



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
COSÍO**

**LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH),
PACIENTES DE CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA**

TESIS TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ERIKA SARAI CRUZ AMAYA

DIRECTORES DE TESIS

DOCTORA TERESITA DE JESUS CABRERA LÓPEZ
DOCTOR LUIS ROBERTO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA. CD.MX.
2022

Facultad de Medicina



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA
COSÍO**

**LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH),
PACIENTES DE CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA**

**TESIS TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICO**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ERIKA SARAI CRUZ AMAYA

Facultad de Medicina



DIRECTORES DE TESIS

DOCTORA TERESITA DE JESUS CABRERA LÓPEZ
DOCTOR LUIS ROBERTO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA. CD.MX.

2022



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Autor: Dra. Erika Sarai Cruz Amaya

Vo. Bo.

Dr. Jesús Raymundo González Delmotte

Profesor titular de especialización en ginecología y obstetricia

Vo. Bo.
Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

Directora de formación, actualización médica e investigación.
Secretaría de salud de la Ciudad de México



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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Dra. Teresita de Jesús Cabrera López

Directora de tesis

Médico especialista en ginecología y obstetricia en Clínica Especializada Condesa
Iztapalapa

Dr. Luis Roberto Sánchez González

Director de tesis

Médico especialista en Ginecología y obstetricia en Hospital general de Iztapalapa

Dedicatoria

A mi amada familia: Nena, Buzo, Carlitos, Chucho y Magnus, quienes han sido el pilar para llegar a este punto de mi carrera, que con su cariño, ejemplo, dedicación y esfuerzo jamás soltaron mi mano.

A mis maestros, gracias a su paciencia y pasión por el arte de enseñar. Vida eterna.

A los futuros médicos y residentes, al final de la meta les digo que valdrá mucho la pena, desde el cielo llegan nuevas fuerzas para continuar hasta finalizar el proceso.

ÍNDICE	PÁGINA
Resumen	1
I. Introducción	2
II. Marco teórico	
2.1 Características del VIH	3
2.2 Alteraciones que se presentan con la entrada del VIH en la célula	4
2.3 Reconocimiento de la infección por VIH	5
2.4 Asociación de embarazo y mujeres que viven con VIH	5
2.5 Asociación de infección de VIH con infección de VPH	8
2.6 Lesiones premalignas del cuello uterino	10
2.7 Evolución de la Infección por VPH a cáncer cervicouterino	11
III. Planteamiento del problema	13
3.1 Argumentación	13
3.2 Pregunta de investigación	14
IV. Justificación	14
V. Hipótesis	16
VI. Objetivo general	16
VII. Objetivos específicos	17
VIII. Metodología	18
8.1 Tipo de estudio	18
8.2 Población de estudio	18
8.3 Muestra	18
8.4 Tipo de muestreo y estrategia de recolección	18
8.5 Variables	18
8.6 Mediciones e instrumentos de medición	22
8.7 Análisis estadístico de datos	22
IV. Implicaciones éticas	23
X. Resultados	23
XI. Análisis de resultados	25
XII. Discusión	28
XIII. Conclusiones	29
13.1 Recomendaciones	29
XIV. Bibliografía	31
 Índice de tablas	
-Tabla 1. Tabla de operacionalización de variables de investigación	18
-Tabla 2. Total de pacientes embarazadas que viven con VIH que asistieron a la clínica condesa Iztapalapa en el periodo comprendido 01.01.2018 al 01.01.2021	35
-Tabla 3. Características demográficas de la muestra por grupo etario	36
-Tabla 4. Antecedentes de importancia clínica y factores de riesgo	37
-Tabla 5. Total de resultados de citología inicial de las pacientes embarazadas que viven con VIH acorde al trimestre de embarazo	39
-Tabla 6. Resultado de colposcopia inicial y de seguimiento de las	

pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) acorde al trimestre de embarazo	40
-Tabla 7. Total de resultados de colposcopia de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con el diagnóstico de lesión cervical intraepitelial acorde al trimestre de embarazo	41
-Tabla 8. Total de resultados de biopsia de pacientes que estuvieron embarazadas de que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	42
-Tabla 9. Antecedentes ginecoobstétricos de importancia incluidos en variables de estudio	43
-Tabla 10. Total de infecciones concomitantes de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial	44
Índice de figuras	
-Figura 1. Esquemas recomendados para inicio de TAR en mujeres embarazadas	7
-Figura 2. Recomendación para profilaxis intraparto de la transmisión perinatal del VIH	7
-Figura 3. Terminología de los cambios premalignos citológicos e histológicos del cuello uterino. Terminología correspondiente a los sistemas de clasificación anteriores e imágenes para cada categoría	11
-Figura 4. Clasificación epidemiológica de los tipos de VPH asociados con enfermedad clínica	11
Anexos	35
Glosario	52

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que fueron atendidas en Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron 51 pacientes atendidas en Clínica Especializada Condesa Iztapalapa en el periodo del 1º de enero de 2018 al 1º de enero 2021. Se describen medianas para variables cuantitativas y frecuencias para las variables categóricas

Resultados: Se obtuvo una muestra de 31 pacientes. La mediana de la edad fue 28 años con rango (R:16-40 años) y desviación estándar de 4.31, en su mayoría multigestas. sí como ausencia de uso de métodos anticonceptivos del 83.87%La presencia de infecciones concomitantes con de mayor frecuencia fue de virus de papiloma humano en un 48.38%. Por otra parte, las lesiones intraepiteliales reportadas con mayor frecuencia fueron de bajo grado con el 69.2% y de alto grado con el 30.8%. No se reportó ningún caso de carcinoma in situ.

Conclusión: Las lesiones intraepiteliales cervicales más frecuentes en embarazadas que viven con VIH de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa fueron lesión intraepitelial cervical de bajo grado (LIEBG) con 69.2% y 30.8 % correspondieron a lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG)

Palabras clave: Embarazo, lesiones intraepiteliales cervicales, virus del papiloma humano, virus de inmunodeficiencia humana.

I. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es considerada actualmente un problema de salud pública a nivel mundial con alto impacto médico en la población afectada, gran número de pacientes infectadas padecen además enfermedades concomitantes como la infección por virus de papiloma humano (VPH), siendo ésta la infección de transmisión sexual más común en personas con vida sexual activa. Se sabe que el estado inmunológico de un paciente portador de VIH guarda estrecha relación con padecer complicaciones con mal pronóstico para la salud del paciente, sugiere una mayor probabilidad para el desarrollo de lesión intraepitelial cervical de bajo grado y de alto grado en mujeres portadoras de VIH, también participan factores como inicio temprano de actividad sexual, múltiples parejas, presencia de enfermedades de transmisión sexual, antecedente de displasia escamosa cervical, vaginal o de vulva y tabaquismo³.

Además, las mujeres que viven con el VIH presentan una persistencia significativamente mayor en las infecciones por el VPH que aquellas que no son portadoras del virus. Otra causa conocida es que la infección por el VIH altera la historia natural de la infección por el VPH, con menores tasas de regresión de las lesiones de bajo grado y mayor riesgo de progresión para lesiones de alto grado, por lo que es necesaria una mayor intervención y monitorización, en este tipo de pacientes en su mayoría se encuentran en etapa reproductiva, estimando que cerca del 1-5% de los estudios de citología cervical durante el embarazo muestran cambios patológicos, mientras que cerca del 3% de los casos de cáncer cervical se diagnostican durante el embarazo, predominando las lesiones de bajo grado³.

Las mujeres con infección por el VIH que presentan lesión intraepitelial cervical de alto (LIEBG) y lesión intraepitelial cervical de bajo grado (LIEAG) son clasificadas como sintomáticas (fase B de la infección). Y las que presentan cáncer cervicouterino invasor o asociadas infecciones oportunistas específicas son clasificadas como portadoras de SIDA (fase C) acorde a los criterios establecidos por los centros para el control y la prevención de enfermedades¹².

El objetivo del estudio es indicar la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que son pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa con la finalidad de priorizar la detección, seguimiento y tratamiento para evitar la progresión en esta población.

II. Marco teórico

2.1 Características del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Lentivirus de la familia Retroviridae, Fue descubierto y considerado como el agente de la epidemia de SIDA por el equipo de Luc Montagnier en el año de 1983. Los casos iniciales de infección por VIH en humanos se cree que ocurrieron alrededor del año 1920 en la República Democrática del Congo en África, debido al salto entre especies de un virus similar que infecta a los chimpancés. Fue hasta mediados de los 70's cuando comenzó a extenderse por todo el mundo. Posteriormente en junio de 1981, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos, publicaron una serie de casos con un tipo de neumonía producida por *Pneumocystis carinii*. Apenas 4 meses después, se detectó el primer caso en España. Además de que fue en septiembre de 1982 se utilizó el término síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) por primera vez¹.

En enero de 1983, la CDC informó de casos en parejas sexuales femeninas de hombres con SIDA, y en ese año ya se habían identificado las principales vías de transmisión del VIH, descartando la transmisión por contacto casual, alimentos, agua, aire o superficies ambientales. En el año de 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre Retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier encontró un candidato al que denominó virus asociado a linfadenopatía (LAV). En el año de 1984, el equipo de R. Gallo, quien fue el descubridor del único retrovirus humano (HTLV), confirmó el descubrimiento, denominándolo virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). Como parte de la resolución del conflicto sobre la prioridad en su descubrimiento, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en español se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el mismo año de 1983, en que se identificó el virus, secuencia de su genoma y caracterización de sus proteínas⁷.

Actualmente se conocen dos tipos de virus diferentes: VIH tipo 1 y VIH tipo 2. El primero es el considerado responsable de la situación pandémica, mientras que el segundo es un virus endémico del África Oriental y es sumamente raro fuera de dicha región. El núcleo del virus contiene la proteína de la cápside, p24 (p26 en VIH 2), la proteína p7/p9 de la nucleocápside, dos copias de ARN, y tres enzimas virales (proteasa, transcriptasa inversa e integrasa), su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta^{1,3}. La proteína p24 es el antígeno con mayor facilidad de detección y son los anticuerpos contra ella los utilizados para el diagnóstico de infección aguda por VIH por medio de la técnica ELISA, que es el acrónimo en inglés para enzimoimmunoanálisis de adsorción^{6,7}.

2.2 Alteraciones que se presentan con la entrada del VIH en la célula.

El ingreso del virus de inmunodeficiencia humana a la célula se produce mediante la interacción secuencial con dos receptores, CD4 y los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4. La interacción inicial se produce entre gp120 y CD4 e induce conformacionales que exponen el dominio V3 y regiones adyacentes que forman el dominio de unión de la gp120 a los receptores de quimiocinas. Esta segunda interacción induce nuevos cambios en la estructura de la gp41 que expone en la región N-terminal un dominio altamente hidrofóbico que se ancla en la membrana plasmática. Esta estructura genera un movimiento de unión de los dominios heptaméricos de la gp41 y durante este proceso de cierre la membrana plasmática y viral se aproximan y fusionan. Una vez fusionadas las membranas viral y celular, se produce la internalización de la nucleocápside y la decapsidación del genoma vírico. En este proceso, las proteínas de la cápside se desensamblan y liberan el genoma viral. Este paso es inhibido por la proteína celular TRIM5 α , que es específica de especie, el proceso de síntesis de ADN a partir del ARN viral o retrotranscripción es realizado por el complejo enzimático de la transcriptasa inversa. Una vez sintetizado, el ADN proviral se acopla formando el complejo de preintegración. Este complejo es transportado al núcleo y se integra en el genoma del hospedador, constituyendo la forma proviral del VIH. El sistema inmune adaptativo se adecúa para enfrentar al virus una vez que ha entrado al organismo ^{2,4}.

El sistema inmune genera respuesta tardía ante el patógeno. Existen diferentes tipos de linfocitos de acuerdo al estadio de maduración y activación en el que se encuentren, estos estadios suceden en órganos linfoides tales como médula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos y tejido linfoide respectivamente, los linfocitos T maduran en el timo y se convierten en linfocitos T CD4 y linfocitos T CD8, de los cuales los linfocitos T CD4 se diferencian en linfocitos T efectoros colaboradores y se denominan en linfocitos T Helper (TH), mientras que los linfocitos TCD8 se diferencian en linfocitos T efectoros citotóxicos y se denominan TC y tras el encuentro con el antígeno, adquieren diferentes funciones: de colaboración y de citotoxicidad^{21,32}.

Durante el reconocimiento del antígeno, las moléculas CD4+ y CD8+ actúan como “correceptores”, facilitando la adhesión a la célula respectiva y participando en la transducción de señales al interior celular⁴. Los linfocitos T CD4 infectados se transforman en dianas del sistema inmunitario y, al expresar péptidos virales en sus moléculas HLA de clase 1, son susceptibles al reconocimiento y destrucción por linfocitos citotóxicos^{2,21}.

