inflamatorio, ni aquellas en las que se requiriera repe-

Introducción: el perfil sexual de las mujeres conforma un conjunto de componentes que juega un papel fundamental en la aparición del virus del papiloma humano (VPH) o del cáncer cervicouterino (CACU). Se buscó determinar el perfil sexual de un grupo de mujeres con citología cervical en una unidad de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México.

Métodos: se estudiaron mujeres que acudieron para detección citológica de tumor maligno del cuello uterino. Se les entrevistó para obtener características sociodemográficas y ginecoobstétricas. El análisis estadístico se hizo con prueba exacta de Fisher, χ^2 de Mantel-Haenszel, y correlación de Spearman.

Resultados: fueron 299 mujeres; 67.56 % solo tenía una pareja sexual. La tendencia de infección por VPH descendió discretamente conforme se incrementó la edad. Las mujeres con más de una pareja sexual presentaron un riesgo mayor para desarrollar algún tipo de neoplasia intracervical (RM = 1.016, IC 95 % = 0.6069-1.7, $p = 0.953$).

Conclusiones: se trató de un grupo heterogéneo, que constituye una fuente de riqueza y pluralidad, pero también de retos y desafíos, pues se requiere una mayor labor de educación sexual. Las mujeres jóvenes presentan con mayor frecuencia determinantes relacionados con infección por VPH y con el desarrollo de neoplasia intracervical.

tir el estudio. A las mujeres consideradas como caso, se les efectuó una segunda entrevista para realizar el estudio epidemiológico de caso probable de cáncer cervicouterino, previa autorización para participar en el estudio mediante consentimiento informado, en la que se recabaron variables tales como antecedentes ginecoobstétricos (edad de inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, edad al primer embarazo, número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos, tratamiento hormonal, histerectomía y si la paciente estaba en estado de posmenopausia), cuadro clínico y, de forma adicional, la ocupación y el grado escolar; estos dos últimos se tomaron del expediente clínico. El médico familiar tratante y el epidemiólogo de la unidad orientaron y realizaron referencia al siguiente nivel de atención del Instituto; a aquellas mujeres cuya vigencia de derechos concluyó, la referencia fue al centro de salud de la Secretaría de Salud, previa notificación del caso al personal de la jurisdicción sanitaria para su seguimiento clínico-epidemiológico.

En el segundo nivel de atención médica de referencia, se les realizó colposcopia y/o biopsia, cuyos resultados no se incluyen en el presente estudio. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia; sin embargo, se calculó el tamaño de muestra de acuerdo con la probabilidad promedio publicada en la literatura, con una base de 0.215, un déficit del diseño de 1 y un valor alfa del 0.05, a partir de la población de mujeres usuarias de 2010. Con un universo de 19 077 mujeres³ se obtuvo un mínimo muestral de 256 mujeres; para 80 %, 111 mujeres; para 90 %, 181 mujeres; para 97 %, 313 y para 99 %, 438 mujeres.

Se realizó estadística descriptiva con proporciones y razones, así como medidas de tendencia central; también un análisis bivariado mediante la prueba exacta de Fisher; la χ^2 de Mantel-Haenszel, con un valor alfa del 0.05, y la correlación de Spearman.

Resultados

El número de casos incluidos en el estudio fue de 299 mujeres con una edad media de 46.02 años y una mediana de 40 ± 14.03 años. La edad modal fue de 29 años.

De acuerdo con su estado civil, el 56.19 % estaban casadas, 9.70 % solteras, 9.03 % vivían en unión libre, 8.70 % eran viudas, 3.34 % separadas y 1.67 % divorciadas; en 11.37 % de los casos no fue posible conocer el estado civil.

En cuanto al grado escolar, 33.44 % contaba con nivel básico, 20.74 % tenía nivel medio, 10.70 % no tenía ningún grado, 8.36 % contaba con nivel medio superior, 5.35 % tenía nivel superior, 4.01 % era analfabeta y la misma proporción tenía un nivel técnico.

