



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

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

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**“INCIDENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN EL CÉRVIX EN
MUJERES ADULTAS CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA,
CLINICA ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA, 2016-2021”**

”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN **CLINICO**

PRESENTADO POR:
DR. MANUEL PALACIOS GUTIÉRREZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORES DE TESIS
DRA. TERESITA DE JESÚS CABRERA LÓPEZ
DR. JESÚS RAYMUNDO GONZÁLEZ DELMOTTE

CICLO ACADÉMICO
MARZO 2019 – FEBRERO 2023

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**FORMATO DE REGISTRO DE PROTOCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
CON RIESGO MÍNIMO Y MENOR QUE EL MÍNIMO**

Instructivo:

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

I. Ficha de identificación																																															
Título del proyecto de investigación Incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas en el cérvix en mujeres adultas mayor con infección por virus de inmunodeficiencia humana, Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, 2016-2021																																															
INVESTIGADORES PARTICIPANTES				INSTITUCIÓN/ESPECIALIDAD				FIRMA																																							
Nombre del investigador principal (<i>médico residente</i>) Manuel Palacios Gutiérrez				Secretaría de Salud de la Ciudad de México Ginecología y Obstetricia																																											
Nombre del investigador asociado, en caso de existir Teresita de Jesús Cabrera López				Secretaría de Salud de la Ciudad de México Ginecología y Obstetricia																																											
Nombre del profesor titular de la Especialidad Jesús Raymundo González Delmotte				Secretaría de Salud de la Ciudad de México Ginecología y Obstetricia																																											
Domicilio y teléfono del investigador principal Calle Tokio número 607, Colonia Portales Norte, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México. Tel: 3333948314																																															
Correo electrónico del investigador principal ppgm11@gmail.com																																															
Unidad(es) operativa(s) dónde se realizará el estudio Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.																																															
II. Servicio dónde se realizará el estudio																																															
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>	Administración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="checkbox"/>	Psicología	<input type="checkbox"/>	Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
III. Área de especialidad donde se realizará el estudio																																															
<input type="checkbox"/>	Anestesiología	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Medicina de Urgencias	<input type="checkbox"/>	Dermatopatología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>	Cirugía General	<input type="checkbox"/>	Medicina Familiar	<input type="checkbox"/>	Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Medicina Crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ginecología y Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Cirugía Plástica y Reconstructiva	<input type="checkbox"/>	Medicina Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>	Dermatología	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
IV. Periodo de estudio																																															
0			1			0			1			20			16			AL			2			0			2			20			22														
Día			Mes			Año			Año			Día			Mes			Año			Día			Mes			Año																				
V. Datos de validación																																															
Jefe de Enseñanza e Investigación				Nombre				Firma																																							
Dra. Inés López Islas				Dra. Inés López Islas																																											
Director de la Unidad Operativa				Nombre				Firma																																							
Dr. José Refugio Navarro Robles				Dr. José Refugio Navarro Robles																																											
Director de Tesis				Nombre				Firma																																							
Dra. Teresita de Jesús Cabrera López				Dra. Teresita de Jesús Cabrera López																																											
Jesús Raymundo González Delmotte				Jesús Raymundo González Delmotte																																											
ESPACIO PARA SER LLENADO POR EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA																																															
0			8			0			4			2			2			1			3			0			6			2			2														
Fecha de recepción			Día			Mes			Año			Fecha de aprobación			Día			Mes			Año																										
Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética perteneciente al Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossío de la Secretaría de Salud de la CDMX, aprueban por consenso la evaluación del protocolo que se indica,																																															
Nombre del presidente Dr. Gilberto Medina Hernández				Firma																																											
Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética del Hospital General Enrique Cabrera Cossío																																															
Aprobado (<input checked="" type="checkbox"/>)				Condicionado (Hacer correcciones y volver a presentar) (<input type="checkbox"/>)				No aprobado (<input type="checkbox"/>)																																							
Fecha de registro																																															
0			8			0			4			2			2			2			1			0			0			1			0			1			3			2			2		
Día			Mes			Año			Código de registro			Unidad			Clave			Número			Año																										



