



SECRETARÍA
DE SALUD

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Dirección de Formación, Actualización Médica e Investigación
Comité de Ética en Investigación Nivel Central
Formato: FIR-3

FORMATO DE REGISTRO DE PROTOCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD SIN RIESGO Y RIESGO MÍNIMO

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. Para ingresar la información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo década apartado, se solicita el mismo tipo de letra, con espaciado sencillo y usar mayúsculas y minúsculas.

I. Ficha de identificación														
título del proyecto de investigación PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA CUAUHTÉMOC														
INVESTIGADORES PARTICIPANTES				INSTITUCIÓN/ESPECIALIDAD				FIRMA						
Nombre del Investigador principal (<i>médico residente</i>) Guadalupe Roxana Cuellar Sanchez				Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia										
Nombre del investigador asociado, en caso de existir Doctor Ubaldo Ramos Alamillo				Profesor adjunto de la especialidad de Ginecología y Obstetricia										
Nombre del profesor titular de la Especialidad Doctora Sofía Desirée Esquivel Montoya				Profesor adjunto de la especialidad de Ginecología y Obstetricia										
Domicilio y teléfono del investigador principal Calle talpa mz 220 lote 18 Colonia San Felipe de Jesús GAM Celular: 5531897317														
Correo electrónico del investigador principal gpeunam@gmail.com														
Unidad(es) operativa(s) dónde se realizará el estudio CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA CUAUHTÉMOC														
II. Servicio dónde se realizará el estudio														
X	Medicina		Odontología		Nutrición		Administración							
	Enfermería		Psicología		Trabajo Social		Otra (especifique)							
III. Área de especialidad donde se realizará el estudio														
	Anestesiología		Medicina Interna		Medicina de Urgencias		Dermatopatología							
	Cirugía General		Medicina Familiar		Cirugía Pediátrica		Medicina Crítica							
X	Ginecología y Obstetricia		Ortopedia		Cirugía Plástica y Reconstructiva		Medicina Legal							
	Pediatría		Dermatología		Otra (especifique)									
IV. Periodo de estudio														
DEL	0	1	0	1	2	2	AL	3	1	0	5	2	3	
	Día		Mes		Año			Día		Mes		Año		
V. Datos de validación														
Jefe de Enseñanza e Investigación						Nombre			Firma					
Dra Inés López Islas														
Director de la Unidad Operativa						Dr. Ubaldo Ramos Alamillo								
Director de Tesis						Dr. Jesús Raymundo González Delmotte								
ESPACIO PARA SER LLENADO POR EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA														
Aprobación y registro			080523			Fecha de recepción			090523			Fecha de aprobación		
			Día Mes Año						Día Mes Año					
Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, aprueban por consenso la evaluación del protocolo que se indica.														
Nombre del presidente									Firma					
Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética														
Dictamen						Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>			Hacer correcciones y presentar nuevamente			No aprobado		
Fecha de registro			100523			Código de registro			20010			Unidad Clave Número Año		
			Día Mes Año											



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA
CUAUHTÉMOC”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR GUADALUPE ROXANA CUELLAR SANCHEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORES DE TESIS
DOCTOR UBALDO RAMOS ALAMILLO
DOCTORA SOFÍA DESIREE ESQUIVEL MONTOYA**

**CICLO ACADÉMICO
MARZO 2020- FEBRERO 2024**

**HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
2024**



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA
CUAUHTÉMOC”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR GUADALUPE ROXANA CUELLAR SANCHEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORES DE TESIS
DOCTOR UBALDO RAMOS ALAMILLO
DOCTORA SOFÍA DESIREE ESQUIVEL MONTOYA**

**CICLO ACADÉMICO
MARZO 2020- FEBRERO 2024**

**HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
2024**



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**"PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA
CUAUHTÉMOC"**

Autora: Doctora Guadalupe Roxana Cuellar Sanchez

Vo.Bo

Doctor Jesús Raymundo González Delmotte
Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia
del Hospital General Dr. Enrique Cabrera

Vo.Bo

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano
Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



Vo.Bo

Doctor Ubaldo Ramos Alamillo

**Profesor adjunto de la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Clínica
Especializada Condesa Cuauhtémoc**

Director de Tesis

Vo.Bo

Doctora Sofía Desirée Esquivel Montoya

**Profesor adjunto de la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Clínica
Especializada Condesa Cuauhtémoc**

Directora de Tesis

ÍNDICE		<i>Pág.</i>
1	RESUMEN	1
2	ABSTRACT	2
3	MARCO TEÓRICO	3
4	JUSTIFICACIÓN	13
5	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
6	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	16
7	HIPÓTESIS	17
8	MATERIAL Y MÉTODOS	18
9	CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
10	CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	20
11	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
12	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	24
13	INSTRUMENTO	25
14	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
15	ASPECTOS ÉTICOS	27
16	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	37
17	CRONOGRAMA	38
18	RESULTADOS	39
19	DISCUSIÓN	52
20	CONCLUSIONES	55
21	BIBLIOGRAFÍA	56
22	ANEXOS	59

1. RESUMEN

“PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA”

Introducción: En el mundo, aproximadamente 36.7 millones viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), más del 50% son mujeres. Personas con VIH poseen mayor riesgo de presentar infecciones por distintos agentes y úlceras vulvares que incrementan el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. (1,10)

Objetivo: Identificar las patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Material y métodos: Se realizó un estudio con diseño transversal. Se identificaron las patologías vulvares presentes en pacientes con diagnóstico de VIH durante el periodo comprendido del 01-01-22 al 1-06-2023 en la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc, Ciudad de México; así como su relación con los niveles séricos de linfocitos CD4 y carga viral con el grado de afección vulvar, la información fue recopilada en el instrumento previamente diseñado para este fin y posteriormente trasladada a una hoja de datos Exel para realizar el análisis estadístico. Se utilizó prueba T para variables numéricas con la finalidad de establecer dependencia con el diagnóstico de patología vulvar, con una $p < 0.05$ para la significancia estadística.

Resultados: 61 casos evaluados, las patologías vulvares más comunes fueron condilomatosis en el 54.1%, molusco contagioso en el 16.4% y herpes genital en el 8.2%, así mismo, el 27.9% de las pacientes no tenían un adecuado apego al tratamiento, se encontró relación entre algunas patologías con variables como la edad y los niveles de CD4.

Conclusiones: Se presentaron patologías vulvares en el 98.4% de pacientes, se encontró relación entre la aparición de liquen escleroso con la edad, así como relación entre la presencia de molusco contagioso y condilomatosis con niveles disminuidos de linfocitos CD4.

Recursos e infraestructura: Los recursos de esta investigación corrieron a cuenta del investigador, la infraestructura fue la ofrecida por la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc, Ciudad de México

Tiempo a desarrollarse el estudio: 01-01-2022 a 01-06-2023

Palabras clave: VIH, patología vulvar, linfocitos CD4, carga viral.

2. ABSTRACT

"VULVAR PATHOLOGIES PRESENT IN PATIENTS LIVING WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUSES AT THE CONDESA CUAUHTEMOC CLINIC"

Introduction: In the world, approximately 36.7 million live with the human immunodeficiency virus (HIV), more than 50% are women. People with HIV have a higher risk of presenting infections by different agents and vulvar ulcers that increase the risk of transmission of the human immunodeficiency virus. (1,10)

Objective: To identify the vulvar pathologies present in patients living with Human Immunodeficiency Virus.

Material and methods: A study with a cross-sectional design was carried out. Vulvar pathologies present in patients diagnosed with HIV were identified during the period from 01-01-22 to 06-1-2023 at the Condesa Cuauhtémoc Specialized Clinic, Mexico City; as well as its relationship with the serum levels of CD4 lymphocytes and viral load with the degree of vulvar involvement, the information was compiled in the instrument previously designed for this purpose and later transferred to an Excel data sheet to carry out the statistical analysis. The T test was used for numerical variables in order to establish dependence with the diagnosis of vulvar pathology, with $p < 0.05$ for statistical significance.

Results: 61 cases evaluated, the most common vulvar pathologies were condylomatosis in 54.1%, molluscum contagiosum in 16.4% and genital herpes in 8.2%, likewise, 27.9% of the patients did not have adequate adherence to treatment, found a relationship between some pathologies with variables such as age and CD4 levels.

Conclusions: Vulvar pathologies occurred in 98.4% of patients, a relationship was found between the appearance of lichen sclerosus with age, as well as a relationship between the presence of molluscum contagiosum and condylomatosis with CD4 lymphocyte low levels.

Resources and infrastructure: The resources of this research were borne by the researcher, the infrastructure was offered by the Condesa Specialized Clinic, Mexico City

Time to develop the study: 01-01-2022 to 06-01-2023

Key words: HIV, vulvar pathology, CD4 lymphocytes, viral load.

3. MARCO TEÓRICO

En el mundo viven, aproximadamente, 36.7 millones de personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de las cuales más del 50% son mujeres. En el continente africano se encuentra la mayor cantidad de personas con esta enfermedad, mientras que en Latinoamérica es Brasil el país con la tasa de prevalencia más alta. ⁽¹⁾

En un estudio transversal descriptivo realizado en Brasil por **Lima et al. en el 2017** en una clínica de atención a pacientes con VIH se observó que más del 95% de las mujeres que viven con este virus fueron diagnosticadas durante la atención prenatal, sin embargo, de estas pacientes el 84.3% ya tenían hijos previos al diagnóstico. ⁽¹⁾

En estudios realizados en España se ha estimado que cerca del 18% de las personas con VIH desconocen que se han contagiado, este porcentaje de la población puede llegar a transmitir el virus, de forma inadvertida, 3.5 veces más que los pacientes con diagnósticos tempranos o que reciben tratamiento, derivado de esta situación cerca del 47.6% de los nuevos diagnósticos realizados son tardíos y de estos el 28.1% se realizan en etapas avanzadas de la enfermedad. ⁽²⁾

En un estudio publicado por **Palacios-Bena et al. en el 2020** sobre los perfiles de los pacientes con nuevo diagnóstico de VIH y los diferentes factores relacionados con el diagnóstico tardío entre el 2014 y el 2018 se observó que el 73% de la población contaba con un nivel educativo medio/bajo, en cuanto a la edad, el grupo etario con mayor número de pacientes fue el de 30-39 años, pero el número de diagnósticos tardíos incrementaba de forma progresiva a la par que la edad hasta llegar a los pacientes mayores de 49 años con el 68.2%. También se determinó como factor de diagnóstico precoz de VIH otras infecciones de transmisión sexual concomitantes. ⁽²⁾

En las mujeres de mayor edad se ha observado una disminución en el uso de métodos anticonceptivos por la nula posibilidad de embarazo, esto aunado a los cambios fisiológicos vaginales existe a un mayor riesgo de contagio de VIH en este grupo poblacional. ⁽³⁾

El nivel educativo bajo, así como la migración son dos factores importantes que determinan una mayor vulnerabilidad en las mujeres al momento de llegar al diagnóstico de VIH realizándose este de forma tardía y en ocasiones se acompaña de coinfección por sífilis. ⁽³⁾

En cuanto a la mortalidad, tanto el diagnóstico tardío como la migración son dos factores determinantes en el deceso de las pacientes pues las personas que se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad tienen a presentar una mala respuesta al tratamiento conduciéndolos a un mayor riesgo de progresar hacia el SIDA. ⁽³⁾

Acorde a cifras publicadas en el 2022, en Brasil cerca de 330 mil mujeres viven con VIH/SIDA. De forma aproximada, hay 12 millones de personas en el mundo con diagnóstico de sífilis y 31 mil mujeres habitantes de dicho país latinoamericano cursan con esta infección causada por espiroquetas. ⁽⁴⁾

Se han estudiado los posibles mecanismos que aumentan el riesgo de alteraciones en la microbiota genital, de adquirir infecciones de transmisión sexual y desarrollo de candidiasis en las pacientes con VIH, y se ha identificado, como parte del proceso fisiopatológico un aumento de citocinas proinflamatorias, mayor afluencias de las células diana del VIH y una alteración en la integridad de la barrera epitelial del tracto genital por ser, las células de la submucosa parte de los tipos celulares diana del virus. ⁽⁵⁾

Otro mecanismo fisiopatológico en la alteración de la microbiota genital es la pérdida de *Lactobacillus* spp., por lo cual existe una reducción del ácido láctico, del peróxido de hidrógeno y otras proteínas antimicrobianas que suelen inhibir al virus de inmunodeficiencia humana y otros agentes causales de infecciones de transmisión sexual. ⁽⁵⁾

Durante la menopausia, las capas del epitelio vaginal tienen una reducción en número convirtiéndose en piel más delgada, las secreciones disminuyen y la mucosa se vuelve “seca” por lo que también se convierte en una zona más irritable. La disminución de los estrógenos propicia una disminución del glucógeno intracelular y como consecuencia la disminución de lactobacilos, por lo que el pH vaginal aumenta. ⁽⁶⁾

Es conocido que las hormonas esteroideas, en particular el estradiol, juegan un papel importante en la modulación del sistema inmune y que las personas con VIH cursan con una importante disfunción hormonal, es por esto que **En el 2022 Coburn et al.** realizaron un estudio sobre la asociación existente entre los niveles de estradiol y la enfermedad por