Respecto a la ocupación actual, 67.56 % se dedicaba al hogar; seguido por el 22.30 %, que contaba con algún tipo de empleo y el 0.67 %, que tenía como ocupación estudiante.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el 67.56 % respondió que tenía solo una pareja sexual y dicha proporción disminuyó conforme aumentaba el número de parejas sexuales declaradas, con un rango de uno a siete. De acuerdo con la edad de inicio de las relaciones sexuales, el promedio fue de 18.73 años y la mediana fue de 18 años (rango de 4 a 43 años). Al desplegar las edades de 17 y 18 años, estas concentraron el 13.40 y 15.69 % de los casos. Las mujeres casadas representaron el 56.19 %, grupo que, además, tenía una pareja sexual con respecto al total. Y dentro de este grupo equivalió al 76.19 %, situación que contrasta con la de las viudas, con 8.91 y 69.23 %, respectivamente (figura 1).

El número promedio de gestaciones fue de cuatro, con media y moda de tres gestaciones, que en su mayoría se resolvieron por vía vaginal con una moda,

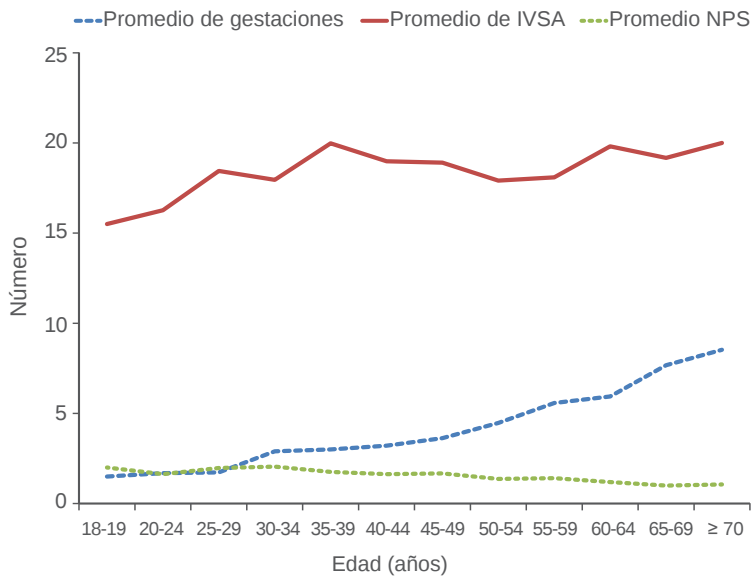


Figura 1 Promedio de gestaciones, de edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) y de número de parejas sexuales (NPS)

media y mediana de tres. Ante el uso de hormonas orales, 70 % dijo que no empleaba dicho método anti-conceptivo y el 3 % ignoró o no respondió. Así, la edad promedio al primer embarazo fue de 20.23 años, y el grupo de 15 a 19 años de edad concentró 70.33 % de las edades; de estas, la edad de 19 años representó 22.49 %.

En cuanto a antecedentes de realización de citología cervical previa, 73.24 % respondió de forma afirmativa. Sobre la frecuencia de la detección, 120 (40.13 %) refirieron habérsela realizado por primera vez, 81 (27.09 %) tenían dos años de su última detección, y un año y tres o más años, 17.06 y 14.05 %, respectivamente.

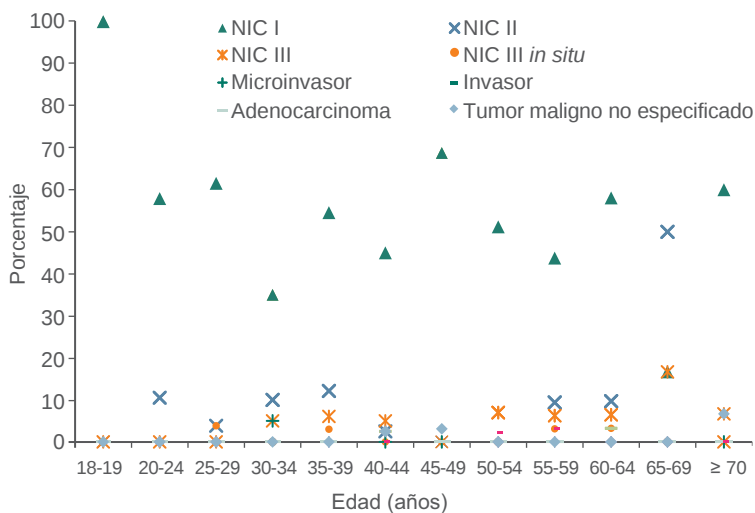


Figura 2 Distribución de la proporción de positividad del resultado citológico por grupo de edad. NIC = neoplasia cervical intraepitelial

Al analizar esta situación con respecto al estado civil, se encontró que el 80 % de casadas, 70 % de las que vivían en unión libre, 60 % de mujeres separadas y 50 % de solteras tenían el antecedente de detección cervical.