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**“INCIDENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN EL CÉRVIX EN
MUJERES ADULTAS CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA,
CLINICA ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA, 2016-2021”**

”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN **CLINICO**

PRESENTADO POR:
DR. MANUEL PALACIOS GUTIÉRREZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORES DE TESIS
DRA. TERESITA DE JESÚS CABRERA LÓPEZ
DR. JESÚS RAYMUNDO GONZÁLEZ DELMOTTE

CICLO ACADÉMICO
MARZO 2019 – FEBRERO 2023

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO

2022



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



"INCIDENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN EL CÉRVIX EN MUJERES
ADULTAS CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, CLÍNICA
ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA, 2016-2021"

Autor: Dr. Manuel Palacios Gutiérrez

Vo. Bo.

Dr. Jesús Raymundo González Delmotte

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dra. Lila 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
Medico Adscrito de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Especializada
Condesa Iztapalapa
Directora de tesis

Dr. Jesús Raymundo González Delmotte.
Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y
Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío
Director de tesis

DEDICATORIA

A mis padres, Ángel y Susana, quienes desde pequeño me enseñaron la importancia de luchar por mi sueños, y conseguirlos de una manera honesta a base de esfuerzo.

A mi familia, por ser un gran apoyo sentimental, su comprensión, amor y paciencia, ya que sin ellos, hubiera sido imposible llegar a este punto de mi vida.

A mis maestros, quienes a lo largo de mi formación, me han transmitido su conocimiento y apoyo profesional para mi formación como médico especialista y así poder brindar la mayor atención a la población

Y a todas aquellas que participaron en este proceso de formación, muchas gracias.

INDICE

Resumen	1
Abstract	2
I. Introducción	3
II. Marco teórico y antecedentes	4
2.1 Características del VIH	4
2.2 Epidemiología del VIH	4
2.3 Virus del Papiloma humano	5
2.4 Etiopatogenia	6
2.5 Clasificación de las lesiones	7
2.6 Factores de riesgo	8
2.7 Diagnóstico	9
2.8 Tratamiento	10
III. Planteamiento del problema	11
IV. Justificación	12
V. Objetivos	13
VI. Metodología	14
6.1 Tipo de estudio	14
6.2 Población de estudio	14
6.3 Criterios de inclusión	14
6.4 Criterios de no inclusión	14
6.5 Criterios de interrupción	14
6.6 Criterios de eliminación	14
6.7 Muestra	14
6.8 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento	15
6.9 Variables	15
VII. Implicaciones éticas	18
VIII. Resultados	19
IX. Discusión	25
X. Conclusiones	26
XI. Bibliografía	27
Anexos	29

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las mujeres con infección por virus de inmunodeficiencia humana desarrollan con más frecuencia lesiones intraepiteliales cervicales asociadas al virus del papiloma humano y al carcinoma cervical invasor. La población femenina mexicana tiene una gran vulnerabilidad ante la infección de VIH debido a múltiples factores como la exclusión, la desigualdad, la marginalidad y, sobre todo, la pobreza, la cual es muy prevalente en el país. El riesgo de padecer de cáncer cérvix es superior de 3 a 5 veces en las personas viviendo con VIH.

OBJETIVO: Identificar el porcentaje de las lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en mujeres que cursan con infección por virus de inmunodeficiencia humana, pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

METODOLOGIA: Se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México durante el año 2022, con una población total de 58 mujeres en edad reproductiva, a quienes se les realizó citología de cervix, colposcopia y biopsia.