VIH en las mujeres premenopáusicas donde observaron que los niveles de estradiol total son significativamente más bajos en las mujeres con VIH en comparación con las mujeres que no cursan con esta enfermedad, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones al evaluar los niveles de estradiol libre. ⁽⁷⁾

El epitelio y la dermis vulvar contienen abundantes receptores de estrógenos tipo α especialmente en los labios menores y la pared vaginal, por lo que ante la disminución de esteroides sexuales la elastina, el ácido hialurónico y el colágeno de la lámina propia se reducen y el epitelio vaginal se ve adelgazado de manera importante, y presenta inflamación por lo que se vuelve un tejido susceptible de ulceraciones. ⁽⁸⁾

En un estudio realizado por **Real et al. en el 2019** donde inocularon el virus de inmunodeficiencia humana en células epiteliales in vitro donde pudieron observar en tiempo real por video-microscopia multidimensional la infección del virus de VIH en la mucosa. En este estudio observaron en el microscopio confocal el momento en que los linfocitos CD4+ que fueron primeramente infectados por la proteína del envoltorio viral ya no se adhieren al epitelio. ⁽⁹⁾

El contacto entre los linfocitos CD4+ infectados con el resto del epitelio se establece en los primeros 30 minutos posteriores a la inoculación mediante la comunicación entre viral, la célula infectada y células epiteliales, el virus es liberado de manera lateral a la superficie del epitelio sin interrumpir esta comunicación. ⁽⁹⁾

Las personas con VIH poseen un mayor riesgo de presentar infecciones por distintos agentes y a su vez la presencia de úlceras vulvares causadas por diversas infecciones incrementan el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. ⁽¹⁰⁾

El herpesvirus simple tipo 2 tiene una prevalencia de entre el 50 y 90% entre las personas con VIH y es la causa más frecuente de úlceras genitales. La transmisión de este virus se lleva a cabo mediante la exposición a secreciones mucosas durante el periodo de replicación viral o por el contacto directo con las úlceras, sin embargo, es posible adquirir la enfermedad aun cuando las lesiones no puedan ser identificadas clínicamente. ⁽¹⁰⁾

Otra infección viral común entre los pacientes con VIH es el molusco contagioso, de forma más específica el MCV tipo 2. Este virus se presenta con lesiones generalizadas que

afectan la piel y el epitelio folicular en forma de pápulas o nódulos elevados y umbilicados.⁽¹⁰⁾

La coinfección de VIH con sífilis es una condición común pues ambas enfermedades tienen un efecto sinérgico. La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta *T. pallidum*, que se divide en 4 fases; primaria, secundaria, latente y terciaria. La fase primaria se caracteriza por la presencia de un chancro único que aparece posterior a 10 a 90 días en el sitio de exposición que progresa a una úlcera no purulenta que se autolimita en las siguientes 4 a 6 semanas. En las mujeres, el desarrollo de las lesiones primarias se limita a la vulva y se acompañan de dolor y linfadenopatía regional.⁽¹⁰⁾

Candida albicans es un hongo oportunista responsable de la Candidiasis vaginal y pese a que más del 75% de las mujeres habitantes en América del Norte han cursado con un cuadro de infección por este agente uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de Candidiasis es la inmunosupresión como la que presentan las pacientes con VIH.⁽¹⁰⁾

En Estados Unidos, el costo anual de la candidiasis vulvovaginal es de \$368 millones de dólares y en pérdida de la actividad económica se calcula un costo de \$4.8 billones por infecciones recurrentes representando un problema de salud pública serio.⁽¹¹⁾

El liquen escleroso es una patología que se presenta en aproximadamente el 1.7% de todas las consultas ginecológicas, se estima una incidencia de 14.6 por cada 100,000 mujeres-año. En forma general tiene una mayor predilección por el sexo femenino. Esta enfermedad se limita al área genital, pero en el 6% de los casos puede afectar otras partes del cuerpo como cuello, hombros y muñecas.⁽¹²⁾

El liquen escleroso es una condición inflamatoria crónica que afecta la región anogenital, en las mujeres, la presentación vulvar se encuentra asociada a enfermedades autoinmunes. Con mayor frecuencia es una patología que se presenta en personas prepuberales y posmenopáusicas y se manifiesta como parches hipopigmentados con textura de papel de cigarrillo, acompañados de Petequias, fisuras y erosiones. Más del 5% de las mujeres que cursan con liquen escleroso llegan a desarrollar carcinomas vulvares de células escamosas.⁽¹³⁾

El liquen plano erosivo vulvovaginal es una enfermedad que, como su nombre lo indica, se caracteriza por la presencia de erosiones con bordes reticulares que en muchas ocasiones son indistinguibles del penfigoide de las membranas mucosas y el pénfigo vulgar. Este liquen se acompaña de manifestaciones clínicas orales como estenosis esofágica u odinofagia. ⁽¹³⁾

El liquen plano pese a ser de etiología desconocida es una patología inflamatoria fuertemente relacionada con alteraciones en la función de las células mediadoras del sistema inmune, así como con otras enfermedades inmunológicas concomitantes, esta última condición se ha observado en hasta un tercio de las pacientes que presentan este liquen y se calcula una prevalencia menor al 1% en la población general, pero, es de considerarse que más del 70% de las pacientes con liquen plano erosivo vulvovaginal cursan con manifestaciones orales. ⁽¹⁴⁾

Otro tipo de liquen es el simple crónico vulvar, esta enfermedad, es inflamatoria y crónica, pero a diferencia de las anteriores, no es erosiva. Se caracteriza por prurito intenso, intermitente o crónico, y eritema; el prurito suele ser de mayor intensidad en la tarde o por la noche, incluso llegando a perturbar el sueño de la paciente. En general el liquen simple crónico vulvar se presenta en el 10-35% de la población adulta y de forma frecuente estas pacientes cuentan con antecedentes de atopia. ⁽¹⁴⁾

Una de las dermatosis vulvares inflamatorias que pueden presentarse en las mujeres con VIH es el síndrome de Reiter, patología de patrón acantótico que en la población femenina general es poco frecuente y se considera casi exclusiva de los hombres. ⁽¹⁵⁾

El síndrome de Reiter es una enfermedad que engloba uretritis, conjuntivitis y artritis, y que además se acompaña de fiebre, malestar general y lesiones cutáneas que, por lo general, aparecen en pies, manos y vulva. Este síndrome es imposible diferenciarlo de la psoriasis pustulosa tanto clínica como histológicamente. ⁽¹⁵⁾

La infección por virus del papiloma humano se considera la enfermedad de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, pues más del 75% de la población mundial cursa con esta patología, sin embargo, en los pacientes con VIH la prevalencia de la infección aumenta. ⁽¹⁶⁾

En el **2019 Smith et al.** realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre el cáncer ginecológico en las mujeres con VIH. En este estudio determinaron que los cánceres vulvares y vaginales tienen una incidencia de 1,000 casos por cada 100, 000 personas-año, y específicamente, el cáncer vaginal presenta una incidencia de 70 por 100, 000 personas-año; ambas tasas demuestran que, en comparación con la población general, las mujeres con VIH presentan incidencias de cáncer ginecológicos más altas y esta aumenta de forma significativa después del diagnóstico de SIDA. ⁽¹⁷⁾

En este estudio también se determinó que la progresión de las neoplasias intraepiteliales vulvares hacia cáncer vulvar se estima en 8.3% en 2 años siendo esta más alta en las mujeres con VIH comparado con el resto de la población sana. ⁽¹⁷⁾

El cáncer vulvar representa el cuarto tipo de cáncer ginecológico más frecuente y engloba el 6% de todos los tumores malignos que se desarrollan en los genitales femeninos. Este tipo de cáncer se presenta principalmente en las mujeres jóvenes y clínicamente se manifiesta por eritema crónico, prurito, dolor de tipo urente, dispareunia y zonas de hipopigmentación en los labios. ⁽¹⁸⁾

La vía de metástasis de este tipo de cáncer es por la circulación linfática de la región inguinal o femoral y de los ganglios linfáticos pélvicos. Se consideran factores de mal pronóstico la extensión de la enfermedad a ganglios linfáticos, el tamaño del tumor y las recidivas tumorales, así como la infección crónica por VPH. ⁽¹⁸⁾

El tabaquismo, el antecedente de >2 parejas sexuales en la vida, inicio de vida sexual activas antes de los 19 años, infección por virus del papiloma humano, uso de fármacos hormonales durante la menopausia, inicio de la menopausia antes de los 45 años, uso de anticonceptivos orales, mala higiene y desordenes endócrinos se han establecido como factores de riesgo asociados a la presentación de neoplasias vulvares intraepiteliales. ⁽¹⁹⁾

Se considera como factores de mayor riesgo la infección por virus de papiloma humano y las dermatosis vulvares, pues se calcula que las mujeres con estas dos patologías tienen 11.34 y 23.6 veces más probabilidades, respectivamente, de desarrollar neoplasias vulvares intraepiteliales en comparación con las personas sin estas condiciones. ⁽¹⁹⁾

Los diferentes tipos de cánceres relacionados con el VPH representan aproximadamente el 5.2% de todos los cánceres a nivel mundial y de estos el cáncer vulvar de células escamosas representa más del 90% de las patologías vulvares malignas y del 3-5% de todos los cánceres ginecológicos. De manera puntual, los VPH 16 y 18 han sido identificados en 68-96% de las neoplasias vulvares. ⁽²⁰⁾

Tesfalul et al. en el 2014 realizaron un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia de diferentes virus oncogénicos con el desarrollo de carcinomas vulvares de células escamosas en mujeres con VIH donde se obtuvieron biopsias que al ser analizadas por PCR el 15.4% de estas reflejaron positividad para VPH 6 y 7.9% para VPH31 y VPH-L1, mientras que el resto mostró positividad VPH 16. ⁽²⁰⁾

Respecto a otros virus oncogénicos, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la presencia del herpesvirus del sarcoma de Kaposi en las mujeres con VIH con una prevalencia de 63.6% comparado con las mujeres sanas donde la incidencia fue nula, mientras que en el resto de los virus no se encontraron diferencias entre ambas poblaciones estudiadas. ⁽²⁰⁾

El carcinoma de células escamosas es el cáncer vulvar más frecuente con una incidencia de 76.42% en los Estados Unidos y que continúa en aumento. La lesión precursora de este tipo de cáncer son las neoplasias vulvares intraepiteliales, mismas que pueden ser clasificadas en dos grandes grupos, comunes (uVIN) que son dependiente del virus del papiloma humano, y las diferenciadas (dVIN) que son independientes del VPH. ⁽²¹⁾

Las neoplasias comunes (uVIN), se presentan con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes, se encuentran fuertemente relacionadas con el tabaquismo y tienen una progresión lenta hacia el desarrollo de carcinomas de células escamosas, histológicamente, estas neoplasias progresan hacia carcinomas basaloides y verrugosos. En las pruebas inmunohistoquímicas las neoplasias de tipo uVIN son positivas a p16 y negativas a p53. ⁽²¹⁾

A diferencia de las anteriores, las neoplasias diferenciadas (dVIN) se desarrollan más frecuentemente en mujeres mayores de edad, de forma específica entre los 60 y 80 años; se han relacionado con dermatosis crónicas, siendo los líquenes escleroso, atrófico y plano, las más importantes; progresan hacia carcinomas queratinizados y son negativas a p16 y positivas a p53 en inmunohistoquímica. ⁽²¹⁾ Motivo por el cual la ISSVD en el 2015 clasificó

como únicos precursores oncogénicos a la VIN de tipo común y a la VIN de tipo direfenciado.