2.3 Reconocimiento de la infección por VIH.

El recuento normal de linfocitos T CD4 en sangre es entre 500 y 1,600 células/ μ L; a medida que la infección por el VIH progresa, disminuye su número, incrementando el riesgo de sufrir infecciones oportunistas. Después de la seroconversión, los linfocitos T CD4 se reducen de forma significativa a lo largo de la fase asintomática o intermedia. El diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se establece cuando una persona con VIH tiene un recuento de linfocitos T CD4 menor de 200 células/MI. La infección por VIH se clasifica en diversas etapas o fases, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. Las fases se describen a continuación: Fase de infección aguda retroviral, esta fase puede ser asintomática o puede ser sintomática inespecífica. A esta fase le corresponde la llegada del virus al organismo; con sintomatología particular, extendiéndose por un período de 6 a 8 semanas aproximadamente y sin requerir tratamiento específico. Fase asintomática u oportunistas menores, el paciente puede estar completamente asintomático o presentar síndrome adénico. Puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, la duración aproximada de esta fase es entre 1 y 8 años. Fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores, esta fase es la intermedia entre la de portador asintomático y el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida. Se caracteriza por distintos síntomas, entre los que se encuentran: el malestar general, síndrome febril prolongado, pérdida de peso de hasta el 10%, sudoración nocturna, dermatitis seborreica, anemia, trombocitopenia, con síndrome purpúrico, diarrea con duración mayor o igual a tres meses, candidiasis bucal, herpes simple recidivante, herpes zóster y verrugas genitales, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica. Fase de síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) u oportunistas mayores, es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores poco frecuentes. Inmunológicamente se representa como inmunodepresión severa. También se ha incluido el término SIDA inmunológico, el cual incluye a pacientes con número de células CD4 menor de 200 mm^3 y clínicamente asintomático. Esta fase se ha asociado con alta mortalidad, poca respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones adversas, irreversibilidad de la infección oportunista y dificultad para lograr la recuperación del sistema inmunológico^{19, 32}.

2.4 Asociación de embarazo y mujeres que viven con VIH

Acorde a los datos proporcionados por CENSIDA 2021 y el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, en México se notificaron 13,139 casos y diagnosticaron 11.869, con mayor proporción de casos con respecto al total del 13.7% en la Ciudad de México, así mismo se realizaron detecciones de VIH en embarazadas (reactivas y no reactivas) por primera vez a nivel nacional de 453.948, con mejoría progresiva acorde a años anteriores. La condición de embarazo es una indicación absoluta de inicio urgente de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH. En las mujeres

embarazadas, además de generar beneficios en la salud de la mujer, el tratamiento antirretroviral y el paquete de intervenciones eficaces para prevenir la transmisión vertical, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del virus a sus recién nacidos, de 15%- 45%, en ausencia de cualquier intervención, a niveles inferiores al 5% ²⁹.

En México, el reporte del primer caso de transmisión vertical de infección por el VIH se registró en el año de 1989, con incremento progresivo inicialmente bajo, solo 23 casos reportados de 1989 a 1993 en ocho estados. De 2004 al 2008, el número de casos incrementó de manera dramática a 339 casos en 27 estados, y de 2009 a septiembre del 2013, se reportaron 243 casos confirmados en 26 estados. Actualmente se han registrado 58 casos de transmisión vertical en el 2021²⁸. Se puede deducir que el número de casos de transmisión vertical del VIH tiene relación directamente proporcional con el número de casos totales de VIH/SIDA en el país.

La patogénesis de la transmisión vertical del VIH es multifactorial, mediada por las microtransfusiones sanguíneas durante las contracciones uterinas, cuando existe corioamnionitis, el ascenso del virus a través de las secreciones vaginales después de la ruptura de las membranas y su absorción por el tracto digestivo del feto. Es primordial que las mujeres embarazadas y aquellas planeen un embarazo conozcan su condición serológica; por lo tanto, es obligatorio ofrecer a toda embarazada información y realizar la serología para el VIH en el primer trimestre, incluso idealmente antes del mismo, y repetir en el tercer trimestre con el fin de detectar las seroconversiones producidas durante el embarazo ^{5,12}.

Múltiples estudios observacionales avalan la eficacia y la seguridad del TAR en las mujeres embarazadas que viven con VIH, por lo que se recomienda la administración de terapia triple durante el embarazo, además de ajuste acorde a las semanas de gestación. Se recomienda continuar la terapia antirretroviral después de la resolución del embarazo, de manera ininterrumpida, independientemente del conteo basal de células CD4. Objetivo del tratamiento: Lograr la supresión viral y mantener la carga viral indetectable al momento del nacimiento para evitar la transmisión vertical y tener una madre viva y un niño sano²⁷.

En mujeres que recibían desde antes de la concepción esquemas con base en Efavirenz y se identifican embarazadas en el primer trimestre de la gestación, pueden continuar con el esquema que incluye Efavirenz y tomar en cuenta el riesgo de defectos del tubo neural que podrían desarrollarse en la semana 5 a 6 de la gestación, en cuyo caso se recomienda efectuar ultrasonido fetal en la semana 18 a 20 para evaluar la anatomía del feto.

Eje de esquema	Tercer componente	
Esquema recomendado		
TDx/FTC ²	Raltegravir (400 mg BID)	Esquema recomendado en mujeres con embarazo menor de 8 semanas de gestación.
TDx/FTC ² o ABC/3TC	Dolutegravir (50mg QD)	En embarazo mayor de 8 semanas de gestación.
Esquemas alternativos		
ABC/3TC ¹ o TDx/FTC ²	Darunavir + ritonavir (600 + 100 mg BID) o Lopinavir/ritonavir (400/100mg BID)	Se recomienda el ajuste a la dosis estándar inmediatamente después de la resolución del embarazo.
ABC/3TC ¹	RAL (400 mg BID)	En mujeres con más de 100,000 copias/ml, la combinación de RAL + ABC/3TC es menos eficaz que con TDx/FTC

Figura 1. Esquemas recomendados para inicio de TAR en mujeres embarazadas. Tomado de: Tomado de: Secretaria de salud (2021). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH; (1): 13-280.

Criterios	Recomendaciones
Paciente en TAR con CV <50 copias/ml	<p>⇒ NO REQUIERE profilaxis intraparto. Considerar resolución vía vaginal. (BII) Continuar TAR. (BII)</p>
Si no se cumple el criterio anterior, resolución del embarazo por vía cesárea y profilaxis intraparto	
Paciente en TAR: <ul style="list-style-type: none"> • Con CV <50 copias/ml y ruptura prematura de membranas • CV > 50 copias/ml • CV desconocida 	Continuar con el tratamiento ARV En caso de sospecha de falla solicitar revaloración del esquema por el comité correspondiente PROFILAXIS, PREFERIDO (en caso de disponibilidad de ZDV IV) Iniciar 4 horas antes de la resolución del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> • ZDV IV en infusión 2mg/kg durante la primera hora, continuar con infusión 1mg/kg para cada hora hasta el nacimiento, o bien ALTERNATIVO Agregar al esquema habitual ZDV/3TC VO, 1 tableta c/3h, por 3 dosis hasta 1h previa al nacimiento. (AII)
<ul style="list-style-type: none"> • Sin TAR • Prueba rápida reactiva en trabajo de parto. 	⇒ Iniciar tratamiento ARV con TDx/FTC + RAL o IP/r; más una dosis adicional única de TDx. PROFILAXIS PREFERIDA (en caso de disponibilidad de ZDV IV) Iniciar 4 horas antes de la resolución del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> • ZDV IV en infusión 2mg/kg durante la primera hora, continuar con infusión 1mg/kg para cada hora hasta el nacimiento, o bien, agregar al esquema anterior: ZDV/3TC VO, 1 tableta c/3h, por 3 dosis hasta 1h previa al nacimiento. (AII)

Figura 2. Recomendación para profilaxis intraparto de la transmisión perinatal del VIH. Tomado de: Tomado de: Secretaria de salud (2021). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH; (1): 13-280

La transmisión de la infección por el VIH de madre a hijo es factible de acuerdo con los niveles de la carga viral de la madre que correlacionan con el riesgo de transmisión aún en mujeres que reciben tratamiento antirretroviral. Aunque el riesgo de transmisión perinatal en mujeres con carga viral indetectable parece ser extremadamente bajo, se ha identificado la transmisión en mujeres con carga viral no-detectable o con niveles muy bajos debido a que, además de la carga viral plasmática, existen otros factores que intervienen en la transmisión: niveles bajos de RNA y DNA del VIH en secreciones genitales de mujeres con carga viral indetectable, coinfecciones del tracto genital; penetración variable de los diferentes ARV en el tracto genital. Por lo tanto, todas las mujeres infectadas por el VIH deben recibir tratamiento^{12,20}.

La evaluación inicial de la embarazada infectada por el VIH debe de incluir cuantificación de linfocitos CD4, determinar la carga viral actual, serología para virus de Hepatitis A, B y C, *Toxoplasma gondii* y *Treponema palidum*, así como determinar la necesidad de profilaxis para infecciones oportunistas, estado de vacunación para Hepatitis A, B, influenza y vacuna antineumocócica, exámenes generales básicos y ultrasonido fetal para determinar edad gestacional y existencia de malformaciones. En mujeres con diagnóstico previo de infección por el VIH, revisar las enfermedades relacionadas con esta infección, recuento previo de linfocitos CD4 y carga virales⁵.

Existe evidencia de transmisión del VIH al feto desde la semana ocho de la gestación, aunque la transmisión periparto es la forma más frecuente; alrededor del 50% al 70% de los casos de transmisión vertical ocurren justo antes o durante el proceso del nacimiento. No hay anomalías congénitas asociadas con el VIH y menos de la mitad de los niños infectados tienen virus detectable al nacimiento. La transmisión postparto ocurre a través de la lactancia materna con un riesgo que varía de 7% a 22%. La probabilidad de transmisión materno-fetal del VIH en población que no proporciona lactancia materna es alta durante el embarazo tardío (3% con <14 semanas, 3% con 14-28 semanas, 14% con 28-36 semanas, 50% >36 semanas y 30% durante el nacimiento)⁵.

La vía de nacimiento debe ser previamente consensuada con la madre, tomando en cuenta la evolución de la carga viral para VIH y la última determinación en la semana 36 a 37. Es factible programar en la semana 38 de la gestación la Cesárea electiva, cuando su indicación es la infección por el VIH, también se recomienda en caso de carga viral plasmática para VIH desconocida o >1,000 copias/ml, no contar con tratamiento antirretroviral triple o con monoterapia con Zidovudina durante el embarazo, negativa de la paciente para resolución vía vaginal, ruptura prematura de membranas o sospecha de sufrimiento fetal. Si la Cesárea electiva se realiza por indicación obstétrica no urgente, se puede programar en la semana 39^{12,17}. Es imprescindible que tanto las embarazadas como aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infección por el VIH. Es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y necesaria sobre la realización de la prueba rápida para identificar la infección por el VIH y su confirmación, lo que es considerado el primer paso básico para disminuir la transmisión perinatal del VIH³³.

2.5 Asociación de infección de VIH con infección de VPH.

En la literatura se refiere que los pacientes con diagnóstico de VIH presentan mayor riesgo de contraer diversas enfermedades de transmisión sexual, siendo la infección del virus de papiloma humano (VPH) una de las enfermedades más frecuentes ya que los comportamientos sexuales que favorecen la adquisición del VIH son los mismos que

favorecen la adquisición de cualquier tipo de virus del papiloma humano (VPH). Ambos procesos infecciosos están asociados a distintos factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, múltiples parejas sexuales, primera relación sexual precoz, relación sexual desprotegida y multiparidad²⁴. El cuello uterino está formado por dos tipos de epitelio, el epitelio estratificado que reviste el exocérvix y el cilíndrico simple, formado de hendiduras conocidas como glándulas endocervicales. La unión de ambos epitelios es nombrada unión escamocolumnar o zona de transformación. Ésta es sumamente sensible a la infección viral, con una alta posibilidad de transformarse en anomalías neoplásicas cervicales. En las adolescentes, el epitelio cervical que forma el cuello uterino no se encuentra totalmente maduro y la zona de transformación se localiza en el exocérvix, por lo que presenta un mayor grado de exposición a la acción viral ¹⁰.

El virus de papiloma humano (VPH) pertenece a la familia de Papillomaviridae. Su genoma está constituido por ácido desoxirribonucleico (ADN) circular, de doble cadena, covalentemente cerrado²⁵. Su genoma se divide en tres segmentos de tallas diferentes: la región de control o región no codificadora (RNC), la región temprana (ER) y región tardía (LR). La región de control regula el ciclo de vida del virus. La región temprana está compuesta por 6 genes: E1, E2, E4, E5, E6 y E7, los cuales están involucrados en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica (E5, E6 y E7). La región tardía está compuesta por dos genes que codifican para las proteínas L1 y L2, las cuales componen la cápside viral. Los oncogenes virales E6 y E7 se conservan y se activan, resultando en una expresión no controlada de sus oncoproteínas. Las proteínas E6 y E7 del VPH de alto riesgo producen una desregulación del control del ciclo celular del huésped, promoviendo la proliferación y la supervivencia de las células infectadas. La expresión persistente de estas oncoproteínas permite la acumulación de mutaciones genéticas. La proteína E6 de los VPH de alto riesgo facilita la degradación del gen supresor de tumores p53 a través del mecanismo de proteólisis mediada por el proceso de ubiquitinización. La proteína E7 de los VPH de alto riesgo actúa mediante su unión al complejo Retinoblastoma/Factor de transcripción E2F, de esta forma inactiva al retinoblastoma y deja libre al factor de transcripción, que va a propiciar una proliferación celular descontrolada¹³.