El 69.90 % de los casos reportó que tenía alguna sintomatología, la cual se caracterizó por flujo vaginal (16.05 %), prurito (6.35 %), sangrado transvaginal (6.35 %), dispareunia (6.02 %) y sangrado poscoital (1.67 %). A la exploración del cuello del útero, el 71.21 % reportó estar sano, el 19.40 % anormal sin tumoración, y el 6.35 % anormal con tumoración.

El resultado citológico reportó que el 66.56 % presentó algún grado de displasia cervical, el 30.77 % fue negativo a cáncer y el 2.68 % presentó algún tipo de malignidad. El resultado encontrado con mayor frecuencia fue la neoplasia intracervical grado I (52.84 %). De acuerdo con el hallazgo encontrado, el 69.90 % reveló que tenía cambios compatibles con la infección del virus del papiloma humano.

Al relacionar los promedios del número de gestaciones, el promedio de edad de inicio de la vida sexual y el número promedio de parejas sexuales por grupo de edad, se observó que el número promedio de gestaciones fue mayor entre las mujeres adultas y las adultas mayores, que la edad promedio del inicio de la vida sexual fue menor en las mujeres jóvenes con respecto a los demás grupos y que el número promedio de parejas sexuales fue menor en las mujeres adultas y las adultas mayores. Lo anterior guardó relación con la proporción de positividad del resultado citológico, en el que las adolescentes y las mujeres jóvenes presentaron proporciones muy altas para la neoplasia intracervical grado I, y con un incremento de la positividad en el grupo de 70 y más años de edad. Para la neoplasia intracervical grado II, el aumento de la positividad se dio en varios grupos de edad: de forma regular de los 30 a 39 años y con un ascenso en el grupo de 60 a 69 años de edad. De igual forma, para los resultados relacionados con algún tipo de malignidad (tumor invasor, adenocarcinoma y tumor maligno no especificado), su positividad aumentó conforme aumentó la edad, a partir de los 40 años (figura 2).

En relación con el resultado del hallazgo citológico de infección por el virus del papiloma humano, la cantidad de casos se mantuvo estable en la mayoría de los grupos de edad, a excepción de los grupos de 18 a 19 años y de 65 a 69 años, en los que se presentaron la menor cantidad de casos. Sin embargo, su tendencia tiene un discreto descenso conforme aumenta la edad. ($R^2 = 0.0029$).

Al asociar el estado civil con el número de parejas sexuales, las mujeres que reportaron que eran solteras/vivían en unión libre presentaron 17 % de riesgo adicional con respecto a las mujeres que solo tuvieron una pareja sexual y otro estado civil

(RM = 1.167; IC 95 % = 0.6202-2.196, $p = 0.6326$). En cambio, estar casada representó un factor protector, aunque se tuviera el antecedente de más de una pareja sexual (RM = 0.2302, IC 95 % = 0.1354-0.3911, $p < 0.0000001$). Sin embargo, si se presentó más de una pareja sexual y la mujer era ≤ 32 años de edad, el riesgo fue 1.2 veces mayor (RM = 2.237, IC 95 % = 1.249-4.008, $p = 0.006098$), independientemente del estado civil.

Presentar una alteración en la exploración física del cuello del útero en las mujeres que iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años no representó riesgo (RM = 0.9752, IC 95 % = 0.5781-1.645, $p = 0.9251$).