RESULTADO: El total de la muestra fue de N=58 pacientes mayores de 50 años, con una edad promedio de 58.26 ± 7.60 , con una media para el diagnóstico del padecimiento fue de 45.96 ± 11.19 años, un inicio de vida sexual a los 18.54 ± 5.43 años y una media de número de parejas sexuales 5.21 ± 5.19 , la mayoría provenía de la Ciudad de México 62.1%; la población de mayor incidencia fueron las que reportaron primaria trunca o completa con 51.8%, la mayoría señaló dedicarse al hogar con 58.6%, la media de linfocitos T CD4, fue de 416.88 ± 256.64 . En la evaluación de citología cervical con mayor número de pacientes destacó que 59.2%) no presentaron desarrollo celular anormal.

CONCLUSIONES: Las lesiones premalignas tienen una alta incidencia en las mujeres VIH. Las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento no difieren sustancialmente de las descritas para las mujeres sin VIH. Mujeres en edad mayor a 50 años, y diagnóstico de Infección crónica por VIH son un grupo especial ya que son las que presentan mayor vulnerabilidad. La prevención debe enfocarse en la vacunación, el uso de condón masculino y la educación para la salud.

PALABRAS CLAVE: Lesión Escamosa Intraepitelial, VIH, VPH, citología cervical.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Women with human immunodeficiency virus infection develop cervical intraepithelial lesions associated with human papillomavirus and invasive cervical carcinoma more frequently. The Mexican female population is highly vulnerable to HIV infection due to multiple factors such as exclusion, inequality, marginality and, above all, poverty, which is highly prevalent in the country. The risk of cervical cancer is 3 to 5 times higher in people living with HIV.

OBJECTIVE: To identify the percentage of squamous intraepithelial lesions of the cervix in women with human immunodeficiency virus infection, patients of the Condesa Iztapalapa Specialized Clinic.

METHODOLOGY: A retrospective cross-sectional study was carried out at the Condesa Iztapalapa Specialized Clinic, of the Ministry of Health of Mexico City during the year 2022, with a total population of 58 women of reproductive age, who underwent Pap smear, cervix, colposcopy and biopsy.

RESULTS: The total sample was N=58 patients older than 50 years, with an average age of 58.26 ± 7.60 , with an average for the diagnosis of the condition was 45.96 ± 11.19 years, a start of sexual life at 18.54 ± 5.43 years and a mean number of sexual partners 5.21 ± 5.19 , the majority came from Mexico City 62.1%; the population with the highest incidence were those that reported truncated or complete primary school with 51.8%, the majority indicated that they were dedicated to the home with 58.6%, the average CD4 T lymphocytes was 416.88 ± 256.64 . In the evaluation of cervical cytology with a greater number of patients, it was highlighted that 59.2%) did not present abnormal cell development.

CONCLUSIONS: Premalignant lesions have a high incidence in HIV-infected women. Prevention, diagnosis and treatment strategies do not differ substantially from those described for women without HIV. Women over 50 years of age and diagnosed with chronic HIV infection are a special group since they are the ones with the greatest vulnerability. Prevention should focus on vaccination, use of the male condom, and health education.

KEY WORDS: Squamous Intraepithelial Lesion, HIV, HPV, cervical cytology.

I. INTRODUCCIÓN

Las mujeres con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) desarrollan con más frecuencia lesiones intraepiteliales cervicales asociadas al virus del papiloma humano (VPH) y al carcinoma cervical invasor.¹

Varios estudios demuestran de manera convincente el aumento del riesgo de lesiones cervicales preneoplásicas entre las mujeres infectadas por el VIH, sin embargo, las tasas de incidencia de cáncer cervical invasivo no aumentan significativamente en aquellas con VIH / SIDA.²

Se considera que las mujeres son especialmente vulnerables a la infección por VIH; según ONUSIDA, en 2016 de todos los infectados, 17,8 millones eran mujeres mayores de 15 años . Según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, el 48 % de la población infectada con HIV en ese país es mayor de 50 años. ² La población femenina mexicana tiene una gran vulnerabilidad ante la infección de VIH debido a múltiples factores como la exclusión, la desigualdad, la marginalidad y, sobre todo, la pobreza, la cual es muy prevalente en el país.²