Estudios han demostrado que los linfocitos CD4+ y CD8+ son capaces de infiltrarse en nidos de células cancerígenas y el estroma primario de los carcinomas vulvares de células escamosas, este mecanismo se ha relacionado con la expresión de HLA-1. Aún no se encuentra plenamente establecido, pero se ha observado que la infiltración de los linfocitos suprime la actividad de la enzima IDO mostrando un efecto negativo en la supervivencia, por el contrario, la expresión de PD-L1 restringe la actividad de estos linfocitos. ⁽²²⁾

Se ha relacionado en diferentes estudios que el incremento en el número de linfocitos CD56+ y GrB+ presentes en el epitelio y en células estromales respectivamente, activos con una supervivencia más larga en los carcinomas vulvares de células escamosas. Por lo que es posible concluir que tanto la infiltración como la actividad de los linfocitos en este tipo de carcinomas son clave en el impacto clínico de la enfermedad. ⁽²²⁾

Ayakannu et al. en el 2019 realizaron un estudio retrospectivo a 10 años sobre la presencia de neoplasias vulvares intraepiteliales en pacientes con VIH donde observaron que la multicentricidad y multifocalidad de las neoplasias muestran ser características que poseen significancia estadística relacionada con la recurrencia y progresión de las neoplasias. ⁽²³⁾

En las pacientes con VIH la recurrencia de la enfermedad se presentó en 3.2 años posteriores al primer tratamiento, mientras que en las pacientes sin VIH la recurrencia ocurrió en 5.4 años. En este estudio se observó una correlación positiva entre los niveles de linfocitos CD4+ con el diagnóstico y tiempo de recurrencia de las neoplasias. ⁽²³⁾

El melanoma nodular maligno vulvar se considera un tumor raro que representa 1-3% de todos los melanomas desarrollados en las mujeres y conforma el 8-10% de todos los tumores malignos vulvares. Este melanoma puede desarrollarse en el clítoris, labios menores o mayores y tiene un pronóstico malo a 5 años. En las pacientes con VIH la prevalencia de este melanoma es significativamente más alta en comparación con el resto de las mujeres de la población general y se presenta en una forma más agresiva. ⁽²⁴⁾

El tipo histológico más frecuente es el melanoma lentiginoso, seguido del melanoma de extensión superficial y el melanoma nodular; las mutaciones genéticas más frecuentes en

estos tumores son en NRAS y BRAF, específicamente, esta última se ha asociado con una mayor agresividad de la enfermedad. ⁽²⁴⁾

Los melanomas vulvares suelen diagnosticarse en estadios avanzados debido a que pueden ser asintomáticos, las manifestaciones clínicas tardías de estos tumores suelen ser lesiones pigmentadas, dolorosas y eritematosas, que en ocasiones pueden convertirse en úlceras, acompañadas de prurito. En algunas pacientes pueden llegar a encontrarse compromiso de los ganglios linfáticos cercanos entendiéndose como una posible metástasis, siendo el pulmón el órgano más frecuentemente afectado seguido del hígado y el cerebro. ⁽²⁴⁾

Acorde a la Organización Mundial de la Salud, la incidencia más alta de cáncer cervical se encuentra en las mujeres con VIH y SIDA. En el 2018, en Zambia era el tercer país con la incidencia más alta de cáncer cervical con una tasa de 66.4 casos nuevos por cada 100,000 habitantes. ⁽²⁵⁾

Se ha observado que las mujeres con VIH de Zambia han presentado 3.60 veces más resultados positivos en los exámenes de screening mediante la inspección visual con ácido acético y cervicografía digital, en comparación con las pacientes sanas; en cuanto a la edad, son las mujeres menores de 29 años quienes obtienen un resultado positivo con mayor frecuencia comparado con las mujeres entre los 30 y 49 años. ⁽²⁵⁾

En un metaanálisis realizado en este mismo país, se determinó que las mujeres con VIH cuya cuantificación de linfocitos CD4 es alta el riesgo de adquirir el virus del papiloma humano tiene una reducción del 36-70% y, por lo tanto, también se reduce el riesgo de desarrollar neoplasias intraepiteliales grado 2 o mayor en un 36-80%. En las pacientes adolescentes con VIH entre los 13 y 18 años se han identificado datos de infección primaria por VPH en comparación con las pacientes sanas donde no se observan estas lesiones. ⁽²⁵⁾

Hu et al. en el 2022 realizaron un estudio para comparar la expresión del mRNA en 7 tipos diferentes cinasas relacionadas con el metabolismo del Tenofovir en epitelios cervicovaginales de humano, mono y conejo donde observaron una expresión de mRNA en estos tejidos similar a los niveles encontrados en hígado. En el caso de del mRNA expresado por la CKMT1 se encontraron niveles significativamente más altos en el tejido

ectocervical y vaginal comparado con el endocérnix contrario a lo ocurrido con la expresión de AK4. ⁽²⁶⁾

En el caso de los linfocitos CD4+, estos presentaron niveles de expresión menores de la CKB, CKMT1, CKMT2, AK4, y NME1 comparado con las células del tejido cervicovaginal, únicamente AK2 presentó una expresión más alta en estos linfocitos. ⁽²⁶⁾

4. JUSTIFICACIÓN

Las personas con VIH poseen un mayor riesgo de presentar infecciones por distintos agentes y a su vez la presencia de úlceras vulvares causadas por diversas infecciones incrementan el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. ⁽¹⁰⁾

En Estados Unidos, el costo anual de la candidiasis vulvovaginal es de \$368 millones de dólares y en pérdida de la actividad económica se calcula un costo de \$4.8 billones por infecciones recurrentes representando un problema de salud pública serio. ⁽¹¹⁾

La infección por virus del papiloma humano se considera la enfermedad de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, pues más del 75% de la población mundial cursa con esta patología, sin embargo, en los pacientes con VIH la prevalencia de la infección aumenta. ⁽¹⁵⁾

Se ha determinado que la progresión de las neoplasias intraepiteliales vulvares hacia cáncer vulvar se estima en 8.3% en 2 años siendo esta más alta en las mujeres con VIH comparado con el resto de la población sana. ⁽¹⁶⁾

En un metaanálisis realizado en este mismo país, se determinó que las mujeres con VIH cuya cuantificación de linfocitos CD4 es alta el riesgo de adquirir el virus del papiloma humano tiene una reducción del 36-70% y también se reduce el riesgo de desarrollar neoplasias intraepiteliales grado 2 o mayor en un 36-80%. ⁽²³⁾

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad por VIH es una pandemia mundial que sigue creciendo y más de la mitad de los pacientes con esta enfermedad son mujeres, por lo que derivado de esta infección viral las pacientes desarrollan otras patologías que pueden ir desde infecciones concomitantes hasta cáncer, motivo por el cual el estudio de las patologías vulvares en esta población es de gran importancia.

Los costos en salud para la atención de las pacientes con VIH son altos y estos continúan en aumento a la par que la pandemia continua, a estos costos deben sumarse los generados por las diferentes patologías vulvares que las pacientes pueden desarrollar, costos de atención y en tiempo de actividad laboral, por lo que la identificación oportuna, pero, sobre todo, la prevención, juegan un papel crucial en la atención de las pacientes con VIH.

La enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana es una condición que per se predispone a la paciente a desarrollar muchas otras enfermedades, pero de manera específica, este grupo poblacional es altamente susceptible de adquirir infecciones vulvares, algunas de estas patologías pueden progresar y complicarse hasta el grado de desarrollar neoplasias y cáncer, mermando aún más la salud de la paciente, por esta razón el clínico debe ser consciente de la posibilidad latente de alguna patología vulvar al momento de la consulta.

Lograr dar una atención integral y de calidad a las pacientes con VIH en cualquier edad y etapa de la vida debe ser una meta plenamente establecida para todo el personal de salud, pues estas pacientes deben lidiar no sólo con los malestares físicos derivados de la enfermedad viral sino también con diversas cuestiones sociales, por lo que como médicos debemos estar plenamente conscientes y ser capaces de identificar las diferentes patologías vulvares existentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta los factores anteriormente mencionados este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana en la Clínica Condesa Cuauhtémoc?

6. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Identificar las patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Objetivos específicos

- Estudiar las afecciones vulvares más graves en las pacientes con VIH.
- Relacionar los niveles séricos de linfocitos CD4 y la carga viral con el grado de afección vulvar.
- Comparar el tiempo transcurrido con tratamiento antirretroviral con las características de la patología vulvar presentada.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

- **H1:** La incidencia de patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana será mayor al 90%.

Hipótesis nula:

- **H0:** La incidencia de patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana será menor al 89%.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, prolectivo, transversal. Se identificaron las patologías vulvares presentes en pacientes con diagnóstico de VIH durante el periodo comprendido del 01-01-2022 al 01-06-2023 en la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc, Ciudad de México; posteriormente se estudiaron las afecciones más graves, así como la relación existente entre los niveles séricos de linfocitos CD4 y carga viral con el grado de afección vulvar, se comparó el tiempo transcurrido con tratamiento antirretroviral con la patología vulvar identificada por el personal a cargo de esta investigación, esta información fue recopilada en el instrumento previamente diseñado para este fin y posteriormente trasladada a una hoja de datos Exel para realizar el análisis estadístico. Se utilizó prueba T para variables numéricas con la finalidad de establecer dependencia con el diagnóstico de patología vulvar, con una $p < 0.05$ para la significancia estadística.

Diseño del estudio:

Control de la maniobra: Observacional

Captación de la información: Retrospectivo

Medición del fenómeno en el tiempo: Transversal

Asociación de variables: Analítico

Tipo de población: Heterodémico

Universo de trabajo: Todos los pacientes adscritos al servicio de la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc.

Grupo de estudio: Paciente Femenino con diagnóstico de VIH en el periodo del 01-01 - 2022 al 01-06 -2023 de Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México;

Lugar de estudio: Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Sexo femenino.
- Pacientes de la Clínica Especializada Condesa.
- Pacientes con diagnóstico de VIH en el periodo del 01-enero-2022 al 1-junio-2023.

Criterios de exclusión

- Pacientes sin diagnóstico de VIH.

Criterios de eliminación

- Pacientes sin registro de niveles séricos de linfocitos CD4 o carga viral

10. TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo con las características del estudio en cuestión se realizó el cálculo de tamaño de muestra para una población infinita, en la revisión histórica para este proyecto, diversos autores han mencionado diferentes valores para la proporción esperada, es decir, **Zare SY. en el 2021** nos menciona que el herpesvirus simple tipo 2 tiene una prevalencia de entre el 50 y 90% entre las personas con VIH y es la causa más frecuente de úlceras genitales ⁽¹⁰⁾. Al mismo tiempo **Lee A, Fischer en el 2018**, nos ha dejado consignado que el liquen escleroso es una patología que se presenta en aproximadamente el 1.7% de todas las consultas ginecológicas, se estima una incidencia de 14.6 por cada 100,000 mujeres-año ⁽¹²⁾. En otro estudio escrito por **Smith AJB. en el 2017** se determinó que la progresión de las neoplasias intraepiteliales vulvares hacia cáncer vulvar se estima en 8.3% en 2 años siendo esta más alta en las mujeres con VIH comparado con el resto de la población sana. ⁽¹⁷⁾

Por lo que la proporción esperada para este estudio de investigación se estima en 10 %, con una precisión del 6 %, y un nivel de confianza del 95 %.

Derivado de lo anterior se realiza la siguiente fórmula para una población Infinita:

Si la población que deseamos estudiar es INFINITA , y deseamos saber cuántos individuos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:																															
Seguridad:	95%																														
Precisión:	5%																														
Proporción esperada al 5 %:	0.05	Si no tuviéramos ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor de p=0.5 (50%), que maximiza el tamaño muestral.																													
Formula:	$\frac{Z \alpha^2 * p * q}{d^2}$																														
Donde:	<table border="1"> <tr> <td>Z α² =</td> <td>1.96²</td> <td colspan="2">(Ya que la seguridad es del 95%)</td> </tr> <tr> <td>p =</td> <td>0.05</td> <td>Proporción esperada, en este caso será:</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>q=</td> <td>0.95</td> <td colspan="2">En este caso sería 1-p</td> </tr> <tr> <td>d=</td> <td>0.06</td> <td>Precisión (en este caso deseamos un)</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>n=</td> <td>$\frac{1.96^2}{0.06}$</td> <td>$\frac{0.05 * 0.95}{0.06}$</td> <td>= ?</td> </tr> <tr> <td>n=</td> <td>$\frac{3.8416}{0.0036}$</td> <td>$\frac{0.05 * 0.95}{0.0036}$</td> <td>= ?</td> </tr> <tr> <td>n=</td> <td>$\frac{0.182476}{0.0036}$</td> <td></td> <td>= 50.69</td> </tr> </table>			Z α² =	1.96²	(Ya que la seguridad es del 95%)		p =	0.05	Proporción esperada, en este caso será:	0.05	q=	0.95	En este caso sería 1-p		d=	0.06	Precisión (en este caso deseamos un)	5%	n=	$\frac{1.96^2}{0.06}$	$\frac{0.05 * 0.95}{0.06}$	= ?	n=	$\frac{3.8416}{0.0036}$	$\frac{0.05 * 0.95}{0.0036}$	= ?	n=	$\frac{0.182476}{0.0036}$		= 50.69
Z α² =	1.96²	(Ya que la seguridad es del 95%)																													
p =	0.05	Proporción esperada, en este caso será:	0.05																												
q=	0.95	En este caso sería 1-p																													
d=	0.06	Precisión (en este caso deseamos un)	5%																												
n=	$\frac{1.96^2}{0.06}$	$\frac{0.05 * 0.95}{0.06}$	= ?																												
n=	$\frac{3.8416}{0.0036}$	$\frac{0.05 * 0.95}{0.0036}$	= ?																												
n=	$\frac{0.182476}{0.0036}$		= 50.69																												

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas:

En este estudio es preciso estimar las posibles pérdidas de pacientes por razones diversas (pérdida de información, sesgos de selección, sesgos de información) por lo que se debe incrementar el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas.

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas se puede calcular de la siguiente forma:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

- n = número de sujetos sin pérdidas (50.69)
- R = proporción esperada de pérdidas (20%)

Así por ejemplo si en el estudio esperamos tener un 20% de pérdidas, el tamaño muestral necesario sería: $50.69 (1 / 1-0.2) = 63.36$ pacientes.

