

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA



**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL ENTRE MUJERES QUE
TIENEN SEXO CON MUJERES Y
MUJERES QUE TIENEN SEXO
CON MUJERES Y HOMBRES**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

SARA DÍAZ-SALAZAR DE LA FLOR

TUTORAS: GEMA RUIZ LÓPEZ DEL PRADO

ANA ALMARAZ GÓMEZ

JUNIO 2017

RESUMEN

INTRODUCCIÓN – Existen pocos estudios sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) entre Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM). Conocer los comportamientos de riesgo y la trasmisión de las ITS permitiría ofrecer programas de promoción de la salud y prevención de ITS en este colectivo, así como conocer la repercusión que todo ello supone en términos de salud para la mujer.

MATERIAL Y MÉTODOS – Estudio transversal realizado durante el mes de noviembre de 2016 en una muestra de 170 MSM y MSMH procedentes de todo el territorio español basado en la auto-cumplimentación de un cuestionario online generado a través de la plataforma Google Doc. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

RESULTADOS– La mitad de la muestra del estudio no tiene información sobre las ITS que se dan entre MSM y hay una gran proporción que nunca se ha realizado un screening de ITS La gran mayoría no usa métodos de barrera en sus relaciones sexuales con mujeres, tiene relaciones sexuales durante la menstruación y comparte juguetes sexuales. Hay un desconocimiento generalizado de la variedad de métodos de barrera existentes en relaciones sexuales entre mujeres.

CONCLUSIONES – Algunas de las conclusiones que refuerzan la necesidad de promoción de la salud en ITS entre MSM y MSMH son el uso casi inexistente de métodos de barrera durante las relaciones sexuales, y la baja accesibilidad a los mismos. Las relaciones sexuales durante la menstruación, el uso compartido de juguetes sexuales, sexo oral-anal y estimulación de clítoris con nalgas o ano son algunas de las prácticas de riesgo entre MSM.

Es necesaria la formación del colectivo médico en materia de trasmisión de ITS entre MSM, prácticas sexuales de riesgo y métodos de barrera, de forma que los pacientes reciban información de una fuente fidedigna. Actualmente esta información se adquiere a través de internet, con el sesgo que esto implica.

TABLA DE ABREVIATURAS

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
MSM: Mujeres que tienen sexo con Mujeres
MSMH: Mujeres que tienen sexo con Mujeres y Hombres
BV: Vaginosis bacteriana
VPH: Virus del Papiloma Humano

ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES

Ilustración 1: Categorización de la muestra por grupos de edades	10
Ilustración 2: Población de residencia de las mujeres encuestadas	10
Ilustración 3: Porcentaje de mujeres que en último año han mantenido relaciones sexuales principalmente con mujeres, comparado con las mujeres que han mantenido relaciones sexuales principalmente con hombres	11
Ilustración 4: Frecuencia de MSM vacunadas frente al VPH	12
Ilustración 5: Porcentaje de mujeres MSM que se han realizado un cribado frente a ITS	12
Ilustración 6: Frecuencia de MSM que conocen si han padecido alguna ITS...	13
Ilustración 7: ITS entre MSM y MSMH	14
Ilustración 8: Porcentaje de MSM y MSMH que mantiene relaciones sexuales durante la menstruación	14
Ilustración 9: Porcentaje de utilización de métodos de barrera según se tengan relaciones sólo con hombres, sólo con mujeres o con ambos	15

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	4
Objetivo	8
Material y método	8
Resultado	10
Discusión	16
Conclusiones	21
Bibliografía	22
Anexo	24

INTRODUCCIÓN

Actualmente existen pocos estudios sobre la carga de enfermedad que tienen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), siendo un colectivo con frecuencia invisible en los sistemas nacionales de vigilancia sobre las mismas (1). Comprender los comportamientos de riesgo y la transmisión de las ITS es de gran importancia para poder elaborar programas de promoción de la salud y prevención de ITS entre Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM) (1).

a. Vaginosis Bacteriana (BV)

La Vaginosis Bacteriana es la infección vaginal más prevalente en mujeres con edad reproductiva, y está implicada en complicaciones durante la gestación e infecciones en postoperatorios. Existen recomendaciones de cribado sistemático y tratar incluso a aquellas mujeres asintomáticas (2).

Según el estudio, el 25% de las MSM que han mantenido relaciones sexuales durante 1 año tiene BV en su flora vaginal (3).

Existe una fuerte asociación entre BV y un historial de relaciones sexuales con mujeres, así como una duplicación del riesgo de infección por BV tras haber tenido un encuentro sexual con una mujer. Esto podría ser explicado por el intercambio de fluidos vaginales durante el sexo, por la mayor duración de la capacidad de contagio en mujeres (4) y por el uso de juguetes sexuales con penetración y la práctica de sexo oral-anal (5) .

Aunque el riesgo de BV aumenta con el incremento del número parejas sexuales (4), también existe una alta concordancia entre parejas mónogamas de MSM (3). Así mismo, la recurrencia de BV tras recibir tratamiento es más probable si la pareja sexual es una mujer (4).

b. Chlamydia Trachomatis

La infección por *Chlamydia Trachomatis* en mujeres suele ser silente, pudiendo ser diagnosticada sólo por los síntomas del compañero sexual. Si no es tratada, la enfermedad ascendente dará lugar a una Enfermedad Inflamatoria

Pélvica; en la gestación está asociada con abortos, retrasos en el crecimiento y prematuridad (2).

El 7,1% de las MSM de entre 15-24 años de edad tiene test positivos para *C.Trachomatis* cuando se toman muestras durante un año, en comparación con el 5,3% de las mujeres que tiene sexo sólo con hombres (6).

La mayor parte de las mujeres diagnosticadas de *Chlamydia Trachomatis* acude a consulta para una revisión anual, siendo una minoría la que acude por presentar síntomas o haber mantenido relaciones sexuales con un compañero sexual diagnosticado de *C.Trachomatis*. Las MSM tienen mayores tasas de positividad a *C.Trachomatis* que las MSMH y MSH, lo cual podría ser explicado por el distinto uso de los servicios sanitarios, el uso infrecuente de métodos de barrera entre mujeres y las prácticas sexuales de riesgo. (6)

c. Virus del Herpes Simple 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2)

Las infecciones por *virus del herpes simple* del área genital son mayoritariamente por VHS-2 y un 15% por VHS1, aunque esta proporción está aumentando ya que se puede transmitir desde lesiones bucolabiales mediante prácticas sexuales orales. El 75% de las recurrencias por VSH-2 son sintomáticas y el 25% asintomáticas, siendo contagiosas ya que eliminan el virus. Esta transmisión es por contacto directo con las lesiones ulceradas o desde un compañero sexual asintomático (2).