En las pacientes que padecen VIH y VPH, microscópicamente se observan coilocitos, células del epitelio cervical con un halo perinuclear típico secundario a la infección por el virus del papiloma humano. Es sabido que la infección por VIH en una persona con VPH puede ser un factor que aumenta la posibilidad de recaída o reactivación de genomas latentes de VPH o una mutación del genotipo lo cual brinda inestabilidad genómica, resultando como mayor facilidad para el virus romper la membrana y provocar una lesión más grave. Se ha documentado que el desarrollo de cáncer cervicouterino se relaciona con la existencia de una infección persistente por VPH de tipo oncogénico, con persistencia de lesiones cervicales recibiendo el nombre de displasia cervical,

definiéndose como una anomalía en el proceso de maduración celular, en cambio la célula cancerosa se caracteriza por una modificación irreversible en el ADN que causa una alteración en su morfología y/o función, así como replicación anómala y descontrolada²⁵.

2.6 Lesiones premalignas del cuello uterino.

El virus de papiloma humano se puede detectar dicha infección de manera clínica por presencia de lesiones visibles en el epitelio, la infección subclínica no causa síntomas y puede diagnosticarse solo con ayuda del colposcopio, mientras que la infección latente no se asocia con anomalías del epitelio escamoso y puede ser detectada solo por virología. Estas lesiones, consideradas como preinvasoras, son denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de acuerdo con el sistema Bethesda. Desde el punto de vista histológico la clasificación de lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) depende del grado de lesión celular dentro del epitelio y esta clasificación está diseñada para estandarizar el sistema de reporte para la prueba de Papanicolaou. Se basa en la descripción morfológica de las lesiones, lo cual permite identificar datos que sugieren infección por VPH y las alteraciones celulares relacionadas con el desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCu), las cuales fueron identificadas como atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y LEI de bajo y alto grado¹⁶.

Las lesiones premalignas del cuello uterino como lesiones intraepiteliales cervicales (NIC), las cuales van desde el I hasta el III¹³ y se describen a continuación: NIC I, este tipo de lesiones reciben diversos nombres, tales como neoplasia intraepitelial cervical grado I o lesión intraepitelial cervical de bajo grado. No debe ser considerada como una verdadera lesión premaligna, sino como un diagnóstico histopatológico de infección por VPH. Tienen una alta tasa de regresión a la normalidad de manera espontánea del 60%, persistencia del 30% y progresión a NIC III y cáncer cervicouterino del 10% y < 1% respectivamente. El manejo clínico es observacional. Este grupo de lesiones es la más frecuente durante el embarazo con una prevalencia del 86%³. NIC II, Son lesiones conocidas también como neoplasia intraepitelial cervical grado II o lesión escamosa de alto grado. Se considera como lesión premaligna de alto riesgo, aunque alrededor de un 40% de las mismas tienen regresión a la normalidad de manera espontánea, con persistencia del 35% y progresión a NIC III y cáncer cervicouterino del 20% y 5% respectivamente. Este grupo de lesiones durante el embarazo cuenta con una prevalencia del 14%³. NIC III, Identificados como displasia severa, neoplasia intraepitelial cervical grado III o lesión escamosa de alto grado. Es considerada el verdadero precursor del cáncer cervicouterino que va del 30-40%. Es obligatorio su tratamiento debido a su alta probabilidad de evolución. Este grupo de lesiones durante el embarazo cuenta con una prevalencia del 1% hasta el 10%³.

Recientemente esta clasificación ha sido reformulada agrupándose las lesiones en sólo dos grupos: lesión escamosa de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y lesión escamosa de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés)

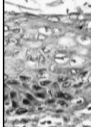
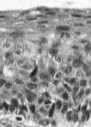
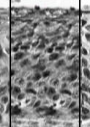
IASB System (1)	Cytology	LSIL	HSIL	
	Histology	LSIL	p16 staining should be performed ²	HSIL
Bethesda Classification System (2)	Cytology	LSIL	HSIL	
	Histology	CIN 1	CIN 2	CIN 3
Previous terminology		Mild dysplasia	Moderate dysplasia	Severe dysplasia Carcinoma in situ
Histologic images				

Figura 3. Terminología de los cambios premalignos citológicos e histológicos del cuello uterino. Terminología correspondiente a los sistemas de clasificación anteriores e imágenes para cada categoría. Tomado de: Christopher P., Warner K., Mark H., FACS. Cervical cancer screening: The cytology and human papillomavirus report – UpToDate.

2.7 Evolución de la Infección por VPH a cáncer cervicouterino

La inmunodepresión desempeña una función fundamental en el desarrollo del cáncer de cualquier tipo, ya sea inducida por tratamiento médico, trasplante de órganos o enfermedades crónico-degenerativas. Varios factores interfieren en la manifestación y evolución de la infección por VPH entre ellos el grado de inmunodeficiencia valorado por el conteo absoluto plasmático de Linfocitos CD4, tiempo de evolución, tipo de VPH y el grado de lesión. La mayoría de estas infecciones son transitorias y son eliminadas por el sistema inmunológico. Sin embargo, en pacientes con sistema inmune comprometido como son pacientes con VIH, las lesiones pueden persistir y progresar de manera más rápida de 3 a 5 veces más rápido que en aquellas pacientes sanas. Por otro lado, el tiempo medio desde la detección del VPH hasta el desarrollo de CaCu es de aproximadamente 7-8 años. Se han identificado más de 100 tipos de VPH y más de 20 tipos asociados a infecciones en humanos, divididos en alto, intermedio y bajo riesgo^{18,22}.

Riesgo	Tipos de VPH	Manifestaciones clínicas
Alto	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82	Lesiones genitales de bajo riesgo Lesiones genitales de alto riesgo Cáncer cervical Cáncer de vagina, vulva, ano y pene Cáncer de orofaringe Cáncer de cavidad oral y laringe
Bajo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108	Lesiones genitales de bajo riesgo Lesiones genitales de alto grado Condilomas acuminados (verrugas genitales) Papilomatosis respiratoria recurrente
Intermedio	26, 53, 66	Cáncer cervical

Figura 4. Clasificación epidemiológica de los tipos de VPH asociados con enfermedad clínica. Tomado de: Reina J., Muñoz N., Sánchez G. (2008). El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano.

En lo que respecta a la carga viral, los valores inferiores a 200 cel/ul, se traducen en una considerable inmunodeficiencia, predisponiendo a la aparición de lesiones intraepiteliales o carcinoma de cuello uterino, es un factor de riesgo significativo para presentar lesión de alto grado ⁹. El VIH también se asocia con mayor extensión de compromiso cervical aumentando la probabilidad de afectación en otras áreas del tracto genital inferior como vulva, vagina y regiones anales, en etapas invasivas puede existir afección en músculo psoas y clítoris, con menor respuesta a la terapia estándar, mayores recurrencias y tasas de mortalidad, en comparación con mujeres VIH negativa ¹⁸. Las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) incluyen cribado con citología en el primer momento del diagnóstico de VIH, seguido de citología anual la cual se debe ajustar acorde a los hallazgos obtenidos en cada control ¹⁶.

En México, si la usuaria es positiva al VIH, y el Papanicolaou reporta solamente cambios inflamatorios sin evidencia de Infección por VPH, NIC o carcinoma in situ, el control por este método deberá seguirse como lo establece en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención y control del cáncer cervicouterino. Si el resultado del Papanicolaou reporta como diagnóstico VPH, NIC I, II o III, carcinoma in situ, y la unidad de atención dispone de una clínica de displasias, se enviará al servicio para corroborar el diagnóstico y tomar la biopsia dirigida, de ser el caso, para tomar la conducta a seguir. También refiere que: después de dos citologías anuales consecutivas negativas a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG), lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG) o cáncer, el control citológico se realizará cada tres años. Si la citología reporta LEIAG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión, se realizará revaloración del caso, tomando una nueva citología a los tres meses. En caso de que todos los resultados sean negativos la paciente continuará su control en la clínica de colposcopia con citología y colposcopia cada semestre durante dos años; de persistir las mismas condiciones, se valorará el envío a unidad médica de primer nivel. Si la citología reporta LEIAG y la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se realizará biopsia dirigida. En biopsia es negativa y ante lesión evidente, se solicitará revisión del diagnóstico histopatológico y se realizará nueva colposcopia y cepillado endocervical para verificar el diagnóstico colposcópico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida. Si la biopsia y el cepillado endocervical resultaran nuevamente negativos, se continuará su control con citología y colposcopia anual. En caso de biopsia positiva a LEIAG, se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia) de acuerdo con la disponibilidad y juicio del colposcopista.

Si la biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a un Servicio o Centro Oncológico²⁶. Se debe ofrecer a las pacientes que viven con VIH/SIDA un cribado de citología cervical más frecuente. Dado que la inmunidad reducida parece ser el factor predisponente a un aumento de las neoplasias de cuello uterino, es posible que las mujeres VIH positivas con inmunidad más baja estén más predispuestas a las lesiones cervicales premalignas^{15, 31}.

De acuerdo con estas cifras y datos proporcionados en la revisión de la literatura, se considera de vital importancia detectar la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales de alto y bajo grado en mujeres embarazadas que tengan diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana, con fines de vigilancia estrecha, seguimiento y tratamiento oportunos que impidan su progresión a cáncer cervicouterino. En la actualidad, la infección por el VIH es una enfermedad crónica de buen pronóstico cuando se inicia el tratamiento antirretroviral (ARV) específico en forma temprana y con adecuado apego al mismo, lo cual se refleja en la morbilidad y la mortalidad de cualquier enfermedad crónica¹².

III. Planteamiento del problema

3.1 Argumentación

Las lesiones intraepiteliales se encuentran asociadas a infección por Virus del Papiloma Humano, cuando este virus persiste por más de dos años puede manifestar una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, posteriormente de alto grado, desarrollando a futuro cáncer cervicouterino; el cual afecta a mujeres en países de vías de desarrollo. Se calcula que las mujeres que viven con VIH, coinfectadas con VPH tienen un progreso más rápido hacia cáncer cervicouterino; incluso 10 años antes que las mujeres que no presentan infección por VIH. Realizar la detección, el tratamiento y el seguimiento de estas lesiones mediante cribado cervical y otras técnicas, disminuyen el riesgo de progresión a cáncer cervicouterino. En México se estima que existen 59,083 mujeres con diagnóstico de VIH, en ellas la frecuencia de infección por VPH es de alrededor del 50 %; alcanzando incluso hasta al 75 % en las mujeres en edades de 25 a 34 años, consideradas en rango de edad reproductiva. El VPH magnifica la inmunosupresión ya causada por el VIH, pudiendo desencadenar la reactivación de los genomas del virus del papiloma latentes. Esto se debe a que, en las mucosas, los genomas de VPH pueden persistir en la capa basal del epitelio y, con la depleción de los linfocitos T, se estimula el aumento del número de copias de ADN viral; en dicho momento, puede haber reaparición de microlesiones, o reactivación de infecciones latentes. Lo cual aumenta el riesgo para progresión de lesiones hasta cáncer cervicouterino. Cabe mencionar que hasta el momento el embarazo no se considera factor de riesgo para lesiones intraepiteliales cervicales, su incidencia es similar a la de las mujeres no embarazadas

de su mismo grupo social y etario, y no hay datos que indiquen que la lesión intraepitelial cervical de bajo grado progrese más rápidamente a lesiones de mayor grado o al cáncer invasor en la mujer embarazada que en la no embarazada. La prevalencia de VPH en el tracto genital inferior en las mujeres embarazadas es del 20 a 30%, y alrededor de 86% de las lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) que se identifican durante la gestación corresponden a lesiones de bajo grado, el 14% restante son de alto grado, y el carcinoma invasor es del 1–10 cada 10.000 embarazos, sin embargo, es importante su estudio para que posterior a la resolución del embarazo se permita seguimiento y vigilancia.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuántas pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Clínica Especializada Condesa Iztapalapa tienen lesiones intraepiteliales cervicales?

IV. Justificación

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional y actualmente se considera como pandemia mundial. La inmunodeficiencia producida por el VIH es el resultado de una desregulación de la dinámica de las células T, sobre todo, la interrupción de la transición desde células T CD4 activadas a células T de memoria en reposo. Debido a la inmunodeficiencia establecida, las infecciones oportunistas se deben principalmente a defectos en el número y la funcionalidad de células T CD4, como resultado directo o indirecto de la infección por el VIH. (Sánchez-Hernández et al., 2016)

Por otra parte, de acuerdo con el informe de CENSIDA 2020, se estima que las personas que vivían con VIH en el mundo eran 38 millones, durante el año 2019 se estimó que hubo un total de 1.7 millones de nuevas infecciones. Lo anterior representa una disminución del 40% con respecto a la cifra identificada en 1998. Durante el periodo 2010-2019, las nuevas infecciones por el VIH en personas adultas descendieron alrededor de 23%, al pasar de 2.1 millones (1.6–2.9 millones) a 1.7 millones (1.2–2.2 millones) en 2019; lográndose que aproximadamente 81% (68–95%) de las personas que vivían con VIH conocieran su estado serológico con respecto al VIH. (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida [ONUSIDA],2019).