Se requieren 64 pacientes femeninos con diagnóstico de VIH, que acuden a la consulta en la clínica condesa.

Tipo de muestreo

No probabilístico. - La probabilidad de selección de cada unidad de la población no es conocida. La muestra es escogida por medio de un proceso arbitrario. Se utiliza con frecuencia cuando no se conoce el marco muestral.

Por casos consecutivos. - Consiste en elegir a cada unidad que cumpla con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo específico o hasta alcanzar un número definido de pacientes.

11. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Patología vulvar	Variedad de enfermedades de la vulva	Información obtenida en el expediente clínico	Cualitativa Nominal Politómica	1.- Condilomas, LIEBG y LEIAG 2.--Neoplasia intraepitelial vulvar 3.--Liquen simple crónico 4.--Liquen escleroso 5.- Infecciones 6.-Melanoma nodular maligno 7.- Carcinoma 8.-Otra
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento.	Edad de la paciente registrada en el expediente	Cuantitativa Discreta	Años Cumplidos
Nivel sérico de linfocitos CD4	Conteo de CD4 en sangre que mide la cantidad de linfocitos CD4 que ayudan a combatir infecciones	Información obtenida en el expediente clínico	Cuantitativa Continua Politómica	CD4+/ μ L de sangre
Carga viral	Prueba de sangre que mide la cantidad de VIH en una muestra de sangre.	Información obtenida en el expediente clínico	Cuantitativa Continua	No. De copias

Enfermedad por VIH	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer.	Información obtenida en el expediente clínico	Cualitativa Nominal Politómica	1.-VIH 2.-SIDA
Apego al tratamiento con antirretrovirales	Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, tomar los medicamentos y seguir indicaciones	Información obtenida en el expediente clínico	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Si 2.-NO
Tratamiento antirretroviral	Tratamiento de las personas con VIH con una combinación de fármacos que suprimen la replicación del VIH	Información obtenida en el expediente clínico	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Si 2.-NO

12. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- Este protocolo de tesis se presentó al comité local de investigación y el comité del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” y de la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc para ser sometido a revisión. Tras su aprobación se procedió a la recolección de datos.
- El investigador recopiló la información necesaria en los expedientes clínicos y electrónicos de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos previamente.
- Se registró la información en el instrumento diseñado previamente donde se contemplaron las variables ya expuestas.
- Posterior al registro de información se transcribieron los datos de los pacientes tales como edad, patología vulvar, cuadro clínico, tratamiento antirretroviral, niveles séricos de linfocitos CD4 y carga viral, información reportada en el expediente clínico, en una hoja prediseñada de Excel para finalmente exportarla al programa estadístico SPSS, Software versión 23.
- El investigador responsable se obliga a presentar los resultados obtenidos de esta investigación.

- 13. INSTRUMENTOS:** Se registró la información obtenida en un formato prediseñado, así como en una hoja de Excel. Se utilizará el programa estadístico SPSS Versión 23 para Windows.

14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se ocupó de los programas Excel versión 2013 para la construcción de la base de datos, y posteriormente el programa SPSS statistics en su versión 23 como se describe a continuación:

- Análisis univariado

- Variables cualitativas: Se describieron en frecuencias absolutas y proporciones.
- Variables cuantitativas: Dependiendo de la distribución de los datos, evaluada mediante la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se describieron en medias y desviaciones estándar para aquellas con distribución normal y, mediana y rango intercuartil para variables de distribución no normal.

Análisis bivariado

- Para realizar comparaciones entre las medias y/o medianas de las variables cuantitativas se utilizó prueba T de Student para muestras independientes o U de Mann-Whitney dependiendo de la distribución de los datos. Para variables cualitativas politómicas, se utilizó prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, dependiente de la cantidad de eventos esperados, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.
- Se realizó un Razón de Momios de Prevalencia (RMP) (IC 95%) para las variables cualitativas dicotómicas con una P significativa de 0.05%.
- Para determinar si existen diferencias significativas entre variables numéricas y cualitativas politómicas, se utilizó la prueba Anova. Un valor de $P < 0.05\%$ se considerará estadísticamente significativo.

15. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente proyecto de investigación, el procedimiento está de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración del Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Así mismo, el investigador principal se apegará a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud.

Se ha tomado el cuidado, seguridad y bienestar de los pacientes, y se respetarán cabalmente los principios contenidos en él, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, Código de Nuremberg, el informe de Belmont, el procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité local de investigación en salud y el comité local de ética en investigación 2810-003-002 actualizado el 18 de octubre de 2018, y en el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos. Dado el tipo de investigación se **clasifica sin riesgo**, el investigador no tendrá interacción con el paciente, el investigador recolectará la información registrada en el expediente clínico, la investigación no representa un riesgo.

Se respetarán en todo momento los acuerdos y las normas éticas referentes a investigación en seres humanos de acuerdo con lo descrito en la Ley General de Salud, la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Estará apegado el trabajo de acuerdo con el código de Nuremberg que refiere: Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano; El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar; El experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.

El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario; Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte; El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas; Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener

libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece imposible continuarlo.

De igual manera se encontrará la investigación bajo la tutoría de la Declaración de Helsinki que menciona que: La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica; El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité de ética

La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada clínicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente; La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas; Todo proyecto de investigación que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.

La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad; Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínima el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad; En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.

Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación; En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal; El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

El Informe Belmont identifica tres principios éticos básicos: respeto por las personas o autonomía, beneficencia y justicia.

Justicia: Este principio supone reconocer que todos los seres humanos son iguales y deben tratarse con la misma consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre ellos que las que redunden en beneficio de todos, y en especial de los menos favorecidos. Para ello es necesario distribuir los beneficios y las cargas de la investigación de forma equitativa.

No Maleficencia: El principio de no maleficencia obliga a no infligir daño a los participantes en el estudio, ya que su protección es más importante que la búsqueda de nuevo conocimiento o el interés personal o profesional en el estudio. Por lo tanto, deben asegurarse la protección, seguridad y bienestar de los participantes, lo que implica, entre otras cosas, que los investigadores deben tener la calidad y experiencia suficientes y que los centros donde se realiza el estudio deben ser adecuados.

Beneficencia: Este principio supone procurar favorecer a los sujetos de la investigación, no exponiéndolos a daños y asegurando su bienestar. Los riesgos e incomodidades para las personas participantes deben compararse con los posibles beneficios y la importancia del conocimiento que se espera obtener, de manera que la relación sea favorable.

Autonomía: El principio de respeto por las personas o de autonomía se relaciona con la capacidad de una persona para decidir por ella misma. Dado que esta capacidad puede estar disminuida por diferentes motivos, como en los casos de ignorancia, inmadurez o incapacidad psíquica, cualquiera que sea su causa, o por restricciones a la libertad (como el caso de las prisiones), estos grupos vulnerables deben ser especialmente protegidos.

Valor científico y Social

Las normas éticas son declaraciones sobre la forma en que determinadas acciones deberían (o no) realizarse en el marco de la investigación, y su finalidad es indicar cómo deben cumplirse los requisitos derivados de los principios éticos fundamentales. La declaración de las normas éticas en los códigos y regulaciones tiende a ser más o menos vaga, por lo que a veces pueden interpretarse de formas diferentes y puede resultar difícil saber cómo aplicarlas en situaciones concretas. En estos casos puede ser útil identificar el o los principios que hay detrás de la norma. El primer requisito importante es el valor de la pregunta de investigación, es decir, que el conocimiento que se deriva del estudio debe tener el valor suficiente para justificar el riesgo a que se expone a los participantes.

Implica que el estudio evalúa una intervención terapéutica o diagnóstica que podría conducir a mejoras en el estado de salud o bienestar, es un estudio etiológico, fisiopatológico o epidemiológico que ayudará a desarrollar dicha intervención, o contrasta una hipótesis que podría generar conocimiento relevante, aunque no tuviera una aplicación práctica inmediata. Implica también que el estudio debe estar basado en suficientes investigaciones previas de calidad, incluyendo las realizadas en laboratorios y sobre animales, y en un adecuado conocimiento de la literatura científica sobre la enfermedad o problema de salud, de forma que los resultados esperables justifiquen la realización del estudio.

Pertinencia científica en el diseño y conducción del estudio

El estudio debe tener la suficiente validez científica o rigor metodológico, de forma que pueda garantizarse razonablemente que conducirá a la respuesta correcta a la pregunta de investigación. Sin validez metodológica la investigación no puede generar el conocimiento deseado, ni producir beneficio alguno ni justificar la exposición de sujetos a riesgos o molestias. Además, los participantes en un estudio asumen que se derivará alguna cosa de valor de su colaboración, por lo que el diseño deficiente de un estudio incumple también este compromiso ético implícito.

Un aspecto que provoca controversia en la comunidad científica es el uso de placebo en los ensayos clínicos cuando existen alternativas terapéuticas efectivas disponibles. Mientras que para muchos autores no es ético utilizar un grupo que recibe placebo en estas situaciones, tal como se recoge en la última revisión de la Declaración de Helsinki, para

otros podría ser aceptable siempre que no se perjudicara al paciente por el hecho de diferir el inicio de un tratamiento efectivo (Temple y Ellenberg, 2000).

Selección de los Participantes

La selección justa de los sujetos afecta tanto a la definición de los criterios de selección como a la estrategia de reclutamiento de los participantes, de forma que solamente los objetivos científicos del estudio, y no otras consideraciones como la vulnerabilidad, el privilegio u otros factores no relacionados con el propósito de la investigación, deben guiar la de terminación de los sujetos o grupos que van a ser seleccionados.

Proporcionalidad de los Riesgos y Beneficios

Una investigación implica fármacos, intervenciones o procedimientos sobre los que existe incertidumbre acerca de sus riesgos y beneficios. Un estudio solamente está justificado cuando se han minimizado los riesgos potenciales para los sujetos y se han favorecido sus potenciales beneficios, y cuando la relación entre los beneficios para los sujetos y la sociedad y los riesgos es equilibrada o favorable a los primeros.

Evaluación Independiente

Es importante la evaluación independiente del protocolo del estudio por personas ajenas a la investigación que minimicen el posible impacto de los potenciales conflictos de intereses. Aunque hoy día la revisión y aprobación de un protocolo por los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) es un requisito legal únicamente en algunos estudios con medicamentos, cada vez hay una mayor tendencia a que estos comités evalúen cualquier tipo de investigación realizada en seres humanos.

Respeto a los Participantes

El respeto por los sujetos no finaliza con la firma del consentimiento, sino que debe mantenerse a lo largo de todo el estudio e incluso después, tanto si han aceptado como rechazado participar en el mismo. Implica, por ejemplo, mantener la confidencialidad de los datos recogidos sobre los sujetos candidatos, permitir que abandonen el estudio sin penalización, informar a los participantes si aparece nueva información sobre la intervención o su problema de salud que pueda ser relevante, o monitorizar cuidadosamente su estado de salud durante el seguimiento.

La obligatoriedad de compensar a los sujetos por cualquier lesión que pueda producirse relacionada con su participación en el estudio es un requisito que cada vez se considera

más importante. El estudio debe realizarse con honestidad, de acuerdo con el protocolo y los mecanismos de monitorización y control de calidad suficientes para garantizar la calidad de los datos recogidos y el cumplimiento de los principios éticos.

Consentimiento Informado

La investigación biomédica es necesaria para el progreso de la medicina porque proporciona las pruebas sobre las que basar la práctica clínica, contribuyendo así a mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes, obteniendo información sobre la utilidad y eficacia de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos, así como sobre la etiología, fisiopatología y factores de riesgo de las enfermedades y problemas de salud. Dados los importantes beneficios que todo ello supone para la sociedad, resulta obvio que la investigación debe considerarse una obligación moral de la profesión médica. Por lo tanto, aunque suelen discutirse frecuentemente los aspectos éticos relacionados con la realización de investigaciones sanitarias, también habría que preguntarse si es ético no investigar e intentar resolver las lagunas de conocimiento, dudas e incertidumbres que se plantean en el quehacer diario del profesional.

El consentimiento informado es el requisito que ha recibido mayor atención. Su finalidad es asegurar que los sujetos deciden voluntariamente participar o no en un estudio, y que aceptan solamente cuando la investigación es consistente con sus valores, intereses y preferencias

Se tomaron en cuenta las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo primero en sus artículos: 13, 14 incisos I al VIII, 15,16,17 en su inciso II, 18,19,20,21 incisos I al XI y 22 incisos I al V. Así como también, los principios bioéticos de acuerdo con la declaración de Helsinki con su modificación en Hong Kong basados primordialmente en la beneficencia (que permitirá que exista un aporte en futuros pacientes gracias a la investigación, sin la necesidad de que sufran riesgos la población que fue estudiada), autonomía (de acuerdo con el interés del paciente, guste o no participar en la investigación sea absolutamente solo su decisión).

El artículo 13 refiere que por el respeto que se tendrá por hacer prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida de los expedientes.

Del artículo 14, en el inciso I, ya que apegado a los requerimientos de la institución y del comité local de investigación, se ajustará a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo.