La seroprevalencia del VHS-2 en MSM sexualmente activas en el último año es de 30,3%, en MSH de 23,8% y en MSMH del 36,2%. Tras ajustar por edad, la prevalencia es aún mayor en MSM y MSMH que en MSH (1).

La seroprevalencia de VSH-1 está correlacionada con la receptividad de sexo oral y una historia de herpes labial en la pareja sexual. El 75% de las mujeres sexualmente activas recibe sexo oral. Un 9% de adultos sin lesiones clínicamente visibles presenta VHS-1 en secreciones salivales, por lo que el contagio mediante sexo oral puede ocurrir siendo la pareja sexual aparentemente asintomática (7).

Así mismo, existe mayor riesgo de contagio de VHS-2 entre las mujeres diagnosticadas previamente de vaginosis bacteriana, que entre las sanas. De esto se deduce que un correcto screening y tratamiento de vaginosis bacteriana reduciría el riesgo de adquisición de VSH-2, ya que el medioambiente vaginal (fluidos, epitelio, lactobacillus) actuaría como una barrera efectiva contra el contagio si permanece inalterado (8).

d. Virus del papiloma humano

Se ha observado una menor realización de test de Papanicolau en mujeres que sólo han tenido sexo con otras mujeres, en comparación con las consideradas como heterosexuales (9). Así mismo, son menos frecuentes los exámenes pélvicos en MSM que nunca han tenido sexo con hombres, y la realización del primer test de Papanicolau a edades más tardías (10).

La detección de DNA para VPH no va precedida de verrugas genitales, siendo infrecuente la presencia de verrugas en la pareja sexual masculina. Esta detección de DNA es, por orden de frecuencia, en vulva, cérvix, más de una localización y vagina (9).

En MSM, es frecuente la asociación entre lesión intraepitelial escamosa (SIL) y VPH tipo 31/33/35/39. Aunque la presencia de DNA del VPH está fuertemente asociada a relaciones sexuales recientes con hombres, también está presente en MSM que no han tenido sexo con hombres en 18 años (9) y pudiendo ser tanto HSIL como LIE de bajo grado (10) .

Prácticas sexuales

Entre las prácticas sexuales frecuentes entre MSM se encuentran el frotamiento genital en un 99,8%, introducción de dedos el 99,2%, fisting vaginal (introducción de una mano) el 56,7%, y cunnilingus el 98,8. El 75,1% ha usado vibrador y el 55,6% un dildo (juguete sexual con forma de falo) al menos en una ocasión con su pareja. De estas un 77,2% usaba los juguetes sexuales vía vaginal y un 22,2% vía anal. El 58% y 59,3% comparte vibrador y/o dildo con su pareja, respectivamente (11).

Métodos de barrera

De las MSM que tienen relaciones monógamas, el 78,6% no usa métodos de barrera y el 3,5% los usa siempre. De entre las MSM en relaciones no monógamas el 27% no usa métodos de barrera frente al 14,3% que siempre los usan.

El 88,6% y el 88,8% de las MSM nunca ha usado métodos de barrera al realizar o recibir sexo penetrativo con dedos, respectivamente. Las mujeres de entre 41-50 años usan métodos de barrera para la estimulación con juguetes sexuales más que el resto de edades (12).

De las mujeres que usan y comparten vibradores, el 11,9% de las MSM no monógamas usa métodos de barrera en el juguete sexual, frente al 17,3% de las MSM en una relación monógama. Respecto al uso del dildo compartido, el 33,8% de las MSM en una relación no monógama usa métodos de barrera en el juguete sexual. Menos de 1/3 de las MSM cambia el preservativo al intercambiar el juguete sexual con su pareja (11).

Acceso al sistema sanitario

En términos de utilización del sistema sanitario, al 66% de las MSM les han hecho un test de Papanicolau en los últimos 3 años, frente al 88% de las mujeres heterosexuales. Igualmente, a un 53% de las MSM se les ha realizado una mamografía frente a 73% de las mujeres heterosexuales (13).

Este menor uso del sistema sanitario, que genera un retraso en el diagnóstico de muchas enfermedades más allá de las ITS, frecuentemente tiene su origen en una experiencia negativa previa con profesionales de la salud (14).

Dados los resultados reflejados en los estudios previos se comprende que la prevención de la salud sexual entre MSM y MSMH es un área a visibilizar y mejorar. Mediante un cuestionario que engloba las prácticas sexuales entre MSM, la prevalencia de ITS, el uso de métodos de barrera, los conocimientos en materia de salud sexual y la relación médico-paciente, este estudio pretende orientar sobre la necesidad de realizar áreas de mejoras en la promoción de la salud sexual en este colectivo.

OBJETIVO

a) OBJETIVO PRINCIPAL

Diseñar un cuestionario para identificar las áreas de mejora en la promoción de la salud en mujeres que tienen sexo con mujeres.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseño y pilotaje de un cuestionario sobre prácticas sexuales entre MSM y MSMH.
- Conocer la prevalencia de I.T.S. entre MSM y MSMH
- Conocer las prácticas sexuales e identificar las de riesgo
- Conocer la relación médico-paciente y orientación sexual en consulta

MATERIAL Y MÉTODO

La población a estudio fueron las mujeres que mantenían relaciones sexuales con mujeres y mujeres que mantenían relaciones sexuales con mujeres y hombres, contactadas a través de 17 asociaciones de lesbianas y gays. Las mujeres encuestadas pertenecían a las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, Murcia, Navarra y País Vasco.

Estudio transversal en el que se recopilaban 170 encuestas cumplimentadas correctamente on-line entre el 8 de noviembre de 2016 y el 8 de diciembre de 2016. La metodología utilizada para diseñar y difundir la encuesta fue *Google Doc*. En una primera fase se contactó con las asociaciones, siendo informadas del planteamiento y objetivo del cuestionario y solicitando su participación. Posteriormente, en una segunda fase, las asociaciones que decidieron colaborar recibieron el cuestionario con las instrucciones para su difusión. En una tercera fase, a una semana del cierre del cuestionario, se contactó nuevamente con las socias para recordar el plazo de cumplimentación.

El cuestionario diseñado constaba de 6 dimensiones, 34 ítems, 25 preguntas cerradas, 6 preguntas de respuesta múltiple y 3 preguntas abiertas. El tiempo medio de cumplimentación de la encuesta era de 5 minutos. Mediante las

respuestas obtenidas se realizó un estudio descriptivo para identificar las áreas de mejora en la promoción de la salud sexual en MSM y MSMH.