Acorde a ONUSIDA (2019) en el caso de América Latina, a finales del año 2019 se estimaron 2.1 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales se presentan 20 mil

(73,000– 180,000) nuevas infecciones por VIH. Es decir, en esta región del mundo, 329 personas adquieren el VIH diariamente.

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México; desde el inicio de la epidemia y hasta el 31 de diciembre del 2019, existen 306,277 casos de VIH y Sida notificados, 81.1% (248,377) son hombres y 18.9% (57,900) son mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de VIH acumulados hasta el año 2019 es de 4:1. Para finales del año 2018, México tenía una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.2 casos por cada 100 personas de 15-49 años (Secretaría de Salud, 2020) siendo este rango de importancia debido a que pertenece a la edad reproductiva en mujeres. En 2018, se estima que se realizaron alrededor de 1 millón 448 mil (1,447,696) detecciones de VIH en mujeres embarazadas, de un total de poco más de 2 millones 187 mil mujeres embarazadas en el país (2,187,092), según registros de las instituciones del sector salud público, lo que equivale a 66% de cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas, porcentaje sin cambios respecto del año inmediato anterior. Este porcentaje se considera subóptimo y constituye uno de los retos en materia de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Además de los datos ya descritos, hay que considerar que el virus de papiloma humano (VPH) tiene una prevalencia en mujeres del 44% en países europeos y hasta del 68% en países Latinoamericanos; su importancia se debe a la persistencia de virus en el tejido del cuello uterino por periodos prolongados de forma latente, el cual es un factor necesario, pero no el único que incrementa el riesgo de la progresión de lesiones premalignas a malignas. Se conocen más de 150 tipos de VPH que infectan a la especie humana, alrededor de 40 afectan los genitales y 14 de ellos son considerados de alto riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino. Por ello la importancia de las acciones preventivas, entre las que se destaca la vacuna contra el VPH.

Hay que tener presente que el cáncer de cuello uterino es la décima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres; con un estimado de 569,847 nuevos casos diagnosticados en el mundo anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. En México desde 2006 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente, se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2017, la mortalidad en el grupo específico de mujeres de 25 y más años de edad fue de 4,031 defunciones; con una tasa de 11.2 por 100,000 mujeres de 25 años de edad y más, con un promedio de edad a la defunción de 58.8 años. Las entidades con mayor mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino son: Chiapas (19.7%) Quintana Roo (17.7%), Morelos (16.0%), Yucatán (15.6%), Veracruz

(14.4%) y Oaxaca (13.5). La distribución de los casos de cáncer de cuello uterino en relación al grupo de edad, muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad, el que registra el mayor porcentaje de 22.2% de todos los casos para el año 2017; cabe destacar que la tasa para este grupo de edad es de 15 por 100,000 mujeres de 25 años de edad y más. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019). Actualmente, esta investigación se considera relevante porque de acuerdo con las estadísticas del INEGI, para el año 2019 el tumor maligno del cuello del útero fue la segunda causa de muerte en las mujeres de 15 a 29 años (9%), al igual que en las mujeres de 30 a 59 años (13%). (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

En la ciudad de México no se localizaron estudios que documenten la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales de alto y bajo grado en mujeres embarazadas que tengan diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana.

V. Hipótesis

Hipótesis de trabajo: Las pacientes embarazadas con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se relacionan con mayor presencia de lesiones intraepiteliales cervicales

Hipótesis nula: Las pacientes embarazadas con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no se relacionan con mayor presencia de lesiones intraepiteliales cervicales

Se analizarán en los resultados obtenidos comparándolo con la hipótesis del trabajo en estudio. Previa solicitud de autorización para el manejo de uso de datos personales en expedientes médicos de las pacientes que acudieron a la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa en el servicio de ginecología y obstetricia, tomando en cuenta los diagnósticos reportados acorde a citología, colposcopia y/o biopsia.

VI. Objetivo general

Describir a las embarazadas que viven con VIH pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa y con diagnóstico de lesión intraepitelial cervical por citología y/o colposcopia

VII. Objetivos específicos

-Describir las características sociodemográficas de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que asistieron a la clínica especializada condesa Iztapalapa en el periodo comprendido del 1ro de enero del 2018 al 1ro de enero del 2021

- Describir el resultado de citología inicial de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

-Identificar a las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico citológico de lesión cervical intraepitelial de bajo grado acorde al trimestre del embarazo

- Identificar a las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de alto grado acorde al trimestre del embarazo

- Describir el resultado de colposcopia de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con el diagnóstico de lesión cervical intraepitelial acorde al trimestre del embarazo

- Describir el resultado de citología de control de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

- Describir el resultado de biopsia una vez finalizado el embarazo de las pacientes que estuvieron embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de alto grado.

-Describir el primer resultado citológico en relación con el trimestre del embarazo de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

-Describir las infecciones concomitantes de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

VIII. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron 51 expedientes de las pacientes ingresadas a la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2018 y el 1º de enero de 2021.

8.2 Población de estudio

Pacientes embarazadas que viven con VIH que acuden al servicio de ginecología y obstetricia en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa de la secretaria de Salud de la Ciudad de México del periodo comprendido del 01 de enero del 2018 al 01 de enero del 2021, con diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de alto y bajo grado.

8.3 Muestra

El tipo de muestra realizada fue por conveniencia

8.4 Tipo de muestreo y estrategia de recolección:

Muestra por conveniencia, que contaran con los siguientes criterios de inclusión: a) Mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH; b) Mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH que cuenten con citología cervical; c) Mujeres embarazadas que tengan diagnóstico de lesión cervical intraepitelial; d) Mujeres que cuenten con expediente clínico completo; a) Mujeres con tratamiento antirretroviral.

Criterios de exclusión: a) Pacientes con expediente clínico incompleto; b) Pacientes que no cuenten con citología cervical; c) pacientes embarazadas que viven con VIH sin diagnóstico de lesión intraepitelial cervical.

Por lo que, para determinar la muestra, se fueron retirando del análisis todos aquellos expedientes que cumplían con los criterios de exclusión antes descritos, por lo que de las 51 pacientes embarazadas con el diagnóstico de VIH, 11 no contaban con lesión intraepitelial cervical y 9 no contaban con citología.

8.5 Variables

Tabla 1. Tabla de operacionalización de variables de investigación.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Expediente	Cualitativa Discreta	Número con el que se identifica el expediente clínico de la paciente.	No. de Expediente	Número asignado para identificar al paciente en la clínica.
Edad	Cuantitativa discontinua	Tiempo transcurrido desde la persona nace hasta el momento actual.	Años	>12 años < 45 años
Estado civil	Cualitativa nominal	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	Tipo de Estado Civil	1. soltera 2. casada 3. viuda 4. unión libre 5. Divorciada.
Lugar de origen	Cualitativa nominal	Lugar donde alguien, en circunstancias normales, habría debido nacer.	Lugar de nacimiento	Estado
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Nivel de instrucción cursado por la paciente.	Tipo de escolaridad	1. Básica 2. Media superior 3. Superior
Enfermedad crónico-degenerativo	Cualitativa nominal	Diagnóstico de otra enfermedad crónico-degenerativa distinta a virus de inmunodeficiencia humana	¿Cuenta con diagnóstico de VIH? ¿Otra?	1. No 2. Si
Edad de inicio de vida sexual	Cuantitativa discontinua	Edad en la que la persona tuvo su primera relación sexual.	Años	Años

Número de parejas sexuales	Cualitativa nominal	Número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida.	Número de personas	Números ordinarios
Edad gestacional	Cuantitativa discontinua	Semanas transcurridas desde el inicio del embarazo	Cantidad de semanas de gestación	Números ordinarios
Paridad	Cualitativa nominal	La paciente ha tenido hijos.	Número de partos	1. Nuliparidad 2. Uniparidad 3. Multiparidad
Uso de anticonceptivos	Cualitativa nominal	La paciente ha usado anticonceptivos desde temprana edad	Uso de anticonceptivos	1. Si 2. No
Tabaquismo	Cualitativa nominal	La paciente fuma	¿fuma?	1. Si 2. No.
Cesárea	Cuantitativa discontinua	Terminación del embarazo vía abdominal	Cantidad de cesáreas	Números ordinarios
Aborto	Cualitativa nominal	Terminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación.	Cantidad de abortos	Números ordinarios
Citología	Cualitativa nominal	Prueba de cribado-tamizaje que se realiza para el diagnóstico del cáncer de cuello de útero. Es una prueba que permite detectar las células anómalas o potencialmente anómalas.	Resultado de citología	0. sin alteraciones 1. Displasia leve 2. Displasia moderada 3. Displasia severa 4. Carcinoma in situ 5. No realizada
Control citológico	Cualitativa nominal	Prueba de cribado-tamizaje que se realiza para el	Resultado de citología	0. Sin alteraciones

		diagnóstico del cáncer de cuello de útero como parte de control y seguimiento. Es una prueba que permite detectar las células anómalas o potencialmente anómalas.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Displasia leve 2. Displasia moderada 3. Displasia severa 4. Carcinoma in situ 5. No realizada
Colposcopia	Cualitativa nominal	Resultado de la prueba de colposcopia	Resultado de colposcopia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada 2. Inadecuada 3. Imagen acetoblanca tenue 4. Imagen acetoblanca densa 5. Cérvix eutrófico sin alteración 6. No realizada
Biopsia	Cualitativa nominal	Resultado de la biopsia practicada a la paciente.	Resultado de biopsia	<ol style="list-style-type: none"> 0. Sin Biopsia 1. Lesión intraepitelial cervical de bajo grado 2. Lesión intraepitelial cervical de alto grado 3. Carcinoma in situ
Infecciones concomitantes	Cualitativa nominal	Señala si la paciente tiene coinfecciones	Tipo de infección concomitante	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Clamidia 2. Herpes tipo 3. Trichomona vaginalis 4. Candidiasis 5. Gardnerella vaginalis

				6. sífilis 7. Virus del Papiloma humano 8. Molusco contagioso
Tratamiento retroviral	Cualitativa nominal	Especifica si la paciente recibe tratamiento retroviral	¿recibe tratamiento?	1. Si 0. No
LIEBG	Cualitativa nominal	Displasia cervical que se observa en una citología vaginal.	Tipo de lesión	1. NIC I 2. No
LIEAG	Cualitativa nominal	Displasia cervical que se observa en una citología vaginal.	Tipo de lesión	1. No 2. NIC II 3. NIC III 4. Carcinoma in situ.

8.6 Mediciones e instrumentos de medición

De los expedientes revisados, se registró la información de las variables de interés descritas en la tabla de operacionalización de variables mediante archivo de recolección de datos. Con esta información que se construyó la base de datos en un archivo de Microsoft Excel.

8.7 Análisis estadístico de datos

Una vez finalizada la recolección de información de los expedientes que integraron la base de datos, se procedió a la codificación de los datos recolectados, con el fin de asegurar que cada variable estudiada tomara el valor previamente definido y se procedió al análisis estadístico de los datos utilizando el software SPSS acorde a los datos tabulados en Microsoft Excel.

En el análisis descriptivo para reportar frecuencias y medidas de tendencia central relevantes para el estudio se verificó la normalidad de estos con la prueba Kolmogorov-Smirnov, esta acción se realizó para determinar tipo de prueba estadística a aplicar atendiendo a la presencia o no presencia de datos normales para las variables

estudiadas. En variables cuantitativas discontinuas se realizó el cálculo de la mediana y mediante gráficos y frecuencia para variables cualitativas nominales.

Para realizar la prueba de la hipótesis, se clasificaron de primera instancia, pacientes embarazadas que sí tuvieron lesión cervical intraepitelial, posteriormente dos grupos en función de las dos series de datos de la variable dependiente: lesiones escamosas intraepiteliales, las cuales se pueden dividir en bajo y alto grado (LIEBG y LIEAG).

IV. Implicaciones éticas

Debido a que se trata de un estudio transversal, descriptivo, donde no se realizan intervenciones, no requiere de consentimiento informado. Se realiza el estudio de acuerdo con lo estipulado en el capítulo único del título quinto de la Ley General de Salud sobre investigación para la salud.

De acuerdo con lo establecido en la NOM-004-SSA-12 se mantendrá la confidencialidad en el manejo del Expediente Clínico. Únicamente los investigadores tendrán acceso a los datos obtenidos. Los nombres de los pacientes serán sustituidos por números.

El presente estudio se realizó conforme a lo estipulado como requisitos para la investigación en seres humanos en la última versión de la declaración de Helsinki, en los acuerdos de Fortaleza, Brasil 2013, las pautas CIOMS OMS, las buenas prácticas clínicas y el informe Belmont. La aplicación de la ficha de recolección de datos para este estudio se llevó a cabo en expedientes de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, para reservar la total confidencialidad de los pacientes, su nombre fue sustituido por un número de identificación, ningún nombre se asoció a ningún dato que se recabó para esta investigación.