Las mujeres con más de una pareja sexual presentaron un riesgo discretamente mayor que las mujeres con solo una pareja sexual para desarrollar algún tipo de neoplasia intracervical (RM = 1.016, IC 95 % = 0.6069-1.7, $p = 0.953$). Sin embargo, dicha condición no se observó en las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años (RM = 0.8761, IC 95 % = 0.5385-1.425, $p = 0.5946$). En cambio, las mujeres con más de una pareja sexual representaron, de forma general, dos veces el riesgo para desarrollar una tumoración maligna con respecto a las que solo declararon una pareja sexual (RM = 2.072, IC 95 % = 0.4574-9.341, $p = 0.4993$); pero al realizar dicho análisis en las mujeres que tenían más de una pareja sexual con respecto a las que solo declararon una pareja sexual, comparadas con aquellas que reportaron solo una negatividad a cáncer (con y sin proceso inflamatorio), el riesgo fue doble (RM = 2.094, IC 95 % = 0.4919-8.912, $p = 0.5169$). Las mujeres que estuvieron expuestas a un inicio de vida sexual antes de los 18 años presentaron 2.4 veces más riesgo para desarrollar algún grado de tumoración con respecto a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 18 años de edad (RM = 3.413, IC 95 % = 0.5459-36.24, $p = 0.2499$). Al analizar las mismas condiciones, pero sin incluir a las mujeres con resultado de neoplasia intracervical, el riesgo obtenido fue 2.1 veces mayor (RM = 3.125, IC 95 % = 0.5808-23.96, $p = 0.3222$).

En la situación de adquirir la infección por el virus del papiloma humano, las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años de edad no representaron un riesgo (RM = 0.859, IC 95 % = 0.5288-1.395, $p = 0.5397$). Para las mujeres que presentaron más de una pareja sexual, el riesgo de adquirir la infección viral fue nulo (RM = 1.00, IC 95 % = 0.5999-1.671, $p = 0.9966$). La condición de ser soltera/vivir en unión libre representó un discreto riesgo para adquirir la infección por el virus del papiloma humano respecto al resto de los estados civiles (RM = 1.214, IC 95 % = 0.6447-2.288, $p = 0.548$).

Discusión

Si bien no se analizaron las características de las defunciones, lo reportado por la Secretaría de Salud en su Programa de Acción¹ refiere que de las 4114 muertes ocurridas en 2006, más de 80 % se trató de mujeres mayores de 45 años, con una edad promedio al morir de 59.6 años. En nuestro estudio, la edad media de las mujeres a las que se les realizó la detección fue de 46.02 ± 14.03 años, por lo que las mujeres que demandan la realización de la citología cervical están en el promedio de las que fallecieron a nivel nacional, lo que significa que el periodo de latencia se da en la etapa productiva de sus vidas. Asimismo, la Secretaría de Salud señala que aproximadamente el 30 % de las defunciones está constituido por mujeres sin escolaridad y un 63 % no alcanza la primaria completa;¹ en el presente estudio, las mujeres que no contaron con escolaridad representaron el 14.72 % y las de nivel primaria 33.44 %, cifras inferiores probablemente debido al tipo de población afiliada al Instituto en su régimen ordinario.

La edad promedio al primer embarazo fue de 20.23 años. En esta categoría, el grupo de 15 a 19 años de edad concentró 70.33 % de las edades. De este, la edad desplegada de 19 años representó 22.49 %, por lo que es similar a lo reportado por González-Losa *et al.* como edad al primer embarazo de 18.6 años en las mujeres positivas al VPH y de 19.26 años en las mujeres sanas.⁴ De igual forma, la Encuesta Nacional de Juventud 2010⁵ reportó que, en un grupo de mujeres mexicanas de 15 a 29 años, casi la mitad de las mujeres de 20 a 24 años de edad había estado embarazada por lo menos una vez en su vida. En este grupo, las mujeres de 18 a 19 años representaron 19.2 %.

Entre las niñas de ciertas partes de África y Asia meridional, la primera experiencia sexual por lo general se lleva a cabo entre los 15 y 16 años de edad. De manera similar, en un estudio en Mozambique, la edad media de la primera relación sexual de las niñas de nivel socioeconómico pobre y de clase media fue de 15 años. Asimismo, en muchos países asiáticos, por ejemplo, en Indonesia, Filipinas y Tailandia, la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres jóvenes era los 20 años de edad.⁶ En América Latina, se estima que 50 % de las mujeres tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años de edad.⁷ En nuestro país, una encuesta nacional reveló que la edad promedio de inicio de la vida sexual activa (IVSA) en los mexicanos fue de 17.6 años para ambos sexos, 18.5 % en mujeres y 16.7 en hombres.⁸ Al comparar estos datos con los del presente estudio, se encontró que el promedio de la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18.73 años, con una mediana de 18 años, y que las edades desplegadas de 17 y 18 años concentraron 13.40 y 15.69 % de los casos.