La encuesta que finalmente se entregó a la población a estudio se encuentra en el Anexo 1.

El análisis de datos se realizó con la herramienta Google Doc (estudio descriptivo de los resultados) y con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows.

Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 sea mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

Aquellos valores de $p < 0,05$ han sido considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

a. Ámbito sociodemográfico

El cuestionario fue completado por 168 mujeres (98,8%) y 2 hombres (1,2%).

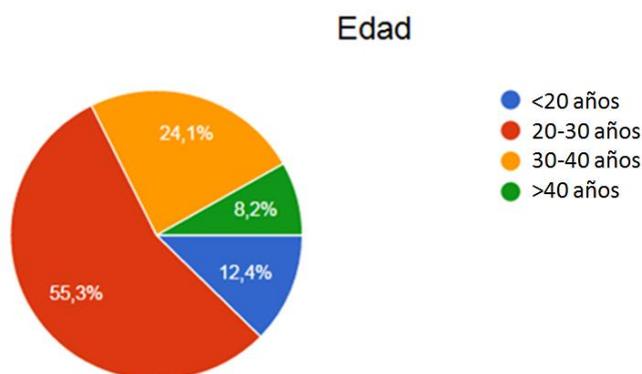


Ilustración 1: Categorización de la muestra por grupos de edades

De las 170 encuestadas 141 (83%) mujeres tenían estudios superiores (Formación universitaria o formación profesional), 24 (14,1%) hasta Bachillerato y 5 (2,9%) enseñanza secundaria obligatoria. 90 de ellas (52,9%) trabajan, 68 estudian (40%) y 12 están en paro (7,1%). Respecto a la labor profesional, la mayor parte se dedica a la enseñanza, al ámbito sanitario (enfermeras y médicas) o a la administración.

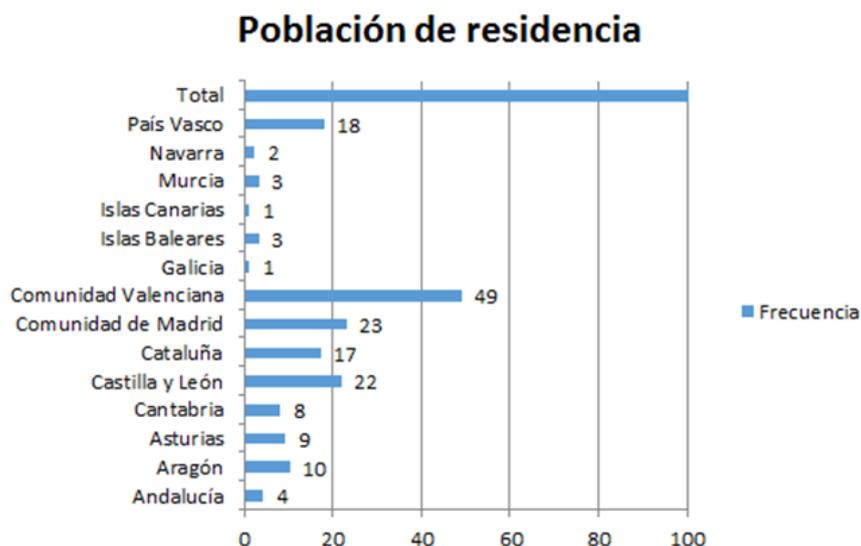


Ilustración 2: Población de residencia de las mujeres encuestadas

b. Información sobre I.T.S.

De las 168 mujeres encuestadas, 107 (63,6%) habían mantenido relaciones sexuales con hombres y mujeres y 63 (37,1%) habían mantenido relaciones sexuales exclusivamente con otras mujeres. Entre los 20-30 años es cuando el colectivo estudiado tiene mayor tendencia a las relaciones sólo con mujeres (p-valor=0,364).

En el último año, 141 (82,9%) han tenido relaciones con menos de 5 personas y la mayoría de ellas en edades comprendidas entre los 20 y los 30 años (p-valor=0,194), 19 (11,2%) con 5 a 10 personas, 6 (3,5%) con nadie, y 4 (2,4%) con más de 10 personas. De ellas, la mayoría tuvo relaciones sexuales sobre todo con mujeres (Ilustración 3).

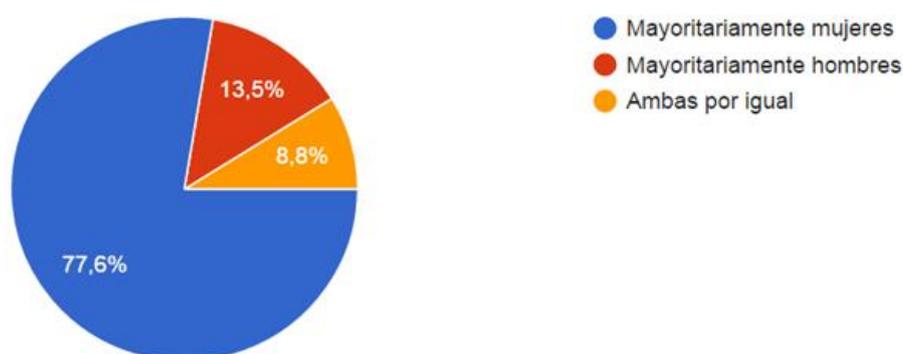


Ilustración 3: Porcentaje de mujeres que en último año han mantenido relaciones sexuales principalmente con mujeres, comparado con las mujeres que han mantenido relaciones sexuales principalmente con hombres

158 (92,9%) de las encuestadas creen que se pueden transmitir ITS entre mujeres, y 12 (7,1%) de ellas lo desconocen. 100 (58,8%) refieren haber tenido información sobre las ITS que se dan entre mujeres, frente a las 70 (41,2%) que no tenían esa información. Respecto a la pregunta de cómo han conseguido la información sobre las ITS que más frecuentemente se dan entre MSM, 78 (45,9%) habían buscado en internet, 52 (30,6%) habían sido informadas por alguna persona cercana, 47 (27,6%) habían sido informadas

por una asociación LGTB+, 33 (19,4%) lo habían leído en alguna revista científica, y 22 (12,9%) habían sido informada por su médico de cabecera.

c. Ámbito médico- sanitario

Del total de las mujeres encuestadas, 63 (37,1%) acudían a consulta de ginecología anualmente, 65 (36,5%) sólo cuando lo precisaban y 45 (26,5%) no acudían nunca. Respecto a la vacunación frente al VPH podemos observar la distribución de frecuencias en la ilustración 4.