X. Resultados

Se incluyeron a 31 expedientes de pacientes embarazadas que viven con VIH, que fueron atendidas en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, con diagnóstico de lesión intraepitelial cervical.

La edad mediana es de 28 años. El 48.3% fue de las pacientes en los grupos de edad de entre 26 y 30 años. El estado civil se reportó un 64.51% de pacientes con pareja

estable y 35,48% solteras. Lugar de origen 64.51% son originarias de la Ciudad de México, Estado de México 9.67%, posteriormente Oaxaca, Puebla y Veracruz con porcentajes igualitarios del 6.45%, finalmente Tlaxcala y Guerrero con un 3.22% respectivamente. Se registró que el 51.61% de las pacientes atendidas cuentan con grado de escolaridad básico, media superior del 38.70% y superior del 9.67% (Consultar tabla 3).

Presencia de otra enfermedad crónico-degenerativa distinta a VIH, con resultados del 87.09% sin presentar alguna otra patología y 12.90% que sí la tenían. Edad de inicio de vida sexual con mediaba de 16, con una desviación estándar de 2.72 y la moda fue entre los 16 a 20 años, seguida de aquellas pacientes menores a los 16 años y finalmente aquellas entre 21 a 25 años, sin registrarse alguna que haya iniciado vida sexual posterior a los 26 años. Con relación a la cantidad de parejas sexuales, se obtuvo mayor prevalencia en pacientes que refirieron haber tenido de 1 a 2 parejas con el 41.94% de la población en estudio, seguidas de 3 a 4 parejas con un 29.03%, de 11 a 20 parejas con un 12.9%, de 5 a 6 parejas sexuales 9.68% y finalmente de 9 a 10 parejas así como más de 41 parejas con un porcentaje 3.23% respectivamente. Dentro de los antecedentes relacionados a uso de métodos anticonceptivos desde temprana edad, solo el 16.12% si los utilizaron aunque no se detalló de qué tipo. Con respecto a antecedentes personales patológicos, específicamente el uso de tabaco, el 54.83% refieren consumo del mismo previo al embarazo. y con respecto a tratamiento antirretroviral dirigido hacia VIH el 100% de las pacientes contó con consumo de este. (Consultar tabla 4)

Del total de pacientes, 60.78% presentaron lesión intraepitelial cervical incluyendo alto y bajo grado, 21.56% con ausencia de lesión intraepitelial, y 17.54% sin citología realizada. (Consultar tabla 2)

Resultados citológicos: La citología en el embarazo reporto 80.64% con displasia leve con mayor frecuencia durante el segundo trimestre con 13 pacientes reportadas, seguidas de ausencia de alteraciones en un 6.45% detectado el tercer trimestre, displasia moderada y displasia severa con 6.45%, ambas en el primer trimestre. (Consultar tabla 5). Seguidamente se recaban resultados de citología de control a los 6 meses con 25% de ausencia de alteraciones en el primer trimestre, displasia leve en un 50% durante el primer y segundo trimestre, y 25% de displasia moderada en el primer trimestre. Finalmente, se documenta la citología de control realizada 1 año posterior, con ausencia de alteraciones en el primer y segundo trimestre con 7.40% y 3.70% respectivamente, displasia leve con un 44.4% en el segundo trimestre, seguido del tercer trimestre con 25.92% y finalmente en el primer trimestre con 11.1%, displasia moderada

en el primer y tercer trimestre con 3.70% para cada uno. En ninguno de los casos se reportó displasia severa ni carcinoma in situ. (Consultar tabla 6)

Con relación al resultado de colposcopia, el 64.51% se reportó como adecuada con predominio en el primer trimestre y el 35.49% inadecuada en su mayoría en el primer trimestre. El 19.35% reportó imagen acetoblanca tenue en el segundo y tercer trimestre, el 3.22% imagen acetoblanca densa en el primer trimestre y el 12.9% cérvix eutrófico y sin alteraciones en el segundo y tercer trimestre. (Consultar tabla 7)

Resultados de biopsia: 13 pacientes ameritaron toma de biopsia, la cual se realizó posterior a resolución del embarazo. 69.4% se documentó como lesión intraepitelial cervical de bajo grado, 30.6% con lesión intraepitelial de alto grado. No se reportó ningún caso de carcinoma in situ. (Consultar tabla 8)

En cuanto a los resultados obtenidos de los antecedentes ginecoobstétricos aquí describir número de embarazos, partos, cesáreas y todos esos antecedentes y luego ya esto, El 77.49% de las pacientes eran multíparas, hasta un 58.06% había tenido resolución quirúrgica del embarazo y el 61.29% del universo no había presentado ningún aborto. En aquellas pacientes que tuvieron lesión cervical, el 45.16% se encontraba cursando el segundo trimestre, el 29.03% en el primer trimestre y finalmente el 25.80% en el tercer trimestre (Consultar tabla 9)

Se identificaron infecciones concomitantes de transmisión sexual, siendo la más frecuente fue Virus del papiloma humano (VPH) con 48.38% Otras infecciones de transmisión sexual (ITS): Gardnerella vaginalis 25.80%, candidiasis y molusco contagioso con 19.35% respectivamente, Trichomona vaginalis con 16.12% y finalmente Herpes tipo 2 y Sífilis con 3.22% respectivamente. Ninguna paciente reporto ausencia de infecciones concomitantes ni presencia de clamidia.

XI. Análisis de resultados

Con base en los resultados obtenidos, se obtiene un total de 51 expedientes clínicos, de los cuales sólo 31 pacientes contaron con lesión cervical en sus distintos grados. De ellas, la edad con mayor frecuencia se encontró entre los 26 a 30 años, sin embargo todas las pacientes estudiadas se encontraron en edad reproductiva, y por ello fue esperado que se encontraran embarazadas en su mayoría en la tercera década de la vida. (Consultar grafica 1)

Con respecto a las características demográficas acorde a grupo etario (Consultar tabla 3) se identificó que el estado civil un 64.51% de pacientes con pareja estable y 35,48% solteras. cabe mencionar que la Clínica Condesa Iztapalapa se encuentra ubicada en la Ciudad de México, es por ello por lo que se considera que el 64.51% de las pacientes atendidas en esta unidad son originarias de la CDMX. Con respecto a la escolaridad se obtuvo que el 51.61% cursaron educación básica, que se asociaba con nivel socioeconómico bajo, sin embargo por ser un estudio de tipo observacional y retrospectivo, dicho dato no pudo interrogarse de manera dirigida.

Dentro de los antecedentes de importancia y factores de riesgo utilizados como variables (Consultar tabla 4), se buscó de manera intencionada alguna otra enfermedad crónico-degenerativa distinta al VIH, con tal solo el 12.9% de pacientes, de las cuales una se documentó con hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, una con hipotiroidismo y dos con trastorno ansioso depresivo, sin bien otra de las limitante fue no tener el conocimiento suficiente de tiempo de evolución diagnóstica, tratamiento y apego al mismo así como su control, por lo que ninguna de ellas parece tener evidencia suficiente para asociarse con mayor frecuencia a lesiones intraepiteliales cervicales. Otro de los principales factores de riesgo que se buscaron fue la edad de inicio de vida sexual, en la que 67.74% se encontró en un rango de inicio que va de los 16 a 20 años, incluyendo aquellas que ejercieron trabajo sexual, seguida de 25.8% que iniciaron antes de los 16 años en las que en algunos expedientes se documentó antecedente de abuso y violencia sexuales, finalmente en un 9.6% aquellas que iniciaron a partir de los 21 años (Consultar gráfica 2)

Retomando que el contagio por el virus de inmunodeficiencia humana es transmitido en su mayoría sexualmente se buscó de manera intencionada el uso de métodos anticonceptivos desde temprana a edad, reportándose ausencia de su uso en 83.87% de las pacientes incluidas, cabe mencionar que una limitante fue la falta de especificación al tipo de método en su amplia variedad. Con respecto al número de parejas sexuales, se encontró que el 41.94% había tenido de 1 a 2 parejas, sin embargo en su mayoría eran seroconcordantes sin especificarse en nuestras variables llevar o no tratamiento. Con respecto al antecedente de consumo de tabaco previo al embarazo, se encontró que el 54.83% había aceptado su consumo sin especificarse el número de cigarrillos al día. (Consultar gráfica 3)

Ahora bien, es importante recalcar que en las variables se incluyeron antecedentes gineco-obstétricos de importancia ya que como unos de los principales criterios de inclusión se consideraron pacientes embarazadas, la cuales en su mayoría se encontraban cursando el segundo trimestre (Consultar gráfica 4), siendo en su mayoría

canalizadas del centro de salud en dónde se realizó su detección sistemática con fines de evitar transmisión vertical hacia el feto acorde a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Por lo que a su llegada a Clínica especializada Condesa Iztapalapa se verificó dicho resultado y se dio inicio a tratamiento antirretroviral en el 100% de las pacientes. La mayor parte de la población contaba con el antecedente de multiparidad correspondiendo al 77.49%, con antecedente de una cesárea en un 58.06% que en su mayoría perteneció a la vía de resolución una vez detectada la infección por virus de inmunodeficiencia humana, y hasta el 61.29% no había presentado antecedentes de aborto.

Como parte de protocolo para detección oportuna para el cáncer cervicouterino, a su inicio de control y seguimiento de la gestación se realiza citología y colposcopia iniciales, que acorde al resultado de dichos estudios, se consideró innecesaria la toma de biopsia en un 58.06%, y se determinó la de toma de biopsia en 41.94% en aquellas lesiones sugestivas a alto grado posterior a resolución del embarazo, la cual permitió clasificar lesiones intraepiteliales cervicales en sus distintos grados. La más frecuente correspondió a lesión intraepitelial cervical de bajo grado con el 69.4%, la cual no debe ser considerada como una verdadera lesión premaligna, sino como un diagnóstico histopatológico de una infección por VPH; seguida en mismo porcentaje para lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado con 30.6%. No se documentó Ningún resultado actual con carcinoma in situ. (Consultar gráfico 5)

Recordando que existe una fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores, se incluyen infecciones concomitantes a niveles distintos de aparatos y sistemas, enfocándonos aquellas que se presentaban en genitales internos y externos, por lo que se encontró virus del papiloma humano en el 48.38% de las pacientes (Consultar gráfico 6), sin ser única al momento del estudio, ya que se documentaron 15 pacientes con más de dos infecciones concomitantes. El virus del papiloma humano destaca su importancia ya que se ha asociado a progresión y persistencia de lesiones cervicales. Si bien es importante mencionar como limitante que no se realizó ninguna detección de Clamidia ya que no se cuenta con dicha prueba en la Clínica especializada Condesa Iztapalapa.

Finalmente como parte del control y seguimiento en aquellas pacientes que presentaron algún tipo de lesión, se documentaron citologías posteriores en aquellas pacientes que presentaron lesión intraepitelial cervical de alto grado en los siguientes 6 meses de la inicial, por lo que de 4 pacientes, el 25% no presentó ninguna alteración correspondiente al primer trimestre, 25% a displasia leve documentándose un caso en el primer y

segundo trimestre, y un 25% reportada como displasia moderada en un caso documentado del primer trimestre. Ahora bien, aquellas pacientes en quienes se documentó citología inicial con lesión intraepitelial cervical de bajo grado, se realizó citología posterior en un lapso de un año, obteniendo 7.40% de ausencia de lesiones en el primer trimestre, 3.7% en el segundo trimestre, displasia leve en mayor porcentaje con 44.4%, seguida del tercer trimestre con 25.9% y finalmente primer trimestre con 11.1%, finalmente displasia moderada con 3.7% en el primer y tercer trimestres respectivamente. En ambas citologías de control, no se reportó ningún caso de carcinoma in situ, es por ello que la detección oportuna en pacientes que viven con VIH del cáncer cervicouterino debe ser mínimo anualmente de por vida. (Consultar tabla 6)

XII. Discusión

Al comparar las estadísticas descriptivas de las muestras de este trabajo con las distintas referencias bibliográficas, se han de destacar los siguientes puntos:

Domínguez et al. (2018) describe los tres grupos correspondientes a lesiones intraepiteliales cervicales (NIC I, NIC II y NIC III), que en conjunto con las estadísticas aportadas de Blengio et al. (2020), mencionan que las lesiones de bajo grado (NIC I) son las más frecuentes durante el embarazo con una prevalencia del 86%, en este estudio dicha lesión presentó una prevalencia del 69.4%, así mismo las lesiones correspondientes a alto grado (NIC II y NIC III) se describen con prevalencia durante el embarazo del 14% y en nuestra población se presentó hasta un 30.6% de pacientes, por lo que ambas prevalencias coinciden con este estudio en caso de dividirse en ambos grados. Es importante realizar intervenciones oportunas como ocurrió en 2 pacientes estudiadas, a quienes se realizó tratamiento mediante cono cervical y vigilancia estrecha.

Retomando los factores de riesgo, Rodríguez y Holzmann (2016) describen la asociación de infección de VIH con infección de VPH, el cual estuvo presente en el 48.38% de nuestras pacientes, destacando otros como primera relación sexual precoz, relación sexual desprotegida, tabaquismo, multiparidad, datos que se semejan en nuestra población con una prevalencia de 67.74% con respecto a inicio de vida sexual temprana, 83.87% de las pacientes no usó método anticonceptivo desde temprana edad, consumo de tabaco de hasta el 54.83% de las pacientes y multiparidad de hasta el 77.49%.