El riesgo de padecer de cáncer cérvix es superior de 3 a 5 veces en las personas viviendo con VIH, esto se debe a que lesiones premalignas de cérvix son comunes en ellas.⁴ El tratamiento de estas lesiones es generalmente seguro y efectivo independientemente del estado del VIH.³

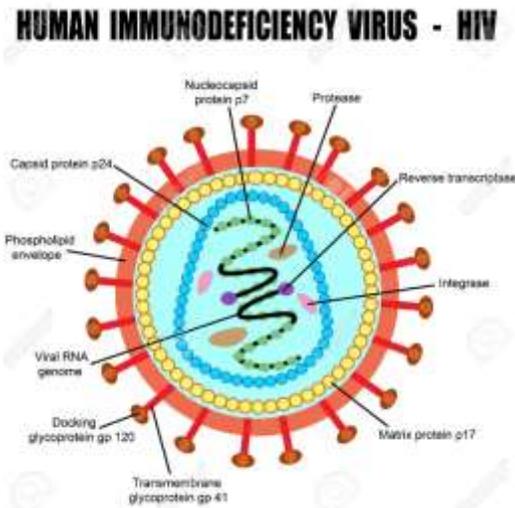
El objetivo del presente trabajo es mostrar el comportamiento clínico epidemiológico, colposcópico y citológico en mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana de la población atendida en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, además de demostrar que las pacientes que cursan con ambas enfermedades cambian el curso clínico de las mismas. ⁴

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana fue aislado en 1983, es un retrovirus que ocasiona la destrucción del sistema inmune, puesto que presenta tropismo por los macrófagos y, especialmente, por los linfocitos T CD4+.¹ Existen dos tipos: vih-1 y vih-2, ambos se pueden transmitir por vía sexual, parenteral y vertical.⁵

Al ser un virus, debe ingresar a la célula para poder reproducirse, para ello requiere de receptores como *cxcr4* y *ccr5*, este último se encuentra en células del sistema inmune y es por ello que son el blanco de la infección. El receptor *ccr5* representa un blanco para orientar la generación de nuevos tratamientos. En lo que respecta a las vías más importantes de transmisión del virus, las tres formas más frecuentes son las relaciones heterosexuales, las relaciones homosexuales y por compartir jeringuillas entre consumidores de drogas por vía parenteral.¹ Otros mecanismos son: el contacto con sangre o fluidos en la transmisión madre-hijo (vertical); los accidentes laborales de tipo biológico; el uso compartido de material de inyección por usuarios de drogas, y las transfusiones sanguíneas, exposición a hemoderivados o trasplantes de órganos.⁶



2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Según datos del European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), en 2017 se diagnosticó una mujer por cada 3 hombres en los países de la Unión Europea, lo que representa una tasa de nuevos diagnósticos entre las mujeres de 2,8 por 100.000. La tasa más elevada se produjo en mujeres entre 30 y 39 años (6,9 por 100.000 habitantes)⁶.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), a finales de 2018 un total de 37,9 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2019). Las mujeres constituyen el 52% por ciento del total a nivel mundial, mientras que en América Latina representan el 29% de las nuevas infecciones, cifra que se incrementa a 36% en las jóvenes entre 15 a 24 años⁷

De acuerdo a informes reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, hasta el año 2021, fueron diagnosticados 328,791 casos en México, 267,736 casos corresponden al sexo masculino y 61,055 casos al sexo femenino. La Ciudad de México, representa a la entidad federativa del país con mayor número de población afectada, con un total de 45,095 casos, lo que corresponde al 13.7% de casos totales de VIH del país. Con respecto a mujeres mayores de 50 años, éstas presentan un número de casos totales de 6,898, lo que corresponde a 10.8% de la población afectada.⁸