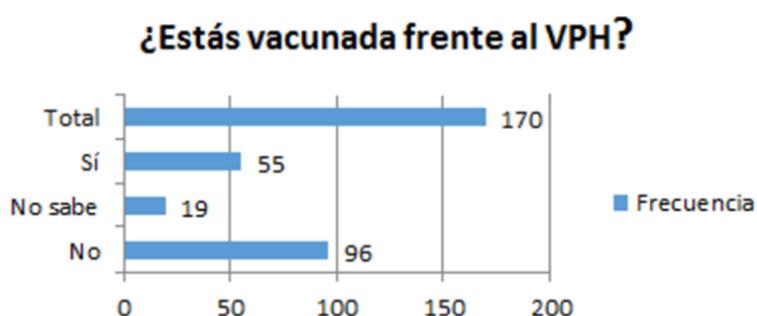


Ilustración 4: Frecuencia de MSM vacunadas frente al VPH

Cuando se les pregunta a las encuestadas sobre los tipos de pruebas realizadas frente a las ITS, observamos que la mayoría se había realizado las dos pruebas principales: serología y citología vaginal.

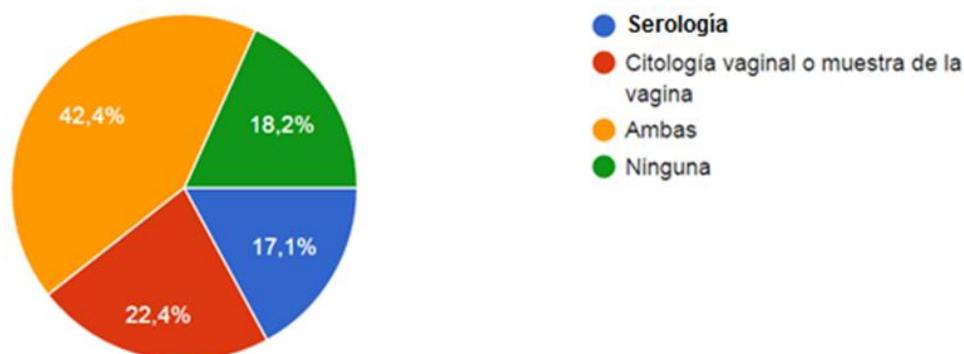


Ilustración 5: Porcentaje de mujeres MSM que se han realizado un cribado frente a ITS

En consulta sobre ITS, 81 (47,6%) de las mujeres encuestadas referían que su médico les ha ofrecido información sobre métodos de barrera, 46 (27,1%) habían pedido información a su médico y no se la había dado, y 43 (25,3%) habían pedido información a su médico y se la había dado.

A 139 (81,1%) del total de las MSM, su médico nunca les había preguntado sobre su orientación sexual frente al 31 (18,2%) que sí. 98 (57,6%) habían manifestado su orientación sexual a su médico y 72 (42,2%) no lo habían hecho nunca.

Cuando se preguntó sobre los motivos por los cuales no habían manifestado su orientación sexual, las respuestas fueron las siguientes: 58 (77,3%) de ellas no lo consideraban necesario, 9 (12%) por otras causas y 8 (10,7%) por miedo al rechazo.

De las que manifestaron su orientación sexual el 33 (39,8%) se sintieron incómodas con la reacción del profesional, mientras que 50 (60,2%) se sintieron bien.

d. ITS y prácticas sexuales

En la ilustración 6 podemos observar la distribución de frecuencias de las mujeres encuestadas sobre la pregunta “¿Han padecido alguna ITS?”. La mayoría de ellas refería “no” haber padecido una I.T.S. (p-valor=0,043).

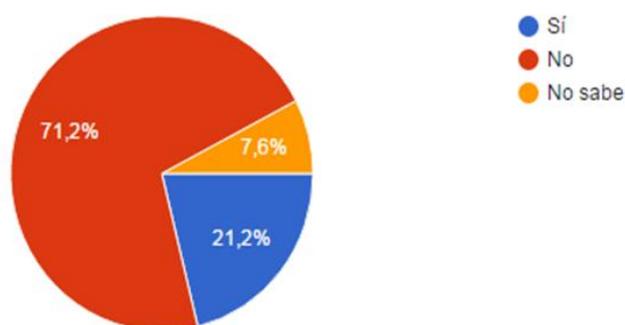


Ilustración 6: Frecuencia de MSM que conocen si han padecido alguna ITS

Entre las infecciones de transmisión sexual de las que refieren haber sido diagnosticadas las mujeres encuestadas, se encuentra principalmente la infección por clamidia (Ilustración 7).

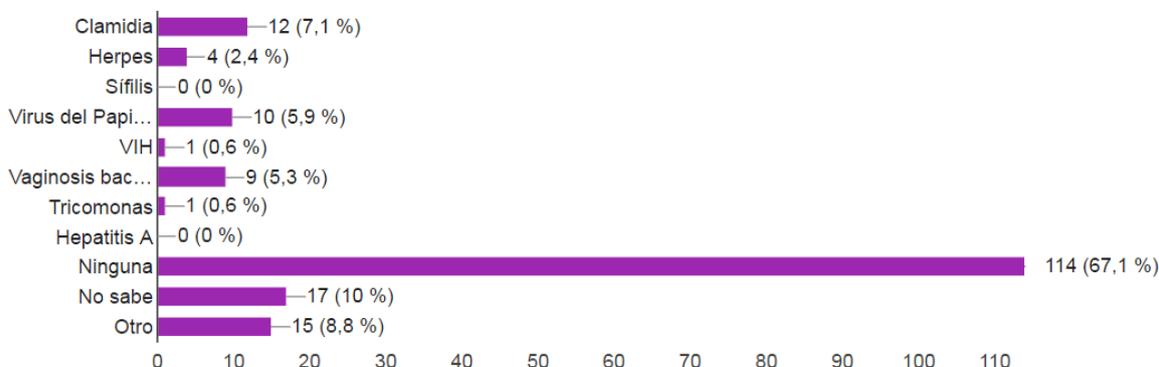


Ilustración 7: ITS entre MSM y MSMH

Las prácticas sexuales más frecuentes son: el sexo oral-vaginal (95,3%), penetración vaginal con dedo o mano (89,4%), estimulación clitorovagino-vaginal (86,5%) y estimulación clitoriana con una parte del cuerpo de la otra persona (83,5%). El 52% penetración vaginal con juguetes sexuales, 21,8% estimulación del clítoris con nalgas o ano de la otra persona, 20,6% penetración vaginal y anal con dedos, y 15,9% sexo oral-anal. De las mujeres encuestadas 79, (46,5%) comparten juguetes sexuales frente a 91 (53,5%) que no lo hacen.