Sobre el artículo 15 que cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Hablando del artículo 16 en donde en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Referente al artículo 17 del apartado I de la Ley General de Salud esta investigación se clasifica como sin riesgo, ya que solo es un estudio emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el mismo, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En el artículo 20 que refiere que por consentimiento informado se entiende al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21 que menciona que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

Artículo 22 en donde el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I. Será elaborado por el

investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo con la norma técnica que emita la Secretaría; II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.

Artículo 24 que si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

Artículo 27 que refiere que cuando un enfermo psiquiátrico este internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

De igual manera se encontrará bajo la conducta que menciona NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Con base en sus apartados: 6. De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación; 7. Del seguimiento de la investigación y de los informes técnico-descriptivos; 8. De las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación; 10. Del Investigador principal; 11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación; 12. De la información implicada en investigaciones; 77.

De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación La seguridad del sujeto de investigación respecto del desarrollo de la maniobra experimental es responsabilidad de la institución o establecimiento, del investigador principal y del patrocinador. El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo danos directamente relacionados con la investigación.

La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento. En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación,

sus familiares o representante legal, por participar en ella. Y Apartado 12. De la información implicada en investigaciones.

El investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud de la institución o establecimiento deben proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia.

Con respecto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada el 5 de julio del año 2010 en el Diario Oficial de la Federación, de acuerdo con el capítulo II de los Principios de Protección de Datos Personales se tomaron en cuenta las disposiciones generales de los artículos:

Artículo 7.- Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable.

Artículo 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente

Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

Artículo 10.- No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando: I. Esté previsto en una Ley; II. Los datos figuren en fuentes de acceso público; III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación; IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable.

Artículo 11.- El responsable procurará que los datos personales contenidos en las bases de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados.

Artículo 12.- El tratamiento de datos personales deberá limitarse al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Si el responsable pretende tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular.

Artículo 13.- El tratamiento de datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales sensibles, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento de estos a efecto de que sea el mínimo indispensable.

Artículo 14.- El responsable velara por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicara aun y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular sea respetado en todo momento por el o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica.

Por lo que la información obtenida será conservada de forma confidencial en una base de datos codificada y encriptada en un equipo del servicio dentro de las instalaciones del hospital, en donde en ningún momento será manipulada por terceras personas y se encontrará completamente bajo la supervisión de los investigadores asociados, pudiendo solo acceder a estos por medio de una contraseña, evitando reconocer los nombres de los pacientes, y será utilizada estrictamente para fines de investigación y divulgación científica.

El investigador se rige bajo un importante código de ética y discreción, por lo tanto, no existe la posibilidad de que la información recabada del expediente clínico con respecto a los pacientes se filtre de manera total o parcial y atente contra la vida e integridad de este.

16. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

Investigador responsable: Dr. Ubaldo Ramos Alamillo, Médico adscrito al servicio de ginecología así como la Dra. Sofía Desireé Esquivel Montoya médico adscrito del servicio de ginecología, se encargaron de la asesoría clínica para la realización del protocolo de investigación, supervisando y validando la aplicación del instrumento de medición, así como la información que de él se obtenga.

Investigador tesista: Dra. Guadalupe Roxana Cuellar Sanchez Médico residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia; se encargó de la aplicación del instrumento de recolección de datos, almacenamiento, análisis e interpretación de los mismos.

Recursos físicos:

Se ocuparon los dispositivos digitales y mobiliario disponibles en la unidad médica.

Recursos materiales:

Para la realización de este estudio se necesitarán los siguientes recursos:

- Formato de recolección de datos
- Sistemas informáticos de captura y análisis de datos: (Excel, SPSS)
- Dispositivos digitales

Recursos Financieros:

Los recursos financieros y el costo total que se generó con la aplicación de dicho protocolo estuvieron a cargo del investigador tesista; los cuales son mínimos, al no requerirse aplicación de instrumentos de medición especial, toma de muestra o procesamiento de estas.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA”

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

ACTIVIDAD 2023	P= PROGRAMADO				R= REALIZADO								
	MAYO	MAYO	MAYO	MAYO	JUNIO	JUNIO	JUNIO	JUNIO	JUNIO	JULIO	JULIO	JULIO	JULIO
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R												
		R											
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA			R										
			R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN COMITÉ				R									
					R								
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGA					R								
					R								
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO					R								
					R								
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN					R								
					R	R	R	R	R				
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R			
										R	R		
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO											P	P	
												P	

18. RESULTADOS

Fue diseñado un estudio de tipo transversal en la Clínica Especializada Condesa con características observacional, retrospectivo, transversal y analítico con el objetivo de identificar las patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Se evaluaron N=61 casos de pacientes atendidas en la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc, con edades entre los 13 a 61 años, siendo el promedio de 35.16 años (+/- 11.69), los valores de CD4 en las pacientes oscilaron entre los 16 a 1662, siendo el promedio de 311.83 (+/- 83), el tiempo promedio de tratamiento con antirretrovirales fue de 6.36 años (+/- 7.02) (Tabla 1).

TABLA 1.

Distribución de las Variables Numéricas					
Tipo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (años)	61	13.0	61.0	35.164	11.6907
Nivel de CD4	61	16.0	1662.0	411.852	311.8378
Años de Tratamiento con Anti-retriviral	61	0.0	26.0	6.361	7.0286

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

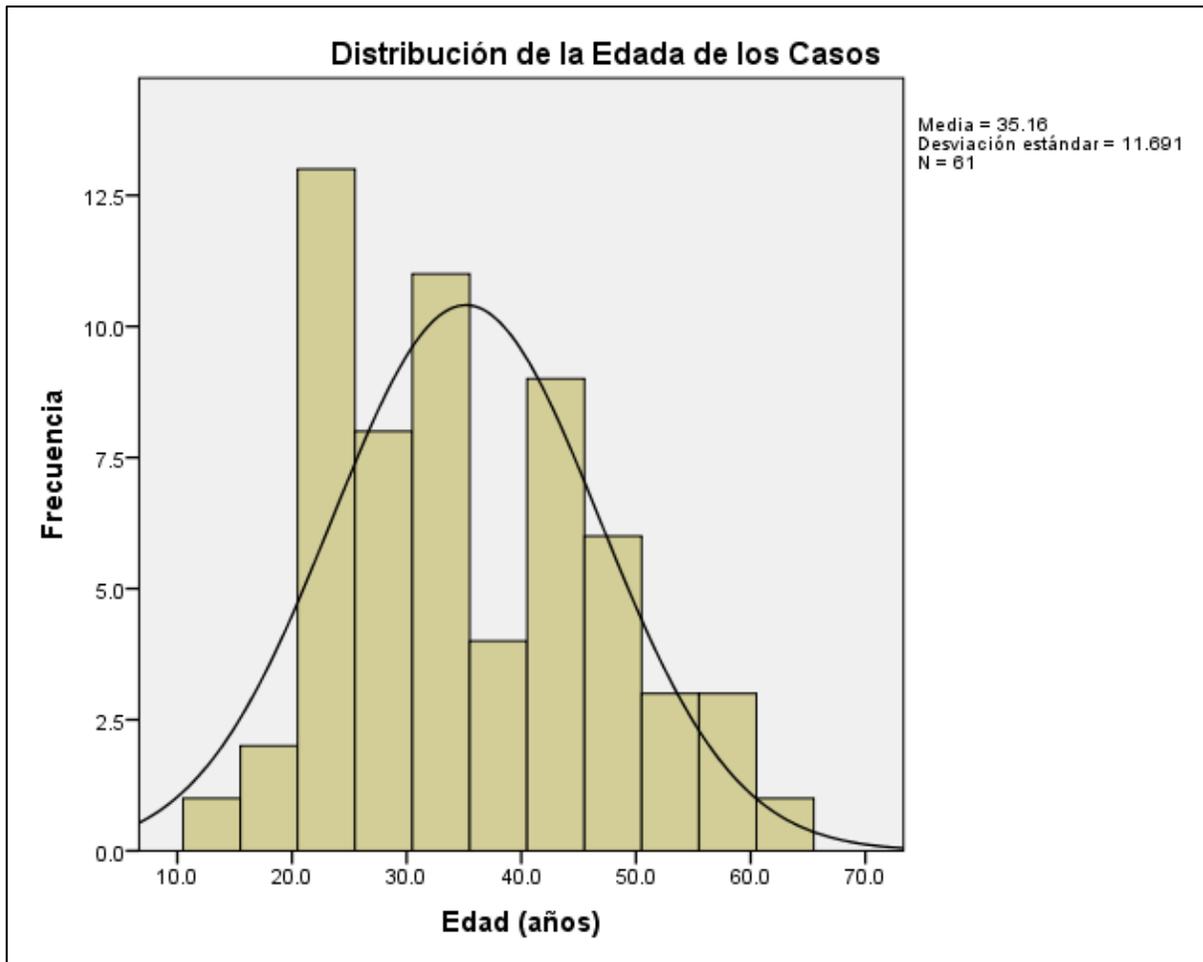
Los valores obtenidos de las variables estudiadas se sometieron a pruebas de normalidad con la finalidad de establecer la distribución de los datos, de acuerdo con el tamaño de la muestra, la prueba de Kolmogorov-Smirnov obtuvo una significancia <0.05 en la mayoría de las variables, por lo que se determina una distribución de datos no normal (Tabla 2) (Gráfico 1-3).

TABLA 2.

Pruebas de Normalidad para las Variables Numéricas						
Tipo de Variable	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Niveles de CD4	.156	61	.001	.873	61	.000
Edad (años)	.098	61	.200*	.958	61	.033
Años de Tratamiento anti-retroviral	.238	61	.000	.782	61	.000
ID	.168	61	.000	.871	61	.000

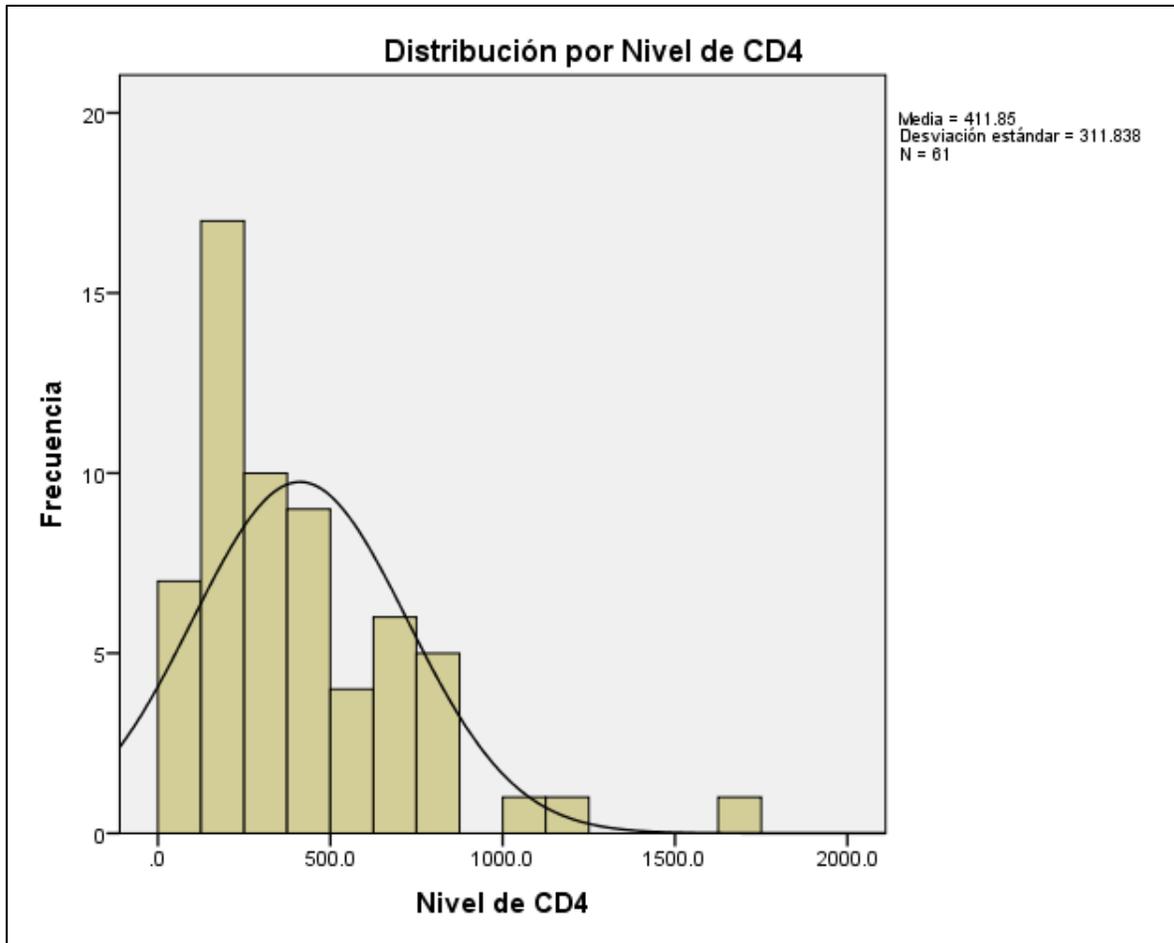
Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 1.