Asimismo, dada la estrecha relación entre la infección por VPH y la neoplasia intracervical, es fundamental recalcar la influencia del compañero sexual (varón) en la epidemiología de esta enfermedad. En un estudio efectuado en la Ciudad de México entre hombres de 15 a 49 años de edad, la media de inicio de las relaciones sexuales fue de 17.7 ± 2.8 años,⁹ lo que reveló que la media de edad en nuestro estudio sobre el IVSA es parecida (mujeres de 18 a 18.7 años).^{4,9}

En el presente estudio se encontró que la edad promedio de IVSA es menor en las mujeres jóvenes con respecto a los demás grupos y que el número promedio de parejas sexuales es menor en las mujeres adultas y adultas mayores, y eso se reflejó en la proporción de positividad del resultado citológico: las adolescentes y las mujeres jóvenes presentaron proporciones muy altas para la neoplasia intracervical grado I. En ese sentido, un estudio determinó que la probabilidad de tener una infección de transmisión sexual a los 18 años de edad era de más del doble en quienes tuvieron su primer coito a los 13 años de edad en comparación con quienes tuvieron su primera relación a los 17 años (RM = 52.25, IC 95 % = 1.42-3.59), por lo que el inicio temprano de relaciones sexuales se asoció con infecciones de transmisión sexual para los adolescentes.¹⁰

En México durante el 2010, uno de cada tres jóvenes menores de 19 años de edad inició su vida sexual, cuando en el año 2000 eran dos de cada diez.⁵ Las mujeres jóvenes se inician tempranamente en la actividad sexual, y eso conlleva a una mayor exposición a adquirir infección por VPH y lesiones precursoras del CACU. Es así que existen adolescentes y mujeres jóvenes con circunstancias especiales de acuerdo con su perfil sexual y sus condiciones biológicas (inmadurez del sistema inmunológico, gran eversión glandular en el cuello uterino —ectropión—, metaplasia escamosa muy activa, inadecuada producción de moco cervical favorecida por los ciclos anovulatorios, etcétera),¹¹ en las que no debe retrasarse la toma temprana de citología cervical y en quienes es importante iniciar consultas y revisiones periódicas con un enfoque preventivo.

Al analizar el número de parejas sexuales declaradas, la media fue de 1.6 parejas en su vida; 67.56 % reportó solo una pareja sexual, 30.10 % de 2 a 4 y 2.34 % de 5 a 9. Un estudio en Chile reportó que el 48.3 % de las mujeres declaró que tenía una pareja tan solo en los últimos 12 meses, el 11.8 % entre 2 y 4 parejas, el 3.2 % entre 5 y 9 y el 2.1 % ninguna.¹²

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, se reveló que las mujeres tienen en promedio menos de una pareja sexual en un año.¹³ Pero si se consideran datos a nivel mundial, la cifra promedio ascendió a nueve parejas en el 2005 (10.2 en hombres y 6.9 en mujeres).¹⁴ Si bien, se han

asociado diversos factores de riesgo, tanto demográficos como conductuales, con la infección cervical.

Entre los factores predictivos de infección cervical encontrados en algunos lugares se incluyen la edad de 21 años o menos (25 en algunos lugares), estado civil soltero/a, más de una pareja sexual en los últimos tres meses, una nueva pareja en los últimos tres meses, pareja actual que padece una infección de transmisión sexual y pareja que recién ha comenzado a utilizar condón. Sin embargo, dichos factores de riesgo suelen ser específicos del grupo poblacional para el cual han sido identificados y validados, y no pueden extrapolarse fácilmente a otras poblaciones o a otros lugares. La mayoría de los investigadores concuerda en que es importante obtener más de un factor de riesgo demográfico en cada paciente específico.¹⁵

Al analizar el estado civil y el número de parejas sexuales, estar casada fue un factor protector aunque se tuviera el antecedente de más de una pareja sexual (RM = 0.2302, IC 95 % = 0.1354-0.3911, $p < 0.0000001$), a diferencia del estado civil soltero/unión libre en el que el riesgo adicional fue de 17 % para adquirir la infección por el VPH en comparación con el resto de los estados civiles (RM = 1.214, IC 95 % = 0.6447-2.288, $p = 0.548$). Una de las razones estriba en que una mayor proporción de mujeres solteras tuvo más de una pareja sexual: 75 frente a 24 % de las mujeres casadas. Esto podría denotar que el uso de condón es variable, consistente con lo publicado por Hernández *et al.*, para los que la proporción de su uso de acuerdo con el tipo de pareja sexual femenina en el último año fue del 18.8 % ante parejas regulares y 62.5 % con múltiples parejas.⁹