Respecto a la pregunta sobre si mantenían relaciones sexuales durante la menstruación, 137 (80,6%) mujeres del total afirmaron que sí (Ilustración 8).

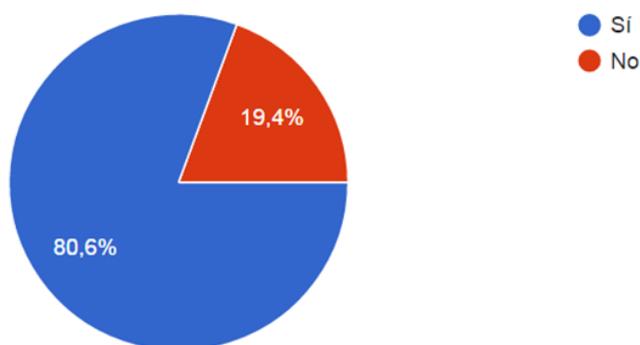


Ilustración 8: Porcentaje de MSM y MSMH que mantienen relaciones sexuales durante la menstruación

e. Métodos de barrera

Dentro de los métodos de barrera entre MSM, se preguntó sobre cuáles conocían. 116 (68,2%) conocían el preservativo femenino, 91 (53,5%) la barrera de látex, 52 (30,6%) guantes, 35 (20,6%) el uso de un preservativo abierto, 24 (14,1%) dediles, 24 (14,1%) no conocía ninguno de los anteriores, 13 (7,6%) conocían todos y 3 (1,8%) conocían otros no reflejados en el cuestionario.

A la pregunta de cuáles usaban en sus relaciones sexuales con mujeres, 137 (80,6%) respondieron que no usaban ninguno, frente a una persona (0,6%) que usaba todos. El resto, 14 (8,2%) barrera de látex, 12 (7,1%) preservativo abierto, 9 (5,3%) otros, 5 (2,9%) el preservativo femenino, 4 (2,4%) guantes, 3 (1,8%) dediles.

Cuando se preguntó sobre con quién usaban esos métodos barrera, la mayoría contestó que cuando tenían relaciones sexuales sólo con hombres (Ilustración 9).

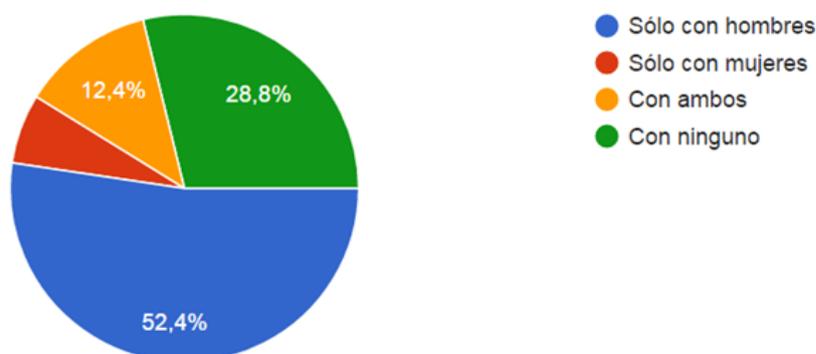


Ilustración 9: Porcentaje de utilización de métodos barrera según se tengan relaciones sólo con hombre, sólo con mujeres o con ambos.

De entre las MSM que usaban métodos de barrera con mujeres, 20 (11,8%) los usaban en penetración vaginal o anal con juguetes sexuales, 19 (11,2%) en sexo oral-vaginal, 8 (4,7%) en sexo oral-anal, 6 (3,5%) en estimulación clitorovagino-vaginal, 4 (2,9%) en penetración vaginal con dedos o mano, 3

(2,4%) en estimulación clitoriana con otras partes del cuerpo, 3 (2,4%) en penetración vaginal y anal con dedos o mano y una mujer (0,6%) en todas.

Del total de las mujeres encuestadas, 33 (19,4%) compraban los métodos de barrera en la farmacia, 14 (8,2%) en un sex-shop y 12 (7,1%) en otros sitios. En general 115 mujeres (67,2%) piensan que es difícil encontrar métodos de barrera entre mujeres, frente a 55 (32,4%) que piensan que es fácil.

f. Opinión

De las 168 mujeres encuestadas, 152 (89,4%) consideraban importante que los médicos pregunten sobre la orientación sexual en consulta de cara a tener datos fiables sobre la transmisión de ITS entre mujeres.

El 98,8% de las mujeres que participaron en la encuesta consideraron importante la existencia a nivel estatal de campañas destinadas a promover la salud sexual entre MSM y MSMH.

DISCUSIÓN

En este estudio hemos recopilado los datos extraídos en estudios previos y las experiencias de MSM y MSMH de toda la geografía española para describir las prácticas sexuales, conocimientos sobre promoción de la salud y áreas de mejora en España. Dos tercios de la muestra corresponden a MSMH, un tercio a MSM.

La mayoría de las encuestadas creen que se puede transmitir ITS entre mujeres, pero tan sólo la mitad tiene información al respecto. Casi en la mitad de la muestra de nuestro estudio la fuente de información ha sido obtenida a través de internet; esto llama la atención frente al 13% de la muestra, que ha sido asesorada por un médico de nuestro sistema.

Los datos extraídos en torno al uso del sistema de salud en cuestiones de índole ginecológica, el 26% de la muestra afirma nunca acudir a consulta de

ginecología, frente al 37% que lo hace anualmente. Datos que reflejan la gravedad de la cuestión son que tan sólo la mitad de la muestra está vacunada de VPH, y que un tercio nunca se ha realizado una serología ni una citología.

A la gran mayoría de mujeres que forman parte de la muestra nunca le han preguntado sobre su orientación sexual en consulta sobre ITS y sólo más de la mitad la ha manifestado, mayoritariamente porque no lo consideraba necesario. Sólo a la mitad de la muestra les han ofrecido información sobre métodos de barrera en consulta de ITS, no especificando si para MSH o MSM.

C.Trachomatis encabeza las I.T.S. más frecuentemente diagnosticada en nuestra muestra, seguida de VPH, Vaginosis bacteriana, Herpes, trichomonas y sólo un caso de VIH.

El 7,1% de la muestra ha sido infectadas por *C.Trachomatis*, entre las cuales el 25% de ellas ha mantenido relaciones sexuales sólo con mujeres a lo largo de su vida, y 67% mayoritariamente con mujeres en el último año. Estos resultados concuerdan con los datos de estudios previos en los que se ha demostrado una mayor positividad de *C.Trachomatis* entre MSM que en MSMH y MSH (6). El 67% de éstas acude a consulta de ginecología anualmente frente al 33% que lo hace sólo cuando precisa. No se ha podido calcular la prevalencia de *C.Trachomatis* en el total de la muestra dado que 58 mujeres (35%) nunca se habían realizado una citología.