En cuanto a la edad, los datos proporcionados por CENSIDA y De Souza y Colmenares (2020) documentan que el 84% de las pacientes que viven con VIH tienen entre 15 y 49 años de edad y aquellas que presentaron lesión cervical intraepitelial en diversos grados se encontraban entre los 15 a 43 años con una moda de 29, los datos aquí obtenidos

corresponden a un rango de edad similar que va de los 26 a los 30 años, con moda de 28 y un porcentaje del 48.38%, y esto se debe a que ambas referencias realizan alusión a edad reproductiva por lo que es esperado que en este rango se encuentren mujeres embarazadas. Es bien definido que el embarazo es una indicación absoluta de inicio urgente de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH. En las mujeres embarazadas, además de generar beneficios en la salud de la mujer, motivo por el cual el 100% de las mujeres embarazadas que acudieron a la Clínica de Especializadas Condesa Iztapalapa obtuvieron tratamiento antirretroviral.

Con respecto a enfermedades crónico-degenerativas distintas al VIH, no se encontró diferencias significativas con aquellas pacientes que no la presentaron, las observadas en nuestro universo fueron un caso con Hipertensión arterial sistémica junto con Diabetes mellitus, un caso con Hipotiroidismo y dos con trastorno ansioso-depresivo, por lo que no se cuenta con evidencia empírica que soporte la asociación de algún otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas y lesiones intraepiteliales cervicales, considerando también como limitante desconocimiento de tiempo de evolución, tratamiento, apego y control.

XIII. Conclusiones

Con base a los resultados obtenidos, no existe evidencia empírica que soporte la asociación entre las pacientes embarazadas con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con mayor presencia de lesiones intraepiteliales cervicales, por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula.

Retomando el objetivo principal, las pacientes que presentaron lesiones intraepiteliales cervicales se reportaron con mayor frecuencia aquellas consideradas como bajo grado (NIC I) y en mismo porcentaje para lesiones de alto grado (NIC II y NIC III), sin existir diferencia significativa con la bibliografía ya conocida.

13.1 Recomendaciones

Para contribuir a la limitación del cáncer cervicouterino como una de las principales causas de muerte en México, es conveniente brindar promoción a la salud y seguimiento estrecho a aquellas pacientes que cuenten con factores de riesgo registrados en la literatura para progresión de las lesiones cervicales, en el caso de la muestra aquí estudiada se evidenció infección concomitante de VPH hasta el 48.38% y hasta el 54.83% refirió consumo de tabaco. También es significativo considerar que los

diagnósticos de VIH y el VPH están asociados al nivel socioeconómico y escolaridad bajos así como ausencia de uso de métodos anticonceptivos temprano, variables que se proponen estudiar en futuras investigaciones con fines de ejercer mayor esfuerzo de prevención y contención.

Por otra parte en la tabla 10 y gráfica 7 logran evidenciar que sólo el 12.9% de la muestra presentó progresión de lesiones cervicales sin alcanzar la malignidad y el 67.74% persistencia, mientras que el 19% tuvo regresión espontánea, sin embargo es importante continuar la vigilancia estrecha y control seriado de lesiones con fines de detección, intervención o tratamiento oportunos.

XIV. Bibliografía

1. Abdulghani, N., González, E., Manzardo, C., Casanova, J. M., & Pericás, J. M. (2020). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 27(3), 63–74. doi:10.1016/j.fmc.2020.03.008.
2. Alcamí, J & Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(3):216–226.
3. Blengio V. , Pertuso I., Rodriguez F. (2020). Lesión intraepitelial escamosa de alto grado de cuello uterino en el embarazo *Archivos de Ginecología y Obstetricia.*; Volumen 58, número 3: 197–203. <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/12/articulo/lesion-intraepitelial-escamosa-de-alto-grado-de-cuello-uterino-en-el-embarazo-revision-del-tema-a-proposito-de-un-caso-clinico>.
4. Brandan N., y Luponio A. (2018). Linfocitos T. Facultad de Medicina del Noroeste. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/CarreraMedicina/BIOQUIMICA/linfot.pdf>.
5. Brenna L Hughes, MU. (2022). Prenatal evaluation of women with HIV in resource-rich settings. https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/prenatal-evaluation-of-women-with-hiv-in-resource-rich-settings/print?search=HIV%20Y%20EMBARAZO&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=3~150&display_rank=3.
6. Camarena, K. (2017). Relación del conteo disminuido de linfocitos CD4+ con la aparición de infecciones oportunistas en pacientes VIH positivos, atendidos por primera vez en el Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud, enero 2013 a diciembre 2014. Maestría tesis, Universidad de Panamá. <http://uprid.up.ac.pa/12/7/karen%20camarena.pdf>.
7. Chávez E., y Castillo R. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *MULTIMED*, 17(4). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340>.
8. Christopher P., Warner K., Mark H., FACS. Cervical cancer screening: The cytology and human papillomavirus report – UpToDate. <https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/cervical-cancer-screening-the-cytology-and-human-papillomavirus-report?search=Cervical%20cancer%20screening:%20The%20cytology%20and%20>

human%20papillomavirus%20report&source=search_result&selectedTitle=1~150&u sage_type=default&display_rank=1.

9. Clifford, G. M., Franceschi, S., Keiser, O., Schöni-Affolter, F., Lise, M., Dehler, S., Levi, F., Mousavi, M., Bouchardy, C., Wolfensberger, A., Darling, K. E., Staehelin, C., Bertisch, B., Kuenzli, E., Bernasconi, E., Pawlita, M., y Egger, M. (2016). Immunodeficiency and the risk of cervical intraepithelial neoplasia 2/3 and cervical cancer: A nested case-control study in the Swiss HIV cohort study. *International journal of cancer*, 138(7), 1732–1740. <https://doi.org/10.1002/ijc.29913>.
10. Colleen M Feltmate, MD Sarah Feldman, MD, MPH. Colposcopy – UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/colposcopy-beyond-the-basics/print?search=undefined&topicRef=8417&source=see_link
11. De Sousa K, Colmenares E. (2019). Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil. Maracaibo. Estado ulia Revista Digital de Postgrado. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1094822/17077-144814486379-1-sm.pdf>.
12. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto, 2013. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP). https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_borrador_9_ene_GUIA_PRACTICA_PARA_EL_SEGUIMIENTO_DE_LA_INFECION_POR_VIH_EN_LA_REPRODUCCION.pdf.
13. Domínguez, S., Trujillo, T., Aguilar, K., y Hernández, M. (2018). Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Revista Cubana Obstet Ginecol.* Mar;44(1):113. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2018000100017&lng=
14. E.Sendagorta-Cudós et al./ *Enferm Infec Microbiol Clin.* (2019). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 37(5):327. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-genitales-por-el-virus-S0213005X19301223>.
15. Enebe J. , Dim C., Nnakenyi E., Ezegwui HU & Ozumba BC. (2015). Effect of low CD4 cell count on cervical squamous intraepithelial lesions among HIVpositive

women in Enugu, southeastern Nigeria. *J Clin Diagn Res.*;9(11): QC07-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668476/>.

16. Hernández D., Apresa T., y Patlán P., RM. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 53(2):S154–61.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social (2016). Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/246GER.pdf>
18. Jalil E., Luz P., Quintana M., Friedman R., Madeira R., Domingues S., Andrade A., Chicarino J., Moreira R., Derrico M., Levi J., Russomano F., Veloso V., y Grinsztejn B. (2018). Hybrid capture as a tool for cervical lesions screening in HIV-infected women: insights from a Brazilian cohort. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v.22, n.1, p.16-23. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2017.10.007>.
19. López Del Valle, V. A., Troya Moscol, G. B., Varas Landivar, N. del R., y Guzmán Vega, M. B. (2018). Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. *RECIMUNDO*, 2(4), 48-69. [https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(4\).octubre.2018.48-69](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(4).octubre.2018.48-69).
20. McCormack SA, and Best BM. (2014). Protecting the Fetus Against HIV Infection: A Systematic Review of Placental Transfer of Antiretrovirals *Clin Pharmacokinetic*; 53(11): 989–1004. doi:10.1007/s40262-014-0185-7.
21. Olarreaga, IO. y Arias-Nalón, JA. (2018). *Inmunología básica para medicina*. Barcelona, España. Elsevier.
22. Palma O., Romero F., y Torres M. (2019). Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Finlay*; 9(4):291-305. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91775>.
23. Reina J., Muñoz N., Sánchez G. (2008). El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28339209>.
24. Rodríguez B. y Holzmann A. (2016). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con VIH/SIDA. *Revista electrónica trimestral de enfermería*; Vol. 15 no. 44. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400001.

25. Sánchez-Hernández, JA., Rivera-Tapia, JA., Herrera-Castillo, CK., Muñoz-Zurita, G., y Pérez, TR. (2016). Atipias celulares asociadas a VPH y VIH, revisión de 40 casos. *Rev Mex Patol Clin Med Lab.*;63(4):176-178.
26. Secretaria de salud (1994). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4868716&fecha=06/03/1998.
27. Secretaria de salud (2021). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH; (1): 13-280. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/priorizacion/guias/Guia_ARV_170821.pdf
28. Secretaria de salud (2021). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH; (1): 5-18. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685220/VIH-Sida__D_a_Mundial_2021.pdf
29. Secretaria de salud (2022). Boletín de atención integral de personas que viven con VIH (2022); (8): 4-31. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/713935/Bolet_n_DAI_1ER_TRIM_2022.pdf
30. SS/DGE (2019). Registro Nacional de Seropositivos a VIH y Casos de Sida. Datos al 11 de noviembre del 2019. SS/Censida. file:///C:/Users/esca_/Documents/TESIS/ERIKA%20SARAI/articulos/BOLETIN_D_A_MUNDIAL_28_NOV_VFIN%20censida.pdf.
31. Stewart, L. et al (2015). Incidence of cervical precancer among HIV seropositive women.
32. Vega, G. (2009). Linfocitos. *Revista Facultad de Medicina UNAM.*;52(6):276-277. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un096i.pdf>.
33. Warszawskia J., Tubianae R., Le Chenadeca J., Blancheg S., Teglasa J., Dollfusi C., et al (2008). Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*;22:289–299.

Anexos

Tablas

Tabla 2. Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que asistieron a la clínica condesa Iztapalapa en el periodo comprendido 01.01.2018 al 01.01.2021

Edad	Embarazadas con lesión cervical		Embarazadas sin lesión cervical		Embarazadas sin citología realizada		Total	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<16 años	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
16-20 años	2	3.92%	2	3.92%	1	1.96%	5	9.80%
21-25 años	7	13.72%	5	9.80%	6	11.76%	18	35.29%
26-30 años	15	29.41%	0	0%	1	1.96%	16	31.37%
31-35 años	6	11.76%	2	3.92%	1	1.96%	9	17.64%
36-40 años	1	1.96%	2	3.92%	0	0.0%	3	5.88%
+40 años	0	0.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	31	60.78%	11	21.56%	9	17.54%	51	100%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condese Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Tabla 3. Características demográficas de la muestra por grupo etario

Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de acuerdo con su edad.

Edad	Embarazadas con lesión cervical	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<16 años	0	0%
16-20 años	2	6.45%
21-25 años	7	22.58%
26-30 años	15	48.38%
31-35 años	6	19.35%
36-40 años	1	3.22%
+40 años	0	0%
Total	31	100%

Estado civil de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Estado civil	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	11	35.48%
Casada	1	3.22%
Viuda	0	0.0%
Unión libre	19	61.29%
Divorciada	0	0.0%
Total	31	100%

Lugar de origen de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Estado	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
CDMX	20	64.51%
Edo. De México	3	9.67%
Guerrero	1	3.22%
Oaxaca	2	6.45%
Puebla	2	6.45%
Tlaxcala	1	3.22%
Veracruz	2	6.45%
Total	31	100%

Grado de escolaridad que tienen las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Escolaridad	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Básica	16	51.61%
Media superior	12	38.70%
Superior	3	9.67%
Total	31	100%

Tabla 4. Antecedentes de importancia clínica y factores de riesgo

Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa distinta al VIH.

Enfermedad crónico-degenerativa	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
NO	27	87.09%
SI	4	12.90%
Total	31	100%

Edad de inicio de vida sexual de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Inicio (Años)	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<16	8	25.80%
16-20 años	21	67.74%
21-25 años	3	9.6%
26-30 años	0	0.0%
31-35 años	0	0.0%
36-40 años	0	0.0%
>40 años	0	0.0%
Total	31	100%

Total de parejas sexuales de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Parejas sexuales	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1-2	13	41.94%
3-4	9	29.03%
5-6	3	9.68%
7-8	0	0.00%
9-10	1	3.23%
11-20	4	12.90%
21-30	0	0.00%
31-40	0	0.00%
>41	1	3.23%
Total	31	100.00%

Continúa tabla 4.

Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial y que refieren uso de métodos anticonceptivos desde temprana edad.