Una situación parecida se describe en un estudio sobre las trabajadoras sexuales, las cuales aceptan la penetración vaginal y la oral, mientras rechazan la penetración anal y los besos de sus clientes varones; sin embargo, con sus parejas personales todas las prácticas sexuales son aceptadas.¹⁶ En ese sentido, aunque en este estudio no se incluyó a los varones como estudio de contactos, se ha documentado que de los varones compañeros de mujeres con lesiones cervicales por VPH, 80 % tenía signos del virus y a 90 % se le detectó ADN del virus; la concordancia del tipo de VPH entre hombre y mujer fue de 32 %.¹⁷ Esto guarda relación con los hallazgos publicados en San Luis Potosí, en los que las conductas de riesgo tanto en hombres como en mujeres están íntimamente ligadas a las representaciones sociales de género. Los hombres reafirman su masculinidad a partir de una actividad sexual caracterizada por su frecuencia e intensidad.¹⁸

Se documentó que en siete de cada diez mujeres tamizadas se detectaron cambios citológicos compatibles con la infección por el VPH y que la cantidad de casos se mantiene estable en la mayoría de los grupos de edad,

a excepción del grupo de 18 a 19 años y el de 65 a 69 años, en los que se presentaron la menor cantidad de casos, probablemente por la edad promedio de IVSA y la ausencia de exposición recurrente en el primer grupo, y en el segundo, por la ausencia de la exposición al tener una edad posmenopáusica. Por lo tanto, de acuerdo con el presente estudio, no representó un riesgo para adquirir la infección por el VPH que las mujeres iniciaran su vida sexual antes de los 18 años de edad, (RM = 0.859, IC 95 % = 0.5288-1.395, $p = 0.5397$), porque el VPH se encuentra en todos los grupos de edad. Sin embargo, la condición de ser soltera/vivir en unión libre representó un discreto riesgo para adquirir la infección por el VPH con respecto al resto de los estados civiles (RM = 1.214, IC 95 % = 0.6447-2.288, $p = 0.548$).

Dicho fenómeno por edad se contrapone con la mayor incidencia de VPH por edad en mujeres de 15 a 19 años, con 12 por 1000 mujeres, de acuerdo con Persson *et al.*¹⁹ y González-Losa *et al.*, para los que la mayor cantidad de casos de VPH se dio en menores de 25 años de edad.⁴ No obstante, la positividad para la detección de VPH fue mayor entre las menores de 34 años de edad (figura 3). Aunque es fluctuante la proporción de mujeres con infección por VPH, en el presente estudio se reveló que es mayor con respecto al último reporte de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, que es de 50 %.²⁰

Aunque se han publicado diversos estudios sobre el tema a nivel mundial, esta es la primera ocasión en que se realiza este tipo de estudio en esta unidad de primer nivel; en el periodo analizado (2009-2010), se presentó un marcado incremento en el número de casos detectados. El perfil que aquí se presenta revela que aparentemente las mujeres demandan la detección oportuna del CACU, sin embargo, el perfil del patrón sexual es muy revelador: las mujeres jóvenes presentan con mayor frecuencia determinantes relacionados con la adquisición de la infección por el VPH y del desarrollo de la neoplasia intracervical, dado por el número de parejas sexuales y por la edad de IVSA. Las limitaciones del estudio son la cantidad de casos incluidos; la inclusión se hizo de forma no probabilística por conveniencia, que no es el total de la población de mujeres de la unidad, sino solo de un grupo de ellas que acudió al servicio por algún motivo. Sin embargo, se destacó que se superó el tamaño mínimo de muestra calculado.