Las recomendaciones de screening de *C.Trachomatis* incluyen una prueba anual en mujeres de 25 años y también en menores de 25 años, sexualmente activas, así como en mujeres mayores de 26 años con factores de riesgo tales como tener múltiples parejas y un uso deficiente o inexistente de métodos de barrera (15). Comparando estas recomendaciones con el screening de *C.Trachomatis* en mujeres menores de 20 años y entre 20-30 años de nuestra muestra, tan sólo a un 58% se les había realizado citologías vaginales a lo largo de su vida, frente a 42% a las que no se les había realizado. A 112 mujeres (65%) del total de mujeres de la muestra se les había hecho una citología vaginal a lo largo de su vida, frente a 58 (35%) a las que nunca se les

había realizado. Casi la totalidad de estas mujeres entrarían en la recomendación de screening de *C.Trachomatis* dado que 49 mujeres (28,8%) no usaban ningún método de barrera ni con hombres ni con mujeres, 11 mujeres (6,5%) sólo en las relaciones sexuales con mujeres, y 89 mujeres (52,4%) exclusivamente con hombres.

En revisiones bibliográficas de estudios coste-efectivos previos, la European Centre for Disease Prevention and Control ha concluido que al menos una estrategia de screening de *C.Trachomatis* sería coste-efectiva a nivel estatal (16).

De todas las encuestadas, 10 habían dado positivo a VPH, de las cuales 1 (10%) había mantenido relaciones sexuales sólo con mujeres a lo largo de su vida, y 7 mujeres (70%) han mantenido relaciones sexuales en el último año mayoritariamente con mujeres. Dentro de la muestra diagnosticada de VPH el 30% no se vacunó frente a VPH (rango de edad 20-30), a pesar de que la vacuna ha demostrado eficacia en la prevención de lesiones de CIN e infección persistente en mujeres mayores de 25 años, sin edad límite en la ficha técnica (17). Así mismo, la vacuna es eficaz frente a la reactivación y reinfección por los mismos serotipos (18). En estudios previos, el 88% de la muestra de ginecólogos cree que la vacuna del VPH está indicada en mujeres con exposición viral previa, aunque sólo el 66% la indican en estos casos, siendo casi unánime la afirmación de la necesidad de disponer de protocolos al respecto (19). Estos datos reflejan la necesidad de una mejora tanto en la formación de los profesionales, facilitando pautas de actuación en mujeres con infecciones previas por VPH, como una mejora en la difusión de cara al público sobre la importancia de la vacunación frente a VPH en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática. Así mismo, de los resultados obtenidos en nuestra muestra se refleja que la transmisión de VPH se da en mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales con hombres, y por tanto, el contagio se ha producido a través de mujeres infectadas. Si tenemos en cuenta los datos extraídos en estudios previos, como una menor realización del test de Papanicolau en MSM que en MSMH, así como la realización del primero en edades más tardías en MSM (9), podríamos afirmar que se necesita una

mejora en la prevención primaria del VPH en este colectivo. Dado que los serotipos asociados a SIL y VPH en MSM son 31/33/35/39 (10), sería recomendable fomentar la vacunación de este colectivo con Gardasil 9, que contiene dos de estos serotipos, y estará disponible en España a lo largo de este año.

4 mujeres de la muestra (2,4%) han sido diagnosticadas de herpes genital. De estas, 2 (50%) a lo largo de su vida han mantenido relaciones sexuales únicamente con mujeres, y 3 de ellas (75%) mantienen relaciones sexuales mayoritariamente con mujeres. Las prácticas sexuales más frecuentes son sexo oral vaginal, estimulación clitorovagino-vaginal, estimulación de clítoris con otras partes del cuerpo de la otra persona, y penetración vaginal con dedos y manos. Teniendo en cuenta que el VHS-2 puede transmitirse a través de superficies genitales o anales de aspecto normal en pacientes asintomáticos (20), el uso de métodos de barrera de la muestra del estudio es muy deficiente. El 50% de las infectadas no usan métodos de barrera en el sexo oral vaginal, la estimulación clitorovagino-vaginal, ni en el uso juguetes sexuales compartidos con penetración, y el 25% no usa métodos de barrera con mujeres ni acude a consulta de ginecología.

De las mujeres de la muestra 9 de ellas (5,3%) han sido diagnosticada alguna vez de Vaginosis Bacteriana, teniendo relaciones sexuales con mujeres mayoritariamente un 77%. El hecho de que las mujeres con Vaginosis Bacteriana tengan entre un 1,8 y un 1,9 veces más riesgo de infección por *Chlamydia Trachomatis* (21) en nuestra muestra queda reflejado con 2 mujeres (22,2%) que fueron infectadas de *C.Trachomatis* y Vaginosis Bacteriana. Un encuentro sexual con una mujer duplica el riesgo de contagio de Vaginosis Bacteriana (4) , pero el 77% de la muestra con Vaginosis Bacteriana no usa métodos de barrera con mujeres. Siendo factores de riesgo para la Vaginosis Bacteriana el uso de juguetes sexuales y el sexo oral anal (6), 4 mujeres de la muestra (44%) comparten juguetes sexuales con penetración (usando métodos de barrera solo 1 de ellas) y una (11%) practica sexo anal, también sin método de barrera.

Las prácticas sexuales que identificamos de riesgo para contraer ITS son mantener relaciones sexuales durante la menstruación, compartir juguetes sexuales, la estimulación del clítoris con las nalgas o ano de otra persona y el sexo oral-anal:

En nuestra muestra, la mayoría afirma mantener relaciones sexuales durante la menstruación. Un cuarto de la muestra practica la estimulación del clítoris con nalgas o ano de otra persona, usando métodos de barrera 3 de cada 100. Un porcentaje menor (15%) practica el sexo oral anal, usando para ello métodos de barrera tan sólo 5 de cada 100.

El 88,8% de nuestra muestra no usa métodos de barrera durante el sexo oral, lo que concuerda con estudios previos en los que 83,7% y el 87,3% no usaban métodos de barrera ni para practicar ni para recibir sexo oral (12).

La mitad de la muestra comparte juguetes sexuales, protegiéndolos con un preservativo una de cada 10. Este dato difiere de resultados en estudios con mayor tamaño muestral, en los que el 38% de la muestra usaba métodos de barrera en juguetes sexuales (12), mientras que en nuestro estudio tan sólo 11,8%.