Uso de método	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SI	5	16.12%
NO	26	83.87%
Total	31	100%

Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial y que refieren consumo de tabaco previo al embarazo

Tabaquismo	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SI	17	54.83%
NO	14	45.16%
Total	31	100%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Tabla 5. Total de resultados de citología inicial de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) acorde al trimestre de embarazo.

Resultado de citología	Primer trimestre (≤12.6 semanas)	Segundo trimestre (13 a 28.6 semanas)	Tercer trimestre (29 a 42 semanas)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin alteraciones	0	0	2	2	6.45%
Displasia leve	6	13	6	25	80.64%
Displasia moderada	2	0	0	2	6.45%
Displasia severa	2	0	0	2	6.45%
Carcinoma in situ	0	0	0	0	0.0%
Total	10	13	8	31	100%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Tabla 6. Resultado de colposcopia inicial y de seguimiento de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) acorde al trimestre de embarazo.

Resultado de citología	Citología inicial n=31										A los 6 meses n=4										Al año n=27									
	Sin alteraciones		Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Carcinoma in situ		Sin alteraciones		Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Carcinoma in situ		Sin alteraciones		Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Carcinoma in situ	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1er trimestre	0	0	6	19.35%	2	6.45%	2	6.45%	0	0	1	25%	1	25%	1	25%	0	0	0	0	2	7.40%	3	11.11%	1	3.70%	0	0	0	0
2do trimestre	0	0	13	41.93%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25%	0	0	0	0	0	0	1	3.70%	12	44.44%	0	0	0	0	0	0
3er trimestre	2	6.45%	6	19.35%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	25.92%	1	3.70%	0	0	0	0	
Total	31 pacientes										31 pacientes																			

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX 2018-2021

Tabla 7. Total de resultados de colposcopia de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con el diagnóstico de lesión cervical intraepitelial acorde al trimestre de embarazo.

Resultado de colposcopia	Primer trimestre (≤12.6 semanas)	Segundo trimestre (13 a 28.6 semanas)	Tercer trimestre (29 a 42 semanas)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuada	10	5	5	20	64.51%
Inadecuada	5	4	2	11	35.49%
Total	15	9	7	31	100%
Reporte de hallazgos					
Imagen acetoblanca tenue	0	3	3	6	19.35%
Imagen acetoblanca densa	1	0	0	1	3.22%
Cérvix eutrófico sin alteración	0	2	2	4	12.90%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX 2018-2021.

Tabla 8. Total de resultados de biopsia de pacientes que estuvieron embarazadas de que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Realización de biopsia* n=31		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin biopsia realizada		18	58.06%
Con biopsia realizada por sospecha de alto grado		13	41.94%
Total de pacientes		31	100%
Resultado de realización de biopsia n=13			
Grado de lesión de las biopsias realizadas	Lesión intraepitelial cervical de bajo grado	Lesión intraepitelial cervical de alto grado	Carcinoma in situ
Frecuencia (n)	9	4	0
Porcentaje (%)	69.4%	30.6%	0.0%

*Las biopsias realizadas fueron posteriores a resolución del embarazo.

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX 2018-2021

Tabla 9. Antecedentes ginecoobstétricos de importancia incluidos en variables de estudio.

Edad gestacional de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.		
Trimestre	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (n)
Primer trimestre (menor o igual a 12.6 semanas)	9	29.03%
Segundo trimestre (13 a 28.6 semanas)	14	45.16%
Tercer trimestre (29 a 42 semanas)	8	25.80%
Total	31	100%

Total de paridades de las pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.		
	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (%)	Porcentaje (%)
Nuliparidad	0	0.0%
Uniparidad	7	22.58%
Multiparidad	24	77.49%
Total	31	100%

Total de cesáreas de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.		
	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	10	32.25%
Cesárea		
1 cesárea	18	58.06%
2 cesáreas	2	6.45%
3 cesáreas	1	3.22%
+3 Cesáreas	0	0.0%
Total	31	100%

Total de abortos de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.		
	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ningún aborto	19	61.29%
1 aborto	10	32.25%
2 abortos	1	3.22%
3 abortos	1	3.22%
+3 abortos	0	0.0%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, 2018-2021.

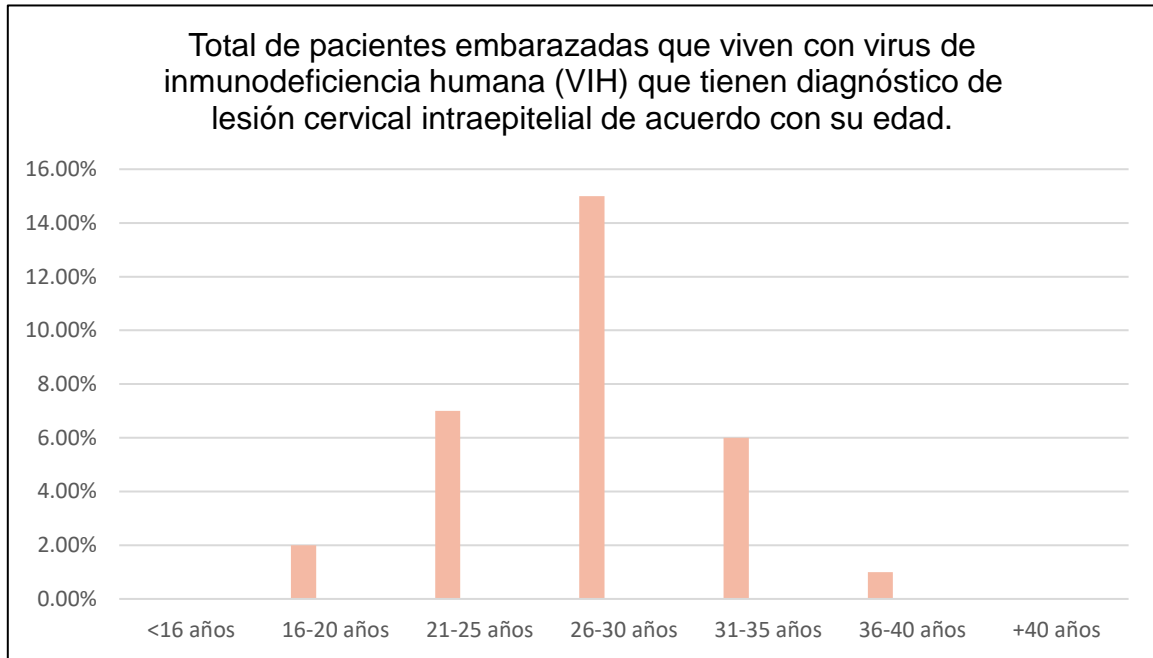
Tabla 10. Total de infecciones concomitantes de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.

Infección concomitante	Mujeres embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	0	0.0%
Clamidia	0	0.0%
Herpes tipo 2	1	3.22%
Trichomona vaginalis	5	16.12%
Candidiasis	6	19.35%
Gardnerella vaginalis	8	25.80%
Sífilis	1	3.22%
VPH	15	48.38%
Molusco	6	19.35%
Total	31	100%

Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX 2018-2021

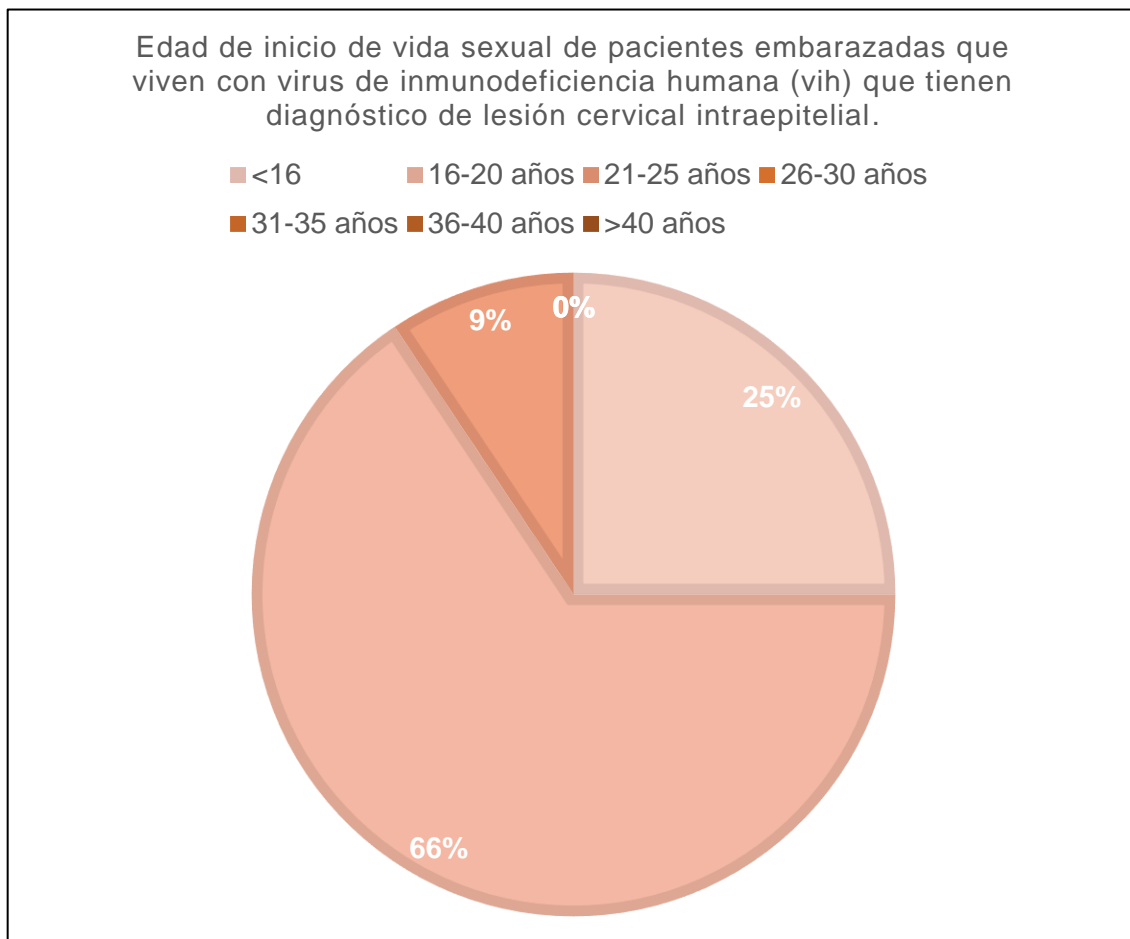
Gráficas

Gráfica 1. Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de acuerdo con su edad.



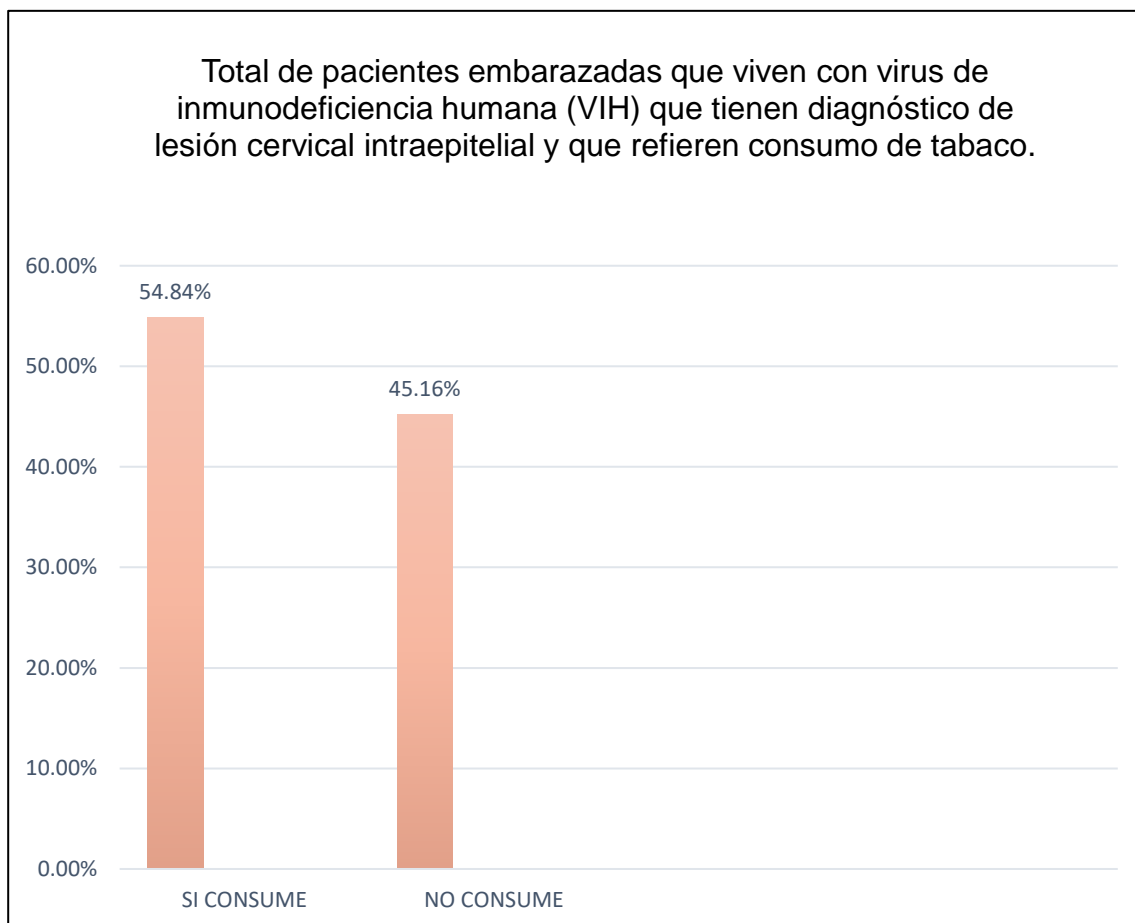
Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfica 2. Edad de inicio de vida sexual de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.