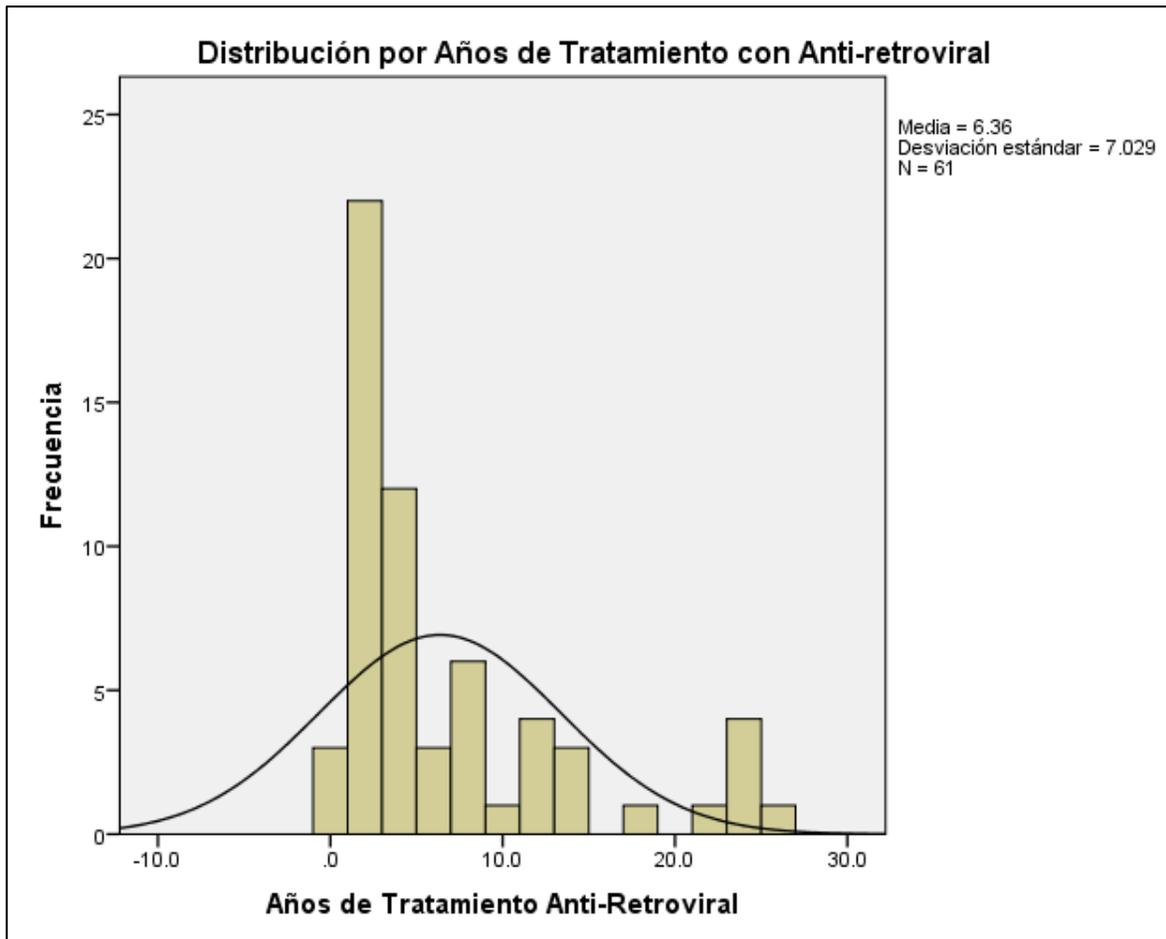
Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 2.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 3.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX

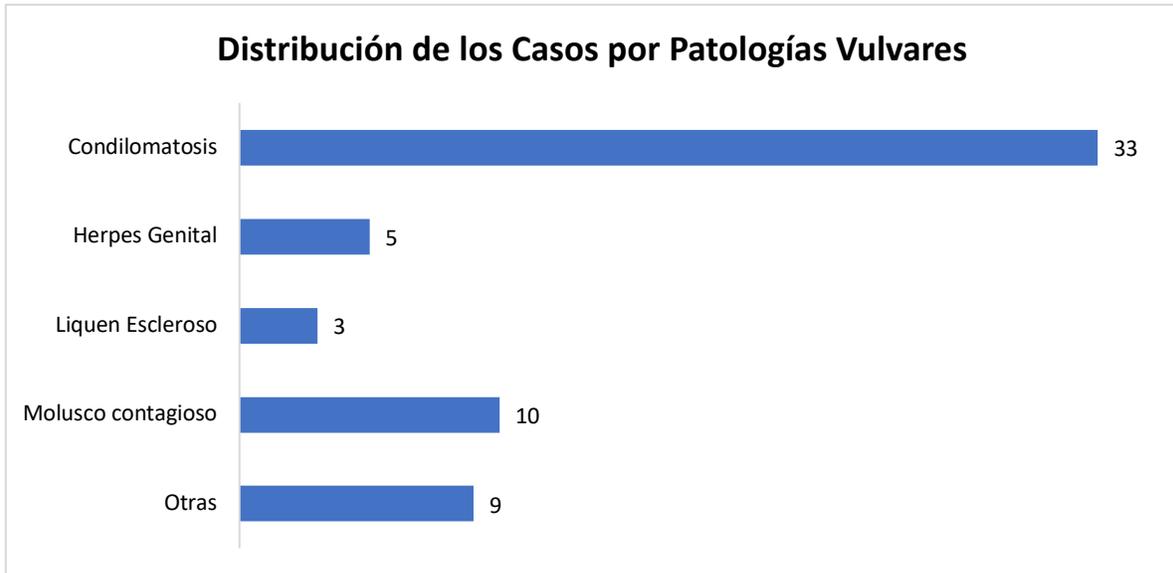
Las patologías vulvares encontradas en las pacientes evaluadas fueron las siguientes: Condilomatosis en el 54.1% (n=33), molusco contagioso en el 16.4% (n=10), herpes genital en el 8.2% (n=5), liquen escleroso en el 4.9% (n=3) y otras patologías diversas en el 14.8% (n=9) (Tabla 3) (Gráfico 5).

TABLA 3.

Distribución de los Casos por Patologías Vulvares				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otras	9	14.8	14.8	14.8
Molusco contagioso	10	16.4	16.4	16.4
Liquen Escleroso	3	4.9	4.9	4.9
Herpes Genital	5	8.2	8.2	8.2
Condilomatosis	33	54.1	54.1	54.1

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 5.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

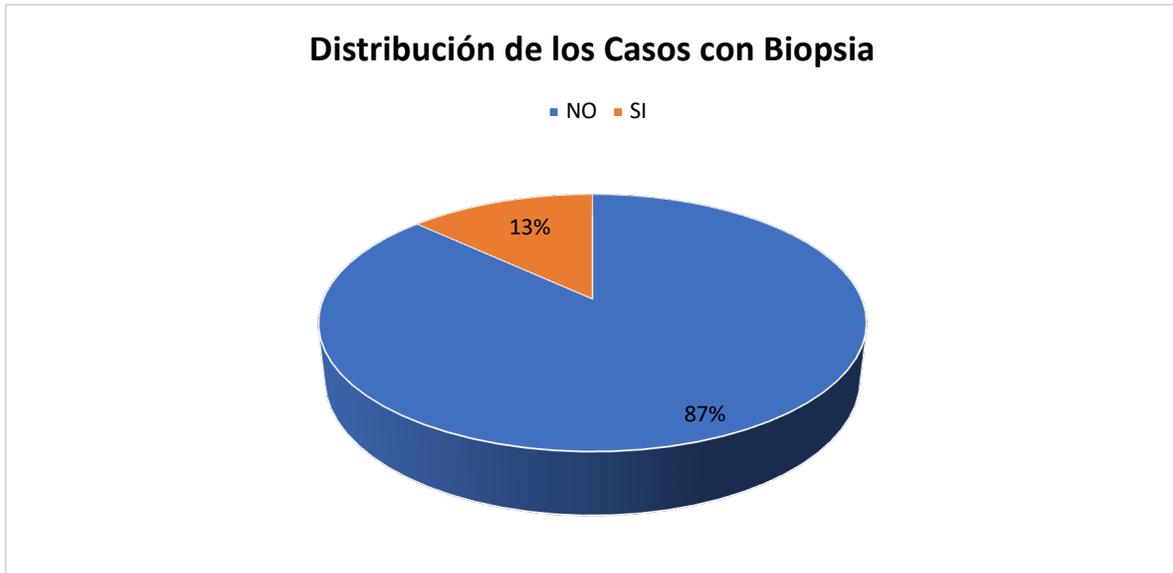
En otros hallazgos, se identificó que en el 13.1% (n=8) de las pacientes existió un antecedente de biopsia (Tabla 4) (Gráfico 6).

TABLA 4.

Distribución de los Casos con Biopsia				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	53	86.9	86.9	86.9
SI	8	13.1	13.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 6.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

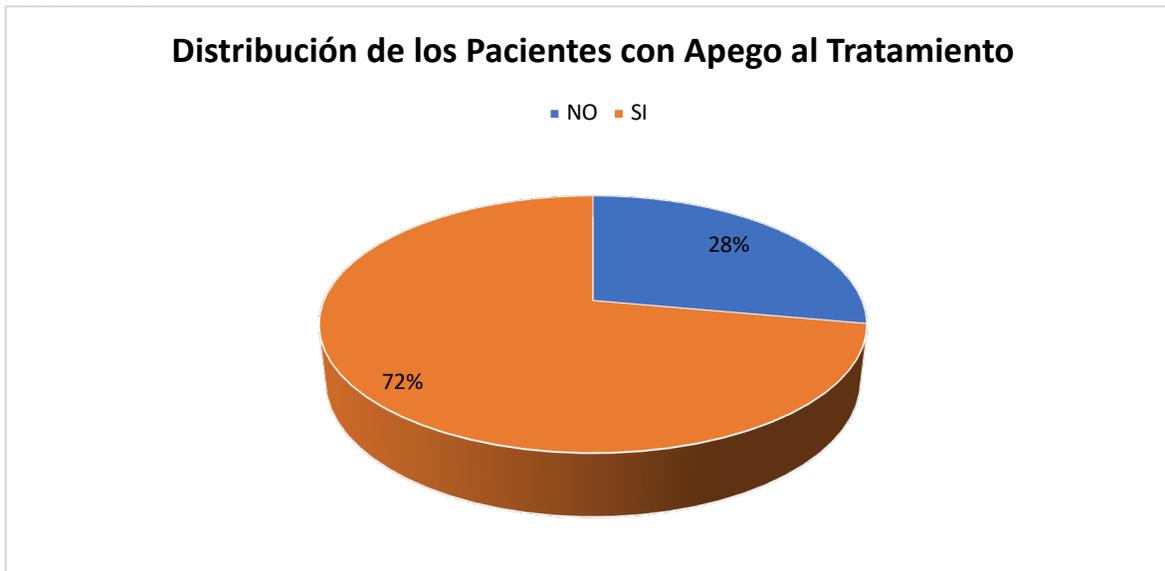
También se encontró que hasta el 27.9% (n=17) de las pacientes no tienen un apego adecuado al tratamiento antirretroviral (Tabla 5) (Gráfico 7).

TABLA 5.

Distribución de los Pacientes con Apego al Tratamiento				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	17	27.9	27.9	27.9
SI	44	72.1	72.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 7.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

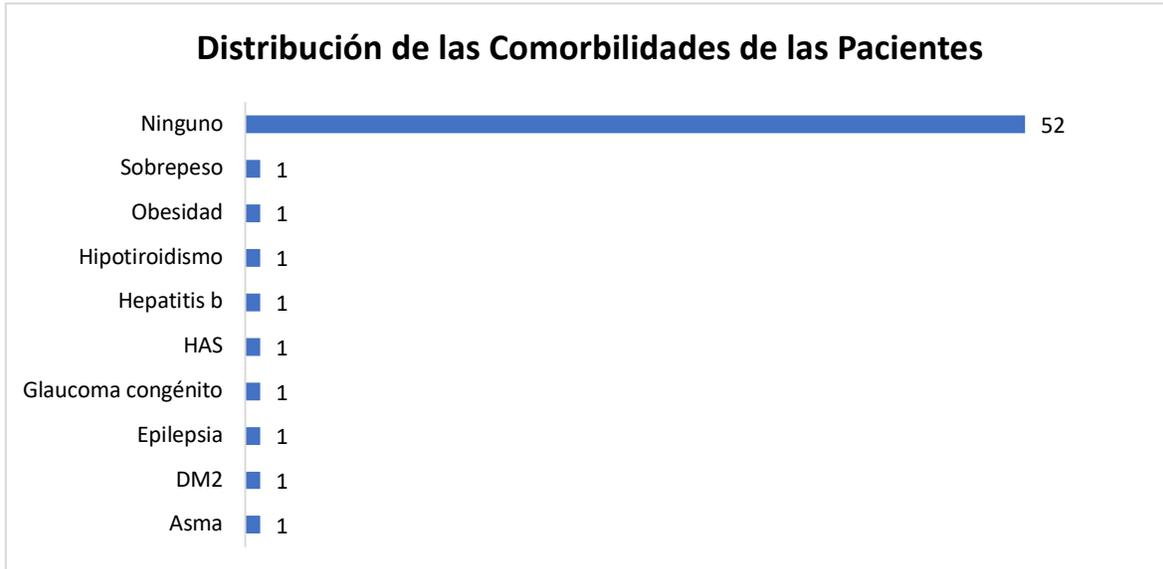
Respecto a los antecedentes, se identificaron comorbilidades en el 14.8% (n=9) de las pacientes, siendo los hallazgos: Asma, DM2, epilepsia, glaucoma congénito, HAS, hepatitis B, hipotiroidismo, obesidad y sobrepeso, en una proporción de 1.6% (n=1) para cada comorbilidad (Tabla 6) (Gráfico 8), también se identificó que el 34.4% (n=32) presentaron tabaquismo y el 36.1% (n=22) alcoholismo (Tabla 7) (Gráfico 9).