Sólo un poco más de la mitad de la muestra conocía únicamente dos métodos de barrera frente a cinco, aunque la mayoría (80%) no usaba ningún tipo y sólo la infectada de VIH usaba todos.

La mitad usa métodos de barrera únicamente con hombres, frente a un cuarto con ninguno, y 12,4% con ambos

Los datos aportados sobre el uso de métodos de barrera muestran un índice muy bajo de protección, siendo el máximo de utilización una de cada 10 mujeres en penetración con juguetes sexuales y sexo oral-vaginal, y 5 de cada 100 en sexo oral-anal.

CONCLUSIONES

1- El cuestionario diseñado puede ser una herramienta útil para detectar áreas de mejora en la promoción de la salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres. Para conocer si sus propiedades psicométricas miden de forma fiable los problemas existentes en este colectivo, sería necesario implementar un estudio de validación estadística del cuestionario.

2- El pilotaje del cuestionario permitió confirmar que las preguntas cumplían los requisitos de comprensibilidad y aceptación entre las mujeres que fueron encuestadas.

3- La falta de una prueba microbiológica que confirme la presencia de ITS en las mujeres que respondieron al cuestionario, no permite calcular la prevalencia real entre MSM y MSMH. Esto se debe a que la mayor parte no acude a consultas de ginecología y no se ha sometido a un screening de ITS.

Sería recomendable que la información sobre ITS y métodos de barrera entre MSM fuese proporcionada por el médico, ya que el acceso a esta información se da en su mayoría vía internet. Esto requeriría una formación del colectivo médico en materia de transmisión de ITS entre MSM y conocimiento tanto de las prácticas sexuales como de los métodos de barrera.

4- Las MSM y MSMH tienen prácticas de riesgo como las relaciones sexuales durante la menstruación, el uso compartido de juguetes sexuales, el sexo oral-anal y la estimulación de clítoris con nalgas o ano de la otra persona. La necesidad de promoción de salud dentro de este colectivo ha quedado reflejada en los datos referentes al deficiente uso de métodos de barrera. La venta de estos métodos de barrera, que difieren del tradicional preservativo, debería estar facilitada en farmacias.

5- Sería recomendable incluir la orientación sexual dentro de la anamnesis de una paciente que acude por ITS para recomendar los métodos de barrera oportunos. A la gran mayoría de las MSM y MSMH no se le ha preguntado por su orientación sexual en consulta de ITS, y la mitad la han manifestado espontáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xu F, Sternberg MR, Markowitz LE. Women Who Have Sex With Women in The United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection—: Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2006. *Sex Transm Dis.* 2010 Jun;1.
2. José Antonio Usandizaga Beguiristáin P de la FP. *Obstetricia y ginecología.* Vol. Vol. 2. Madrid: Marbán; 2010.
3. Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization of Vaginal Flora and Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex with Women. *J Infect Dis.* 2002 May 1;185(9):1307–13.
4. Fethers KA, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. Sexual Risk Factors and Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis.* 2008 Dec 1;47(11):1426–35.
5. Marrazzo JM, Thomas KK, Agnew K, Ringwood K. Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis.* 2010 May;37(5):335–9.
6. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health.* 2011 Jul 1;101(7):1284–90.
7. Cherpes TL, Meyn LA, Hillier SL. Cunnilingus and vaginal intercourse are risk factors for herpes simplex virus type 1 acquisition in women. *Sex Transm Dis.* 2005 Feb;32(2):84–9.
8. Cherpes TL, Meyn LA, Krohn MA, Lurie JG, Hillier SL. Association between Acquisition of Herpes Simplex Virus Type 2 in Women and Bacterial Vaginosis. *Clin Infect Dis.* 2003 Aug 1;37(3):319–25.
9. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis.* 1998 Dec;178(6):1604–9.
10. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* 2001 Jun;91(6):947–52.
11. Schick V, Rosenberger JG, Herbenick D, Reece M. Sexual behaviour and risk reduction strategies among a multinational sample of women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2012 Oct;88(6):407–12.
12. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2013 Jan;120(1):42–5.
13. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2006 Sep;83(5):970–9.
14. Lindley LL, Walsemann KM, Carter JW. Invisible and at risk: STDs among young adult sexual minority women in the United States. *Perspect Sex Reprod Health.* 2013 Jun;45(2):66–73.

15. Keegan MB, Diedrich JT, Peipert JF. Chlamydia trachomatis Infection: Screening and Management. *J Clin Outcomes Manag JCOM*. 2014 Jan;21(1):30–8.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe: literature review [Internet]. www.ecdc.europa.eu. [cited 2017 Mar 8]. Available from: <http://ecdc.europa.eu/search/Pages/results.aspx?k=chlamydia+prevention>
17. Martínez Ochoa, Eva. Vacunación frente al virus del papiloma humano en situaciones de riesgo. In Logroño; 2015 [cited 2017 Feb 20]. Available from: <http://studylib.es/doc/8750703/vph---socinorte>
18. Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A Review of Clinical Trials of Human Papillomavirus Prophylactic Vaccines. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30(0 5):F123.
19. Torné Bladé A, Rodríguez B, María J, Castellsagué Piqué X, Sánchez MC, García García E, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. *Prog Obstet Ginecol*. :10–31.
20. OMS | Virus del herpes simple [Internet]. WHO. [cited 2017 Feb 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/es/>
21. Bautista CT, Wurapa E, Saterén WB, Morris S, Hollingsworth B, Sanchez JL. Bacterial vaginosis: a synthesis of the literature on etiology, prevalence, risk factors, and relationship with chlamydia and gonorrhea infections. *Mil Med Res* [Internet]. 2016 Feb 13 [cited 2017 Mar 8];3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752809/>

ANEXO

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES, Y MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES Y HOMBRES

Este cuestionario ha de ser rellenado sólo por "mujeres que tengan sexo con mujeres" (MSM), o "mujeres que tengan sexo con mujeres y hombres" (MSMH). En éste, MUJER es equivalente a "persona que tenga vagina de forma biológica", no pudiendo abarcar otras identidades de género dada la ausencia de estudios científicos respecto al tema en cuestión.

El cuestionario consta de 33 ítems y tardará un máximo de 5 minutos en completarlo. Para hacer más ligera la lectura, se usa el acrónimo I.T.S para referirse a "infecciones de transmisión sexual", así como la terminología científica MSM y MSMH explicada anteriormente.

En algunos ítems sólo se puede seleccionar una de las respuestas, en otros es de selección múltiple, y hay alguno con un espacio en blanco para rellenar. Al finalizar el cuestionario asegúrate de haber completado todos los apartados y darle a "enviar".