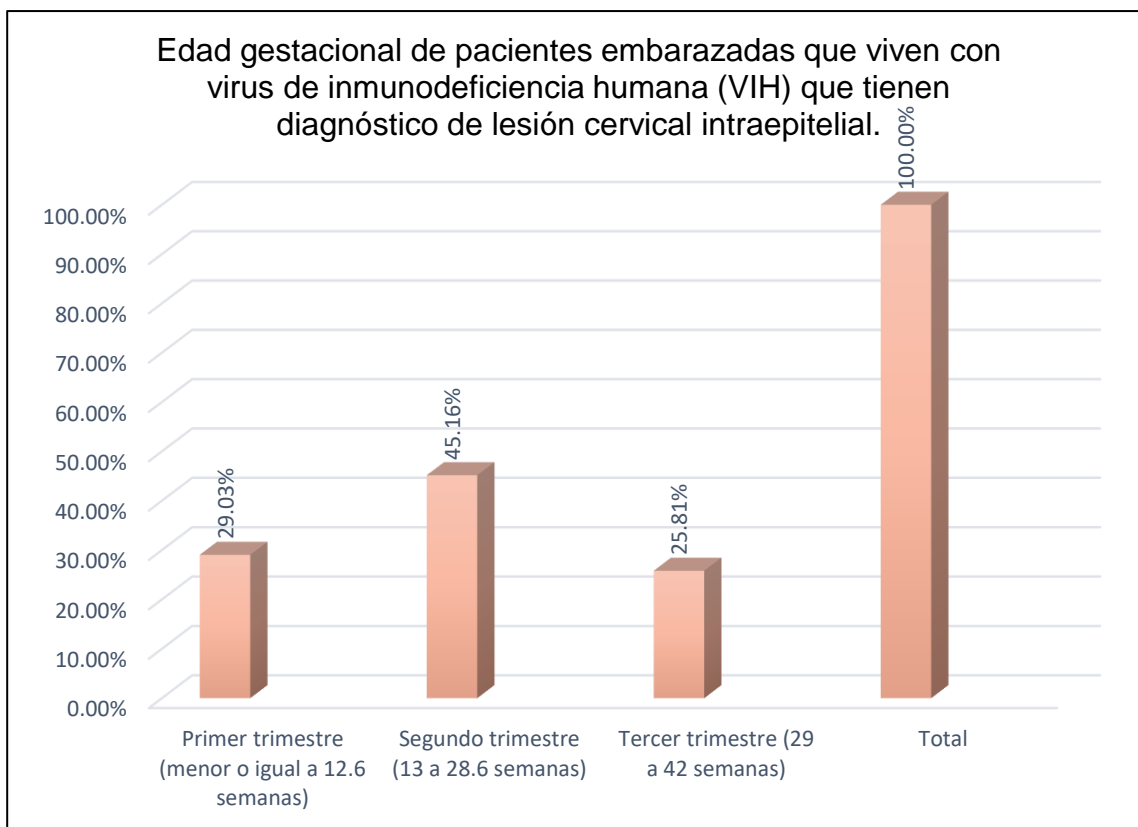
Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfica 3. Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial y que refieren consumo de tabaco.



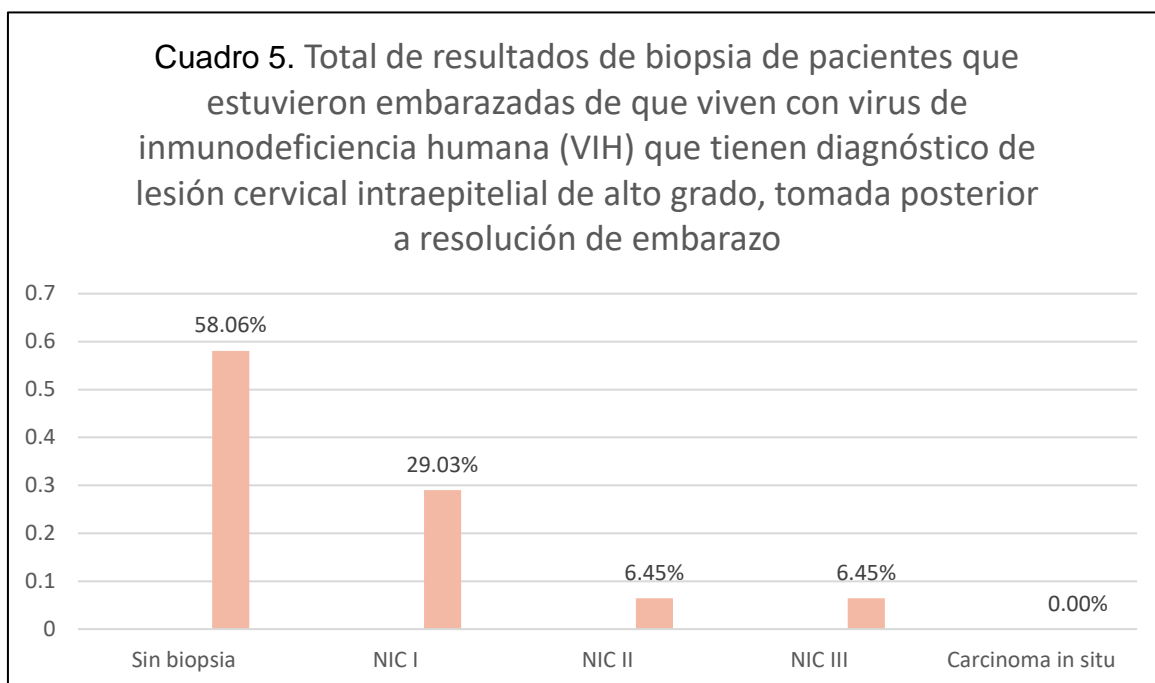
Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfica 4. Edad gestacional de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.



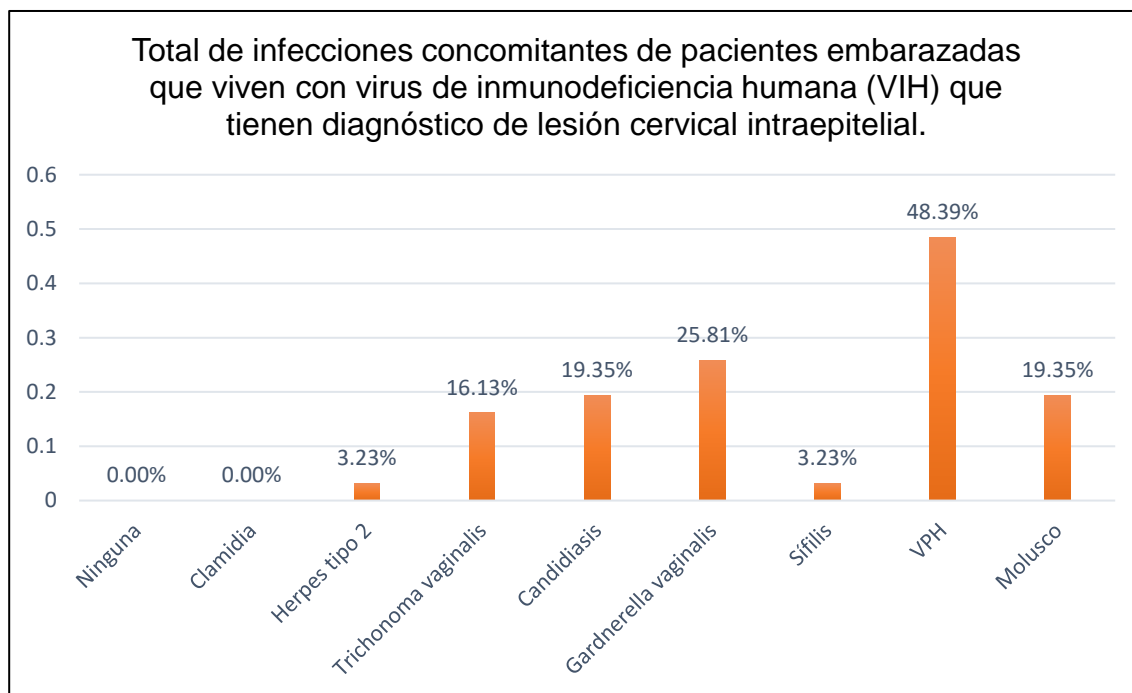
Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfico 5. Total de resultados de biopsia de pacientes que estuvieron embarazadas de que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial de alto grado, tomada posterior a resolución de embarazo



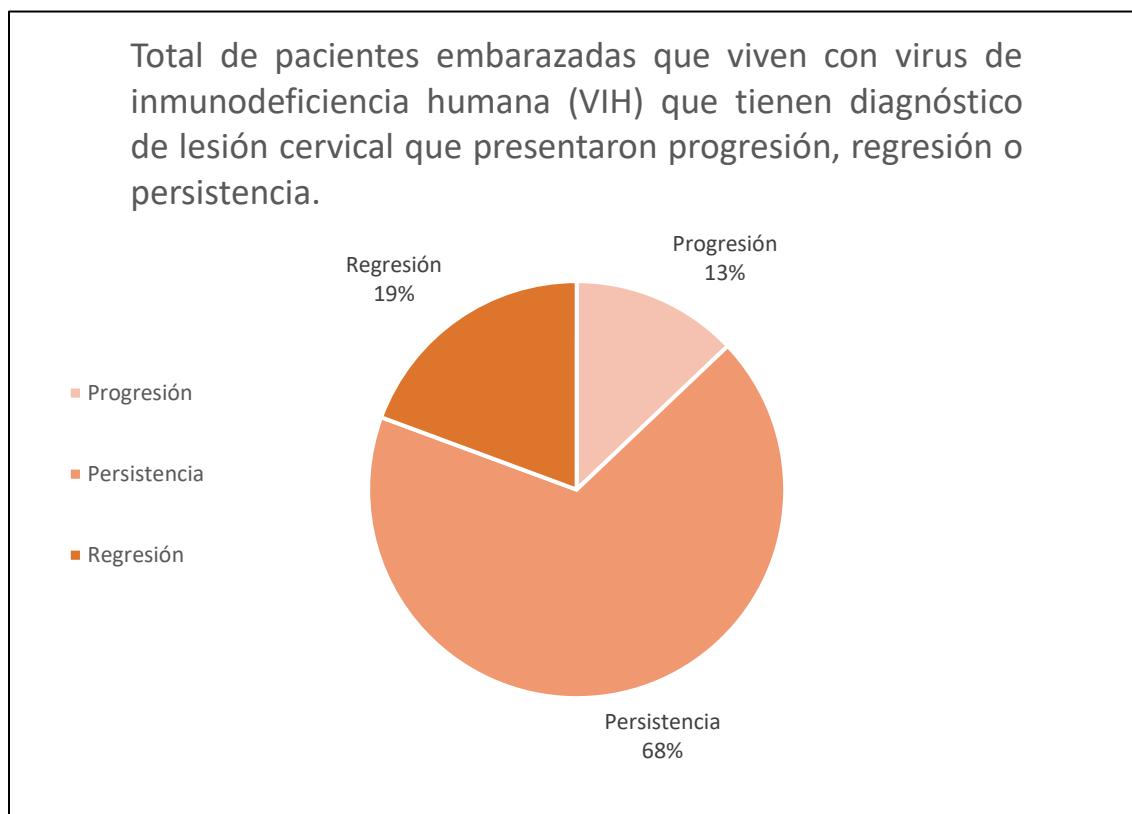
Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfico 6. Total de infecciones concomitantes de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical intraepitelial.



Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Gráfico 7. Total de pacientes embarazadas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tienen diagnóstico de lesión cervical que presentaron progresión, regresión o persistencia.



Fuente: Expedientes clínicos de la clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CDMX, 2018-2021.

Glosario

ARV. Antirretroviral

CaCu. Cáncer cervicouterino

CDMX. Ciudad de México

CDC. Centros para el control y la prevención de enfermedades

CIOMS. Council for international organizations of medical sciences /Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas Curva

GeSIDA. Grupo de Estudio de Sida

LEIAG. Lesión cervical del Alto Grado

LEIBG. Lesión cervical del Bajo Grado

Linfocito TCD4. Los linfocitos (las células) T CD4 ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8 para combatir la infección. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4.

NIC I. Neoplasia intraepitelial cervical I

NIC II. Neoplasia Intraepitelial Cervical 2

NIC III Neoplasia Intraepitelial Cervical 3

NOM. Norma Oficial Mexicana

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH /SIDA

SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEIP. Sociedad Española de Infectología Pediátrica

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SS Secretaría de Salud.

SPNS. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

VPH. Virus del Papiloma Humano.