TABLA 6.

Distribución de las Comorbilidades de las Pacientes				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asma	1	1.6	1.6	1.6
DM2	1	1.6	1.6	3.3
Epilepsia	1	1.6	1.6	4.9
Glaucoma congénito	1	1.6	1.6	6.6
HAS	1	1.6	1.6	8.2
Hepatitis b	1	1.6	1.6	9.8
Hipotiroidismo	1	1.6	1.6	11.5
Obesidad	1	1.6	1.6	13.1
Sobrepeso	1	1.6	1.6	14.8
Ninguno	52	85.2	85.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 8.



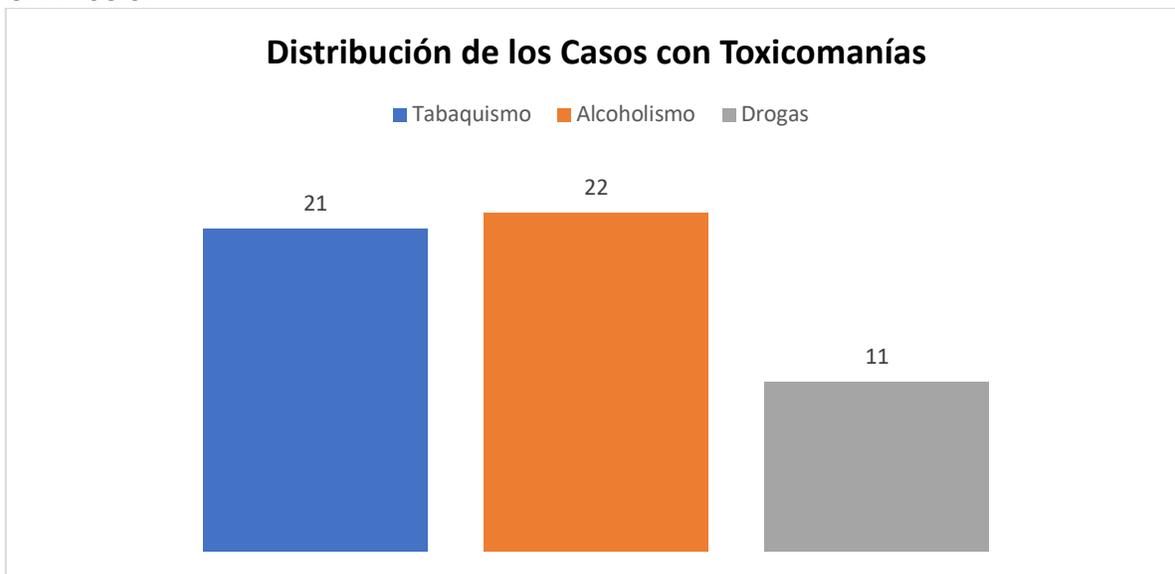
Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 7.

Distribución de los Casos con Toxicomanías				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tabaquismo	21	34.4	34.4	100.0
Alcoholismo	22	36.1	36.1	100.0
Drogas	11	18.0	18.0	100.0

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 9.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

Otro de los antecedentes de importancia fue el esquema antirretroviral que recibe cada paciente, encontrando que, el 59% (n=36) reciben BIC+TAF+FTC, el 23% (n=14) DTG+TDF+FTC, el 6.6% (n=4) EFV+FTC+TDF, el 4.9% (n=3) DRV/DTG, el 3.3% (n=2) DTG/DRV+RTV+ TDF y en proporciones de 1.6% (n=1) LAMIVUDINA+ ABC+DTG o TDF+DRV/C+FTC (Tabla 8) (Gráfico 10).

TABLA 8.

Distribución de los Casos por Tipo de Tratamiento Anti-retroviral				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DRV/DTG	3	4.9	4.9	4.9
DTG/DRV+RTV+ TDF	2	3.3	3.3	8.2
DTG+TDF+FTC	14	23.0	23.0	31.1
BIC+TAF+FTC	36	59.0	59.0	90.2
EFV+FTC+TDF	4	6.6	6.6	96.7
LAMIVUDINA+ ABC+DTG	1	1.6	1.6	98.4
TDF+DRV/C+FTC	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

GRAFICO 10.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

Con la finalidad de establecer dependencia entre las variables numéricas evaluadas y las patologías vulvares, se realizó una prueba T, descartando en un primer

momento relación entre la edad, niveles de cd4 y años de tratamiento con la presencia de otras patologías vulvares (Tabla 9 y10).

TABLA 9.

Distribución de los Otras Patologías Vulvares vs las Variables Numéricas					
Tipo de Variable	Otras Patologías Vulvares	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad (años)	SI	9	39.33	12.46	4.15
	NO	52	34.44	11.53	1.60
Niveles Linfocitos CD4	SI	9	361.33	239.41	79.80
	NO	52	420.60	323.86	44.91
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	SI	9	5.33	5.92	1.97
	NO	52	6.54	7.24	1.00

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 10.

Distribución de los Otras Patologías Vulvares vs las Variables Numéricas									
Tipo de Variable	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC95%	
								Inferior	Superior
Edad (años)	0.05	0.82	1.16	59.00	0.25	4.89	4.21	-3.53	13.31
			1.10	10.51	0.30	4.89	4.45	-4.96	14.74
Niveles Linfocitos CD4	0.31	0.58	-0.52	59.00	0.60	-59.26	113.27	-285.92	167.39
			-0.65	13.65	0.53	-59.26	91.57	-256.13	137.61
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	0.73	0.40	-0.47	59.00	0.64	-1.21	2.55	-6.32	3.91
			-0.54	12.55	0.60	-1.21	2.21	-6.00	3.59

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

Por otra parte se encontró relación entre el molusco contagioso y los niveles de CD4, evidenciando que la enfermedad no se presenta cuando el nivel medio de linfocitos es de 435.73 [p 0.04] (Tabla 11-12).

TABLA 11.

Distribución de los Molusco Contagioso vs las Variables Numéricas					
Molusco Contagioso		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad (años)	SI	10	29.60	11.99	3.79
	NO	51	36.25	11.43	1.60
Niveles Linfocitos CD4	SI	10	290.10	156.48	49.48
	NO	51	435.73	329.75	46.17
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	SI	10	4.60	7.01	2.22
	NO	51	6.71	7.05	0.99

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 12.

Distribución de los Molusco Contagioso vs las Variables Numéricas									
Tipo de Variable	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC95%	
								Inferior	Superior
Edad (años)	0.12	0.73	-1.67	59.00	0.10	-6.65	3.98	-14.63	1.32
			-1.62	12.42	0.13	-6.65	4.12	-15.59	2.28
Niveles Linfocitos CD4	4.24	0.04	-1.36	59.00	0.18	-145.63	107.09	-359.92	68.67
			-2.15	27.71	0.04	-145.63	67.68	-284.33	-6.92
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	0.24	0.62	-0.86	59.00	0.39	-2.11	2.44	-6.98	2.77
			-0.87	12.83	0.40	-2.11	2.43	-7.36	3.14

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

También se encontró una relación entre el liquen escleroso y la edad de las pacientes, evidenciando que, la enfermedad se presenta cuando la edad de la paciente es en promedio 52.67 años (+/- 7.02) [p 0.01] y no se presenta cuando la edad de la paciente es en promedio de 34.23 años (+/- 11.9) [p 0.03] (Tabla 13-14). Se descarto una relación entre la presencia de herpes con la edad, niveles de linfocitos CD4 y los años de tratamiento antirretroviral (Tabla 15-16).

TABLA 13.

Distribución de los Liqueen Escleroso vs las Variables Numéricas					
Liquen Escleroso		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad (años)	SI	3	52.67	7.02	4.06
	NO	58	34.26	11.19	1.47
Niveles Linfocitos CD4	SI	3	431.67	63.41	36.61
	NO	58	410.83	319.68	41.98
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	SI	3	12.00	9.54	5.51
	NO	58	6.07	6.86	0.90

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 14.

Distribución de los Liquen Escleroso vs las Variables Numéricas									
Tipo de Variable	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias					IC95%	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Edad (años)	1.42	0.24	2.81	59.00	0.01	18.41	6.56	5.29	31.53
			4.27	2.56	0.03	18.41	4.31	3.24	33.58
Niveles Linfocitos CD4	3.12	0.08	0.11	59.00	0.91	20.84	186.18	-351.70	393.38
			0.37	10.10	0.72	20.84	55.70	-103.09	144.77
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	0.30	0.58	1.44	59.00	0.16	5.93	4.13	-2.32	14.19
			1.06	2.11	0.39	5.93	5.58	-16.94	28.80

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 15.

Distribución de los Herpes Genital vs las Variables Numéricas					
Herpes Genital		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad (años)	SI	5	36.60	13.61	6.09
	NO	56	35.04	11.64	1.56
Niveles Linfocitos CD4	SI	5	308.00	202.62	90.62
	NO	56	421.13	319.42	42.68
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	SI	5	6.80	5.85	2.62
	NO	56	6.32	7.17	0.96

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 16.

Distribución de los Herpes Genital vs las Variables Numéricas									
Tipo de Variable	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias					IC95%	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Edad (años)	0.42	0.52	0.28	59.00	0.78	1.56	5.50	-9.44	12.57
			0.25	4.54	0.81	1.56	6.28	-15.09	18.22
Niveles Linfocitos CD4	1.04	0.31	-0.77	59.00	0.44	-113.13	146.04	-405.35	179.10
			-1.13	5.95	0.30	-113.13	100.17	-358.72	132.47
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	0.19	0.66	0.14	59.00	0.89	0.48	3.31	-6.14	7.10
			0.17	5.14	0.87	0.48	2.79	-6.62	7.58

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

Finalmente se identificó una relación entre la presencia de condilomatosis con los niveles de linfocitos CD4, apareciendo la enfermedad cuando los niveles de CD4

son en promedio de 485.64 [p0.04) y no apareciendo la enfermedad cuando los niveles de CD4 son en promedio de 324.89 [p 0.04] (Tabla 17-18).

TABLA 17.

Distribución de los Condilomatosis vs las Variables Numéricas					
Condilomatosis		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad (años)	SI	33	33.121	9.0545	1.5762
	NO	28	37.571	13.9800	2.6420
Niveles Linfocitos CD4	SI	33	485.64	374.404	65.175
	NO	28	324.89	188.314	35.588
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	SI	33	6.09	6.862	1.194
	NO	28	6.68	7.334	1.386

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

TABLA 18.

Distribución de los Condilomatosis vs las Variables Numéricas									
Tipo de Variable	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC95%	
								Inferior	Superior
Edad (años)	11.89	0.00	-1.50	59.00	0.14	-4.45	2.97	-10.40	1.50
			-1.45	44.85	0.15	-4.45	3.08	-10.65	1.75
Niveles Linfocitos CD4	10.68	0.00	2.06	59.00	0.04	160.74	78.04	4.58	316.91
			2.16	48.79	0.04	160.74	74.26	11.50	309.99
Años de Tratamiento Anti-Retrovirales	0.69	0.41	-0.32	59.00	0.75	-0.59	1.82	-4.23	3.05
			-0.32	55.96	0.75	-0.59	1.83	-4.25	3.08

Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Condesa Cuauhtémoc de la SSA en la CDMX.

19. DISCUSIÓN

Con respecto a las enfermedades vulvares identificadas:

El herpesvirus simple tipo 2 tiene una prevalencia de entre el 50 y 90% entre las personas con VIH y es la causa más frecuente de úlceras genitales (10). En comparativa a lo descrito por el autor citado, en esta investigación la presencia de herpes genital fue apenas en el 8.2% de los casos, sin embargo, la baja incidencia no se logró relacionar con variables como la edad, los años de tratamiento y niveles de linfocitos.

Otra de las enfermedades vulvares que se presentó, incluso con mayor frecuencia que el herpes, fue el molusco contagioso, en el 16.4% de los casos, sin embargo, este dato responde a criterios de causalidad como la consistencia y plausibilidad biológica, ya que en la bibliografía actual se describe que otra infección viral común entre los pacientes con VIH es el molusco contagioso, de forma más específica el MCV tipo 2 (10).