La vida de las mujeres mexicanas ha experimentado cambios en las últimas décadas, entre los que sobresalen una rápida transformación de la sociedad rural a la urbana, el cambio en la escolaridad, en los patrones reproductivos, en la participación económica y en las estructuras de las clases sociales y en la vida en pareja, como se revela en las diversas encuestas nacionales,^{5,8,13} publicaciones gubernamentales,^{5,21,22}

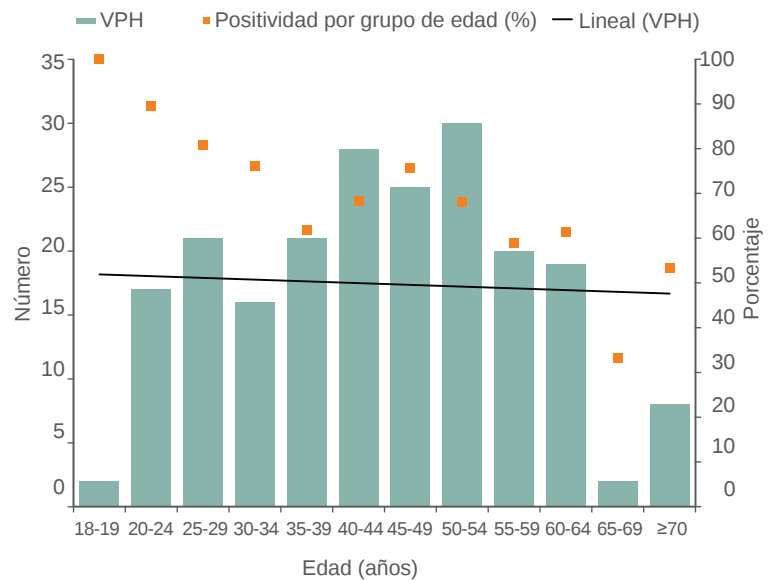


Figura 3 Distribución de la proporción de positividad y casos de infección por virus del papiloma humano como hallazgo citológico por grupo de edad

estudios²³ y recopilaciones²⁴ que aportan que, de forma general, se les han dado a los jóvenes herramientas para tomar decisiones responsables de su vida sexual y reproductiva, pese a los cambios en los patrones de sexualidad. El nuevo reto será estudiar y analizar las visiones del amor, las reglas de cortejo, la formación de parejas (heterosexuales o del mismo sexo), la modernización de la intimidad (incluido el *sexting*, práctica sexual por medio de mensajes de texto)²⁵ en una era de redes sociales y de cambios legislativos, entre la adquisición de nuevos derechos y obligaciones entre parejas del mismo sexo.²⁶

Conclusiones

El panorama general que se revela de las mujeres que demandaron la atención en el servicio de medicina preventiva de esta unidad de primer nivel de atención, nos describe a un grupo heterogéneo que constituye una fuente de riqueza y pluralidad, pero también de retos y desafíos, ya que se requiere una mayor labor de educación sexual, no solo en la concientización de la detección oportuna del CACU, sino de estos factores que influyen como causas suficientes para el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, hay que considerar que la mayor parte de las mujeres incluidas tuvieron un nivel básico de estudios. Y por último, debemos continuar haciendo estudios para que, ante un mayor conocimiento de las determinantes a nivel local, se ofrezca la oportunidad de mejorar el desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica y del programa preventivo.

Agradecimientos

Se da un cordial agradecimiento a todo el personal de enfermería del servicio de medicina preventiva de la unidad, por su arduo trabajo para localizar a las mujeres con alteración en su citología cervical.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no ha sido reportado alguno que esté relacionado con este artículo.

^aCoordinación de Vigilancia Epidemiológica, Unidad de Atención Primaria a la Salud

^bCoordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar 67

^cDirección Médica, Unidad de Medicina Familiar 67

Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: David Alejandro Cabrera-Gaytán