Infecciones como las vaginitis y la vaginosis bacteriana se presentan en un porcentaje elevado, así como otras afecciones que se diagnostican con sistematicidad por las alteraciones citocolposcópicas, lesiones intraepiteliales cervicales, carcinoma in situ, carcinoma invasor. La citología cervicovaginal en estas mujeres tiene alto índice de falsos negativos, de ahí que muchos autores sugieren la realización conjunta de colposcopia y si fuese necesario se realiza biopsia para un correcto diagnóstico del cáncer cervical.¹

Por otra parte, la infección por el Virus del Papiloma Humano, es considerada la más común transmitida por vía sexual en las mujeres, este agente vírico representa uno de los cofactores más importantes relacionados con la génesis del cáncer cervical, además de otros como la displasia anogenital según la Organización Mundial de la Salud.

2.3 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El VPH pertenece a la familia *Papilloma viridae* y se ha clasificado en 5 géneros; alfa, que incluyen la mayoría de los virus de alto riesgo, beta, gamma, mu y un. El virus tiene 55 nanómetros de diámetro y posee una cápside icosaédrica compuesta por 72 capsómeros pentaméricos. Es un virus desnudo, lo que lo hace menos antigénico.

Tiene cadena doble de ADN en forma circular con aproximadamente 8.000 pares de bases.⁹

EL VPH se clasifica por su localización en cutáneo, mucoso o por su riesgo oncogénico en alto, medio o bajo grado: Los considerados de bajo riesgo son los tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61 70, 72, 81; mientras que los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 73, son considerados de alto riesgo.⁹

El virus del papiloma humano accede a las células basales a través de microabrasiones en el epitelio cervical. Después de la infección se expresan los genes tempranos E1, E2, E4, E5, E6 y E7 y el ADN viral se replica a partir del ADN episomal. En las capas superiores del epitelio (las zonas media y superficial), el genoma viral se replica aún más y se expresan los genes tardíos L1 y L2, y E4. L1 y L2 encapsulan los genomas virales para formar partículas virales en el núcleo, las cuales son excretadas e inician una nueva infección.¹ El VPH puede evadir la vigilancia inmune cambiando la polarización de las células Th, disminuyendo la expresión del complejo mayor de histocompatibilidad clase I, y reduciendo la función de las células presentadoras de antígenos intraepiteliales, lo cual puede causar una falta de polarización de Th1, desde el inicio de la infección por VPH. Esto causa un cambio en la producción de IL 4, IL-6, e IL-10.¹⁰

De forma similar, la progresión desde la infección por VIH al desarrollo de SIDA ha sido asociada con la polarización de la citosina Th2 en las secreciones cervicovaginales, las cuales podrían contribuir a la persistencia de la infección por VPH, observando una vez más que la relación entre una y otra puede alterar el curso de ambas enfermedades.¹⁰

2.4 ETIOPATOGENIA

Un mecanismo de interacción entre el VIH y el VPH, se refiere a la interacción entre las células infectadas por VIH que circulan en el tejido conjuntivo debajo de la membrana basal y las células infectadas por VPH sobre éstas. Las interacciones pueden estar mediadas por la expresión aberrante de citosinas, que se sabe modulan la expresión de genes del VPH como la interleucina 6 o la expresión aberrante de factores de crecimiento.¹⁰

El signo más importante de la presencia de VIH en el cérvix es la presencia de inflamación, esto se debe a mayor filtrado del VIH, el cual se considera como el resultado del reclutamiento de células inflamatorias en la mucosa cervical, que incrementa la concentración de linfocitos CD4, monocitos y macrófagos infectados. También en presencia de inflamación, la replicación del VIH es estimulada por citosinas locales.¹⁰

Es probable que la infección por VPH ocurra antes que la infección por VIH. La respuesta inmune al VPH no se conoce del todo, sin embargo, una vez establecida la infección se sabe que la respuesta inmune es mediada por células, la infección puede ser erradicada o mantenida en un estado de latencia. Con la pérdida de la respuesta inmune debida a la infección por VIH, la inmunidad específica para el VPH se ve disminuida, activando la replicación del VPH.

Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado corresponden a la infección con replicación activa del virus. En el caso de las infecciones por VPH de alto riesgo, existe la posibilidad de desarrollar una lesión intraepitelial escamosa de alto grado. La progresión posterior de estas lesiones de alto grado, sin tratamiento adecuado, hacia un cáncer invasor, se asocia con la integración del genoma del VPH de alto riesgo en los cromosomas del hospedero.¹¹

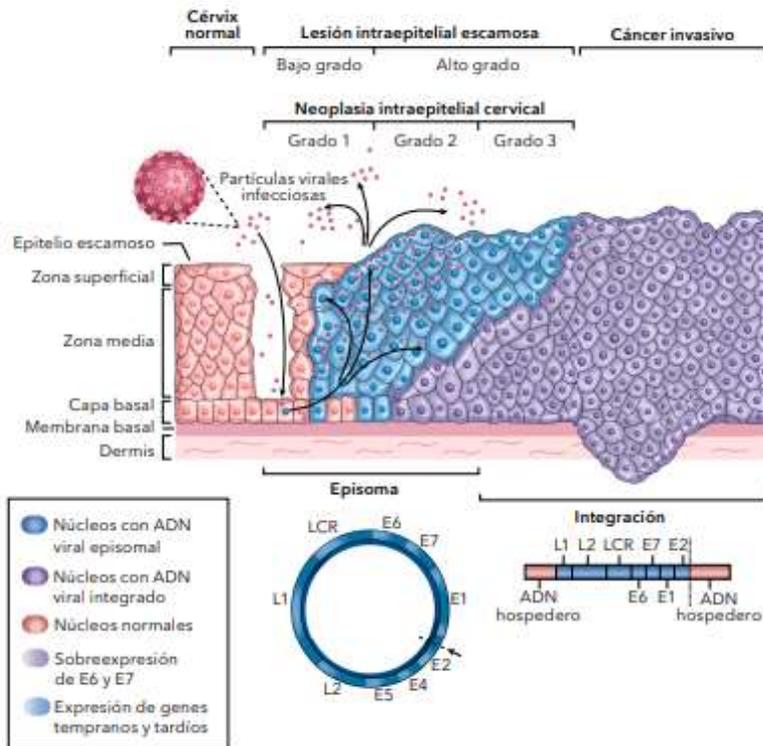
En el cáncer de cérvix asociado con VPH produce una pérdida o disminución de la expresión de las moléculas clase I del complejo principal de histocompatibilidad,

involucradas en el reconocimiento y presentación de antígenos en la superficie; razón por la cual algunos cánceres escapan a la vigilancia inmunológica medida por células.¹⁰

Displasia es una lesión que ocurre en el epitelio del cuello uterino, considerado como lesión intraepitelial

escamosa del exocervix y

endocervix, dependiendo de su estirpe histológica y su extensión, esta conlleva al desarrollo en un tiempo de mediano plazo la



aparición del cáncer cervicouterino.¹²

El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial entre las mujeres con aproximadamente 530.232 casos 2015 donde cerca del 85% es en países en desarrollo según la OMS, teniendo una incidencia de más de 30 por cada 100.000 mujeres.¹²