En menor proporción se presentó el liquen escleroso, relacionando su presencia con la edad de las pacientes, pues al menos en esta investigación la enfermedad apareció en mujeres con un promedio de edad de 52 años, lo cual es consistente y se rige bajo otros criterios de causalidad como la plausibilidad biológica, coherencia e incluso gradiente biológico pues a mayor edad mayor incidencia de la enfermedad, por su parte la literatura describe que el liquen escleroso es una condición inflamatoria crónica que afecta la región anogenital, en las mujeres, la presentación vulvar se encuentra asociada a enfermedades autoinmunes, con mayor frecuencia es una patología que se presenta en personas prepuberales y posmenopáusicas (13).

También se encontró que la condilomatosis correspondió con la patología vulvar más frecuente, sin embargo, llama la atención que su presencia se relacionó a niveles un poco más altos de CD4 en comparación de aquellas pacientes que no lo presentaron, de forma contradictoria en un metaanálisis realizado en este mismo país, se determinó que las mujeres con VIH cuya cuantificación de linfocitos CD4

es alta el riesgo de adquirir el virus del papiloma humano tiene una reducción del 36-70% y, por lo tanto, también se reduce el riesgo de desarrollar neoplasias intraepiteliales grado 2 o mayor en un 36-80% (25). Por lo que valdría la pena tomar este resultado como una nueva línea de investigación.

Es importante recalcar que la bibliografía actual evidencia que las personas con VIH poseen un mayor riesgo de presentar infecciones por distintos agentes y a su vez la presencia de úlceras vulvares causadas por diversas infecciones incrementan el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (10). En comparación a los citados por el autor, la incidencia de enfermedades vulvares en esta investigación sucedió en una frecuencia mucho menor a la esperada, sin embargo, no se lograron identificar factores que intervengan en el aumento o disminución de la incidencia de patologías vulvares, por lo que se recomienda la realización de esta investigación en la misma clínica a futuro o su replicación en otras clínicas incluyendo más variables que pudiesen estar relacionadas.

En complemento a lo anterior se han estudiado los posibles mecanismos que aumentan el riesgo de alteraciones en la microbiota genital, de adquirir infecciones de transmisión sexual y desarrollo de candidiasis en las pacientes con VIH, y se ha identificado, como parte del proceso fisiopatológico un aumento de citocinas proinflamatorias, mayor afluencia de las células diana del VIH y una alteración en la integridad de la barrera epitelial del tracto genital por ser, las células de la submucosa parte de los tipos celulares diana del virus (5). Otro mecanismo fisiopatológico en la alteración de la microbiota genital es la pérdida de *Lactobacillus* spp., por lo cual existe una reducción del ácido láctico, del peróxido de hidrógeno y otras proteínas antimicrobianas que suelen inhibir al virus de inmunodeficiencia humana y otros agentes causales de infecciones de transmisión sexual (5).

Finalmente, se citarán los criterios de causalidad de Bradford Hill (1965) pertinentes a esta investigación:

“Consistencia”: La asociación causa-efecto ha sido demostrada por diferentes estudios de investigación y bajo circunstancias distintas, sin embargo, la falta de consistencia no excluye la asociación causal, ya que distintos niveles de exposición

y demás condiciones pueden disminuir el efecto del factor causal en determinados estudios.

“Plausibilidad Biológica”: El contexto biológico existente debe explicar lógicamente la etiología por la cual una causa produce un efecto a la salud, sin embargo, la plausibilidad biológica no puede extraerse de una hipótesis, ya que el estado actual del conocimiento puede ser inadecuado para explicar nuestras observaciones o no existir.

“Coherencia”: Implica el entendimiento entre otros hallazgos de la asociación causal con los de la historia natural de la enfermedad y otros aspectos relacionados con la ocurrencia de la misma, como por ejemplo las tendencias seculares, este criterio combina aspectos de consistencia y plausibilidad biológica.

“Temporalidad”: La causa debe proceder al efecto, no obstante, a veces es difícil definir con que grado de certeza ocurre esto, en general el comienzo de las enfermedades comprende un largo periodo de latencia entre la exposición y la ocurrencia del efecto a la salud.

“Gradiente biológico”: Una mayor exposición debe conducir generalmente a una mayor incidencia del efecto. Sin embargo, en algunos casos, la mera presencia del factor puede desencadenar el efecto. En otros casos, se observa una proporción inversa: una mayor exposición conduce a una menor incidencia.

20. CONCLUSIONES

Se realizó un estudio con diseño transversal en la Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc con el objetivo de identificar las patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana y bajo una premisa mayor que dicta: “La incidencia de patologías vulvares presentes en pacientes que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana será mayor al 90%”.

De acuerdo con los resultados obtenidos y tras su análisis, se acepta la hipótesis, puesto que la incidencia de patologías vulvares en las pacientes con VIH atendidas en esta clínica fue de apenas el 98.4%, siendo las siguientes en orden decreciente:

- Condilomatosis 54.1%
- Molusco contagioso 16.4%
- Herpes genital 8.2%
- Liquen escleroso 8.2%
- Otras enfermedades vulvares 14.8%

Con respecto a dichas enfermedades se encontró relación entre la presencia o no de la enfermedad con algunas variables, siendo las siguientes:

-Liquen escleroso: se presenta en edades promedio de 52.67 años.

-Molusco contagioso, no se presenta cuando el nivel promedio de CD4 es de 435.73.

-Condilomatosis, se presenta cuando el nivel promedio de CD4 es de 485.64.

Finalmente, se puede concluir que el tratamiento más utilizado en las pacientes evaluadas fue la combinación de BIC+TAF+FTC y que poco más de un cuarto de las pacientes no tienen un adecuado apego al tratamiento.

21. BIBLIOGRAFÍA

1. Jamieson A, Tse SS, Brar H, Sadownik LA, Proctor L. A Systematic Review of Risk Factors for Development, Recurrence, and Progression of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2022 Mar 4, Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35249976/>
2. Palacios-Baena ZR, Martín-Ortega M, Ríos-Villegas MJ. Perfil de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y factores de riesgo asociados al diagnóstico tardío en una consulta especializada durante el periodo 2014-2018. *Medicina Clínica*. 2020 Dec;155(11):482–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2387020620305295>
3. Muñoz Hornero C, Muriel A, Montero M, Iribarren JA, Masía M, Muñoz L, et al. Diferencias epidemiológicas y de mortalidad entre hombres y mujeres con infección por VIH en la cohorte CoRIS entre los años 2004 y 2014. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2021 Oct;39(8):372–82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diferencias-epidemiologicas-mortalidad-entre-hombres-S0213005X20302202>
4. Mocelin HJS, Jesus SV de, Negri L dos SA, Borges BJP, Silva AI da, Maciel ELN. Barreiras e facilitadores do enfrentamento de HIV/aids e sífilis por venezuelanas residentes no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]*. 2023 Mar 3;47:1. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57055>
5. Deese J, Heffron R, Jaspan H, Masson L, Smit JA, Sibeko S. Recent Advances and New Challenges in Cisgender Women’s Gynecologic and Obstetric Health in the Context of HIV. *Clinical Obstetrics and Gynecology [Internet]*. 2021 Sep 1; 64(3):475–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34323229/>
6. Cohen Sacher B. The Normal Vulva, Vulvar Examination, and Evaluation Tools. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2015 Sep;58(3):442–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26083130/>
7. Coburn SB, Dionne-Odom J, Alcaide ML, Moran CA, Rahangdale L, Golub ET, et al. The Association Between HIV Status, Estradiol, and Sex Hormone Binding Globulin Among

- Premenopausal Women in the Women's Interagency HIV Study. *Journal of Women's Health*. 2022 Feb 1;31(2):183–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35041528/>
8. Palacios S. Assessing symptomatic vulvar, vaginal, and lower urinary tract atrophy. *Climacteric*. 2019 Jun 3;22(4):348–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31157569/>
9. Real F, Bomsel M. Visualisation en temps réel de l'infection de la muqueuse génitale par le VIH. *médecine/sciences*. 2019 Mar;35(3):209–12. Disponible en: https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2019/04/msc190011/msc190011.html
10. Zare SY. Infectious disorders of the vulva. *Seminars in Diagnostic Pathology*. 2021 Jan;38(1):19–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33067080/>
11. Nyirjesy P, Brookhart C, Lazenby G, Schwebke J, Sobel JD. Vulvovaginal Candidiasis: A Review of the Evidence for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention of Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*. 2022 Apr 13;74(Supplement_2):S162–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35416967/>
12. Lee A, Fischer G. Diagnosis and Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: An Update for Dermatologists. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2018 Jul 9;19(5):695–706. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987650/>
13. Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A, Schlosser BJ, Edwards L. Vulvar diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020 Jun;82(6):1287–98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31712170/>
14. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders. *Obstetrics & Gynecology*. 2020 Jul;136(1):222–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590722/>
15. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Dermatosis inflamatorias vulvares. *Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]*. 2012 May 1;103(4):260–75. Available from:

<https://www.actasdermo.org/es-dermatosis-inflamatorias-vulvares-articulo-resumen-S0001731011004157>

16. National AIDS Plan. Consensus document on the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases in adults, children and adolescents. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2018 Nov;36(9):576–85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-consensus-document-on-diagnosis-treatment-S0213005X17301908>

17. Smith AJB, Varma S, Rositch AF, Levinson K. Gynecologic cancer in HIV-positive women: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Sep;221(3):194-207.e5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30771344/>

18. Dièye A, Wembulua Shinga B, Tendeng JN, Diedhiou MN, Seck B, Ndong A, et al. Carcinome épidermoïde de la vulve chez une patiente infectée par le VIH-1 en échec de traitement antirétroviral de première ligne. *Pan African Medical Journal*. 2020;36. Disponible en: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/36/181/full/>

19. Wohlmuth C, Wohlmuth-Wieser I. Vulvar malignancies: an interdisciplinary perspective. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2019 Dec;17(12):1257–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829526/>

20. Tesfalul M, Simbiri K, Wheat CM, Motsepe D, Goldbach H, Armstrong K, et al. Oncogenic Viral Prevalence in Invasive Vulvar Cancer Specimens From Human Immunodeficiency Virus–Positive and -Negative Women in Botswana. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2014 May;24(4):758–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24651632/>

21. Lima ICV de, Cunha M da C dos SO, Cunha GH da, Galvão MTG. Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]*. 2017; 51(0). Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03224.pdf

22. Abdulrahman Z, Kortekaas KE, De Vos Van Steenwijk PJ, Van Der Burg SH, Van Poelgeest MI. The immune microenvironment in vulvar (pre)cancer: review of literature and implications for immunotherapy. *Expert Opinion on Biological Therapy*. 2018 Nov 2;18(12):1223–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30373410/>
23. Ayakannu T, Murugesu S, Taylor Anthony H, Sokhal P, Ratnasekera L, Wilhelm-Benartzi Charlotte SM, et al. The Impact of Focality and Centricity on Vulvar Intraepithelial Neoplasia on Disease Progression in HIV+ Patients: A 10-Year Retrospective Study. *Dermatology*. 2019;235(4):327–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31256169/>
24. Khaba MC, Lekala ML, Mosehle SD. Malignant nodular melanoma of the vulva: a rare and aggressive tumour of the female genital tract (case report). *Pan African Medical Journal* [Internet]. 2021; 38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8051228/>
25. Nyambe A, Lubeya MK. Cervical cancer and HIV in Zambian women. *The Lancet Global Health*. 2021 Jun;9(6):e734–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34019827/>
26. Hu M, Valicherla GR, Zhou T, Hillier SL, Rohan LC. Expression, Activity, and Regulation of Phosphorylating Enzymes in Tissues and Cells Relevant to HIV-1 Sexual Transmission. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2022 Jan 1;38(1):22–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33567990/>

22. ANEXO I. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<p>SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL GENERAL "DR. ENRIQUE CABRERA COSIO" CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA</p>	
<p>"PATOLOGÍAS VULVARES PRESENTES EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA CLÍNICA CONDESA"</p>	
No. De expediente:	
EDAD:	VIH () SIDA ()
PATOLOGÍA VULVAR	INFECCIONES () _____ LIQUEN PLANO EROSIVO () _____ LIQUEN ESCLEROSO () _____ LESIONES POR VPH () _____ NEOPLASIA INTRA EPITELIAL VULVAR () _____ MELANOMA NODULAR MALIGNO () _____ CARCINOMA () _____
TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES	SI () NO ()
APEGO AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES	SI () NO () TX _____
LINFOCITOS CD4 _____ CD4+/μL	CARGA VIRAL _____ No. De copias
Dra. Guadalupe Roxana Cuellar Sanchez	

II. ASPECTOS CONCEPTUALES

(Información manuscrita y autógrafa)

Nombre y firma del Investigador:

Guadalupe Roxana Cuellar Sanchez



Fecha de entrega a la Secretaría Técnica del Cuerpo Colegiado:

Sello y firma de recibo en la Secretaría Técnica del Cuerpo