Teléfono: (55) 5536 8861

Correo electrónico: dcpreventiva@gmail.com;
david.cabrerag@imss.gob.mx

Referencias

1. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer cervicouterino. México: Secretaría de Salud; 2008.
2. Secretaría de Salud. Manual para la vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico-uterino. México: Secretaría de Salud; 1998.
3. Dirección General de Prestaciones Médicas. Delegación Regional del Estado de México Oriente. Sistema de información de atención integral de la salud. Población adscrita a médico familiar por consultorio y turno según grupo de edad y sexo, 2009-2010. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
4. González-Losa MR, Polanco-Marín G, Puerto-Solís M, Murguía-Mesina P. Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2002; 53(3):255-62.
5. Secretaría de Educación Pública. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales. [en línea] 2012 [Consultado 24/09/2012]. Disponible en http://consulta.mx/web/images/otroestudiospdf/20111118_SEP_Encuesta_Nacional_20de_20la_20Juventud_202010.pdf
6. Dehne KL, Riedner G, Berer M. Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. Switzerland: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit; 2005.
7. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espíndola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica Mex*. 2003;45(supl 1):S132-9.
8. Consulta Mitofsky. [Sitio web]. Primera encuesta nacional sobre sexo. México: 2004. [Consultado 23/09/2012]. Disponible en <http://consulta.mx/web/index.php/estudios-e-investigaciones/mexico-opina/85-primera-encuesta-nacional-sobre-sexo>
9. Hernández-Girón C, Cruz-Valdez A, Quiterio-Trenado M, Peruga A, Hernández-Ávila M. Características de comportamiento sexual en hombres de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex*. 1999;41(2):95-100. [Consultado 23/09/2012]. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341999000200003&lng=en
10. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol*. 2005;161(8):774-780.
11. Sam-Soto S, Ortiz de la Peña-Carranza A, Lira-Plascencia J. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(4):214-24.
12. Ministerio de Salud de Chile. Enfermedades de transmisión sexual. Boletín Epidemiológico. [en línea]. 1999;Ene-Abr(1). [Consultado 23/09/2012]. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/85381429d366043ee04001011e01052f.pdf>
13. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México; Secretaría de Salud; 2006.
14. 2005 Global Sex Survey Results. [En línea]. [Consultado 23/09/2012]. Disponible en http://www.data360.org/report_slides.aspx?Print_Group_Id=93
15. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza; OMS; 2005.
16. Allen B, Cruz-Valdez A, Rivera-Rivera L, Castro R, Arana-García ME, Hernández-Ávila M. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2003;45 (supl 5):S594-607. [Consultado 23/09/2012].
17. Strand A, Rylander E, Wilander E, Zehbe I. HPV infection in male partners of women with squamous intraepithelial neoplasia and/or high-risk HPV. *Acta Derm Venereol*. 1995; 75(4):312-6.
18. Rangel-Flores YY, García-Rangel M. Influencia del rol de género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes universitarios. *Index Enferm* [en línea] 19(4);2010. [Consultado 24/09/2012]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300003&script=sci_arttext
19. Persson G, Andersson K, Krantz I. Symptomatic genital papillomavirus infection in a community. Incidence and clinical picture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75(3):287-90.
20. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*. 2007;297(8):813-9. Copyright © 2007 American Medical Association.

21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Sitio web]. Estadísticas sociodemográficas. [En línea]. México: INEGI; 2012 [Consultado 23/09/2012]. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=483>
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Sitio web]. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Presentación de principales resultados: características demográficas y sociales. [En línea]. México: INEGI; 2010. [Consultado 01/08/2012]. Disponible en <http://www.censo2010.org.mx/>
23. Olvera-Anzo AA, Peña-Montes CD, Torres RA, Becerril-Hernández JM, Villarreal-Ríos E. Uso del levonorgestrel en mujeres de 18-25 años. En: Memorias del XXI Foro Nacional de Investigación en Salud, 18-21 de septiembre de 2012, Oaxtepec, Morelos, México.
24. Cabrera-Gaytán DA, Kruse-Madrid FM, Gómez-Altamirano CM. Un perfil de amor y sexo en números durante la adolescencia. *Rev Enf Infecc Pediatr.* 2007;XX(79):59-65.
25. Rice E, Rhoades H, Winetrobe H, Sánchez M., Montoya J, Plant A, et al. Sexually explicit cell phone messaging associated with sexual risk among adolescents. *Pediatrics* [En línea]. 2012;130(4):667-73. [Consultado 24 /09/2012].
26. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Matrimonio entre personas del mismo sexo. La Reforma al Artículo 146 del Código Civil para el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial de la Entidad el 29 de diciembre de 2009, no contraviene el contenido de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 9a. Época; Pleno; S.J.F. y su Gaceta; XXXIV, Agosto de 2011; Pág. 877. [En línea] 2012 [Consultado 01/09/2012]. Disponible en <http://ius.scjn.gob.mx/paginas/externas/detalle.aspx?id=161268>