La encuesta es ANÓNIMA y las respuestas serán tratadas de forma totalmente confidencial.

¡Gracias por tu colaboración!

*Obligatorio

ÁMBITO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

- <20 años
 20-30 años
 30-40 años
 >40 años

3. Nivel máximo de estudios alcanzado *

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria obligatoria
 Bachillerato
 Estudios superiores (Formación Profesional o Universidad)

4. ¿Trabajas? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No, estudio.
- No, en paro

5. ¿En qué trabajas?

6. Población de residencia *

Marca solo un óvalo.

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Cataluña
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y León
- Ceuta o Melilla
- Comunidad de Madrid
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- Islas Baleares
- Islas Canarias
- La Rioja
- País Vasco
- Murcia
- Navarra

INFORMACIÓN SOBRE I.T.S

I.T.S = Infección de Trasmisión Sexual

7. A lo largo de su vida ha mantenido relaciones sexuales con: *

Marca solo un óvalo.

- Mujeres
- Mujeres y Hombres

8. **Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales durante el último año:** *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- <5 personas
- 5-10 personas
- >10 personas

9. **Las personas referidas en el apartado anterior son:** *

Marca solo un óvalo.

- Mayoritariamente mujeres
- Mayoritariamente hombres
- Ambas por igual

10. **¿Crees que se pueden transmitir I.T.S entre mujeres?** *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sé

11. **¿Tienes información sobre las I.T.S que se dan entre mujeres?** *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

12. **En el caso de conocer las I.T.S más frecuentes entre MSM, ¿de dónde has sacado esa información?** *

MSM= mujeres que tienen sexo con mujeres. (Puedes seleccionar más de una opción)
Selecciona todos los que correspondan.

- Por alguna persona cercana a ti
- Has buscado en internet
- Te ha informado alguna asociación LGTB+
- Lo has leído en alguna revista científica
- Te ha informado algún medico/a

ÁMBITO MÉDICO-SANITARIO

13. **¿Con qué frecuencia acudes a consulta de ginecología?** *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Anualmente
- Cuando precisa

14. **¿Estás vacunada contra el virus del papiloma humano? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe

15. **¿Cuáles de estas pruebas de infecciones de transmisión sexual te han realizado? ***

Marca solo un óvalo.

- Analítica de sangre
 Citología vaginal o muestra de la vagina
 Ambas
 Ninguna

16. **En consulta, sobre métodos de barrera: ***

Marca solo un óvalo.

- La/El profesional sanitario te ha ofrecido información al respecto
 Has pedido información a un profesional sanitario y SÍ te la ha dado
 Has pedido información a un profesional sanitario y NO te la ha dado

17. **¿Te ha preguntado algún/a profesional sanitario/a, en una consulta en relación con una I.T.S, sobre tu orientación sexual? ***

I.T.S= infección de transmisión sexual

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

18. **¿Has manifestado tu orientación sexual en consulta? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

19. **En caso de no haberlo hecho ¿por qué ha sido?**

Marca solo un óvalo.

- No lo considerabas necesario
 Miedo al rechazo
 Otro: _____

20. **En caso de haberlo hecho, ¿Cómo te has sentido?**

I.T.S y PRÁCTICAS SEXUALES

21. **¿Has padecido alguna I.T.S? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe

22. **¿Cuales? ***

(Puedes seleccionar más de una)

Selecciona todos los que correspondan.

- Clamidia
 Herpes
 Sífilis
 Virus del Papiloma Humano
 VIH
 Vaginosis bacteriana
 Tricomonas
 Hepatitis A
 Ninguna
 No sabe
 Otro: _____

23. **¿Qué tipo de prácticas sexuales realizas con mujeres? ***

(Puedes seleccionar más de una)

Selecciona todos los que correspondan.

- Sexo oral-vaginal
 Sexo oral-anal
 Estimulación clitorovagino-vaginal
 Estimulación clítoro-vaginal mediante el roce con una parte del cuerpo de la otra persona
 Estimulación del clítoris contra las nalgas-ano de la otra persona
 Penetración vaginal con dedos o mano
 Penetración vaginal y anal con dedos
 Penetración vaginal con juguetes sexuales
 Otro: _____

24. **¿Durante el sexo, compartes juguetes sexuales con la otra persona? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

25. **¿Alguna vez has tenido o tienes relaciones sexuales con la menstruación? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son aquellos elementos que usas para no contagiar o contagiarte de una infección de transmisión sexual.

26. **¿Cuales de estos métodos de barrera conoces? ***

(puedes seleccionar más de uno)

Selecciona todos los que correspondan.

- Barrera de latex o dental Damns
 Condón femenino
 Condón abierto
 Dedil
 Guante
 Ninguno
 Todos
 Otro: _____

27. **¿Cuáles de los anteriores usas cuando tienes relaciones sexuales con mujeres? ***

(Puedes seleccionar más de uno)

Selecciona todos los que correspondan.

- Barrera de latex o dental Damns
 Condón femenino
 Condón abierto
 Dedil
 Guante
 Ninguno
 Todos
 Otro: _____

28. **¿Con quién usas métodos de barrera? ***

Marca solo un óvalo.

- Sólo con hombres
 Sólo con mujeres
 Con ambos
 Con ninguno

29. **¿Durante qué prácticas sexuales usas métodos de barrera? ***

(Puedes seleccionar más de una)

Selecciona todos los que correspondan.

- Sexo oral vaginal
- Sexo oral anal
- Estimulación clitorovaginal con otras partes del cuerpo de la otra persona
- Estimulación clitorovaginal con las nalgas o ano de la otra persona
- Penetración vaginal con dedos o mano
- Penetración vaginal y anal con dedos o mano
- Penetración vaginal o anal con juguetes sexuales
- En ninguna
- En todas

30. **¿Dónde compras los métodos de barrera? ***

Marca solo un óvalo.

- Farmacia
- Sex shop
- Otros
- No los compras porque no los usas

31. **Sobre la compra de métodos de barrera ¿te parecen que se encuentran fácilmente? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

OPINIÓN

32. **¿Consideras importante que las/los profesionales en salud pregunten por tu orientación sexual, de cara a que en un futuro se tengan análisis fidedignos sobre la transmisión de I.T.S entre mujeres? ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

33. **¿Consideras importante que existan a nivel estatal campañas destinadas a promover la salud sexual en MSM y MSMH? ***

MSM= mujeres que tienen sexo con mujeres. MSMH: mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

34. ¿Hay una buena difusión de la información sobre I.T.S entre MSMS y MSMH en la actualidad? ¿Qué mejoras propondrías? *