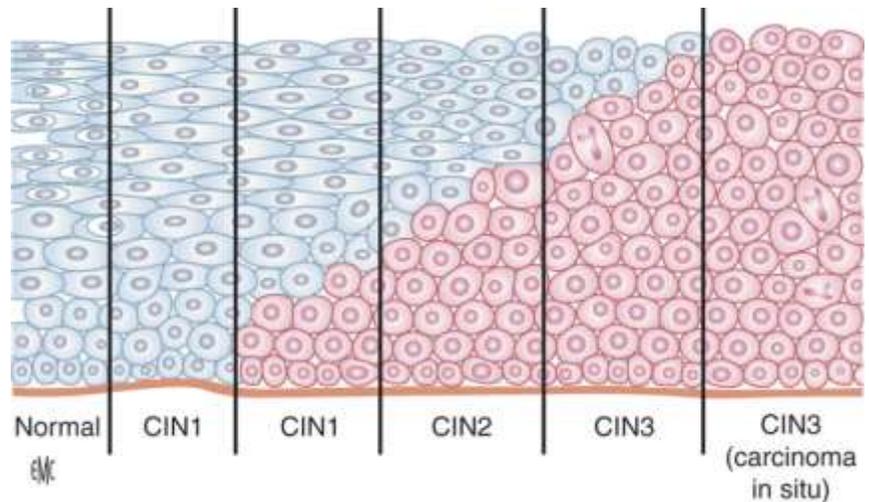
2.5 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PREMALIGNAS

Las lesiones intraepitelial o displasias cervicales se consideran lesiones pre malignas, de aquí se clasifican según la afectación del epitelio y su espesor. En los años 1950 se agrega el término de Displasia cervical para designar atipia en el epitelio cervical. NIC se definió como: "Un espectro de condiciones que se inicia con alteraciones epiteliales bien diferenciadas, tradicionalmente llamadas displasia mínima y que termina al convertirse en carcinoma micro invasor" Se divide en 3 grados según Richard:¹²

- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical I : neoplasia leve. Es el tipo de menor riesgo, representa sólo una displasia leve o crecimiento celular anormal y es considerado una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Se caracteriza por estar confinado al 1/3 basal del epitelio cervical.¹²

- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical II: neoplasia moderada. Es considerado una lesión escamosa intraepitelial de alto grado y representan una displasia moderada, confinada a los 2/3 basales del epitelio cervical
- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical III: neoplasia grave. en este tipo de lesión, considerada también de alto grado, la displasia es severa y cubre más de los 2/3 de todo el epitelio cervical, en algunos casos incluyendo todo el grosor del revestimiento cervical. Esta lesión es considerada como un carcinoma in situ.¹²
- ✓ Carcinoma in situ: es el término histológico que abarca el conjunto de alteraciones de la maduración y diferenciación epitelial, correspondiente al NIC II y NIC III.

En 1980 se identificaron más lesiones histológicas relacionadas con el VPH se ha observado las células llamadas coilocitos que son células atípicas. En 1990 se identificaron las Neoplasias Intraepitelial Cervicales de bajo grado que incluye neoplasia intraepitelial cervical I y la infección de VPH; seguido de las Neoplasias Intraepitelial cervicales de alto grado, que incluyen neoplasia intraepitelial cervical II y III consideradas como precursoras de cáncer cervicouterino. El instituto nacional de cáncer de los EE.UU. basado en sus recomendaciones de 1991 creó la clasificación de BETHESDA:¹³



1. Lesión intraepitelial escamosa bajo grado (LIEBG)
2. Lesión intraepitelial escamosa alto grado (LIEAG)
3. Lesiones neoplasias intraepitelial cervical II y III

2.6 FACTORES DE RIESGO

1. Factores biológicos:
 - A) Factores ginecológicos-obstétricos: edad de primer embarazo, número de embarazo; número de partos, cesáreas. Abortos
 - B) Factores sexuales: Edad de inicio de vida sexual; número de parejas se sexuales; uso de métodos de barrera (preservativo)
 - C) Factores infecciosos: antecedente de infección de transmisión sexual. Antecedente de infección por VPH (propio y de pareja sexual).¹⁴

2. Factores sociales. Influencia de amistades, familia, nivel educativo, estado civil, ocupación, hábitos: tabaquismo; obesidad y sobrepeso.
- 3.
4. Factores psicológicos: depresión, baja autoestima, discriminación, factores económicos (limitado ingreso económico, desempleo).¹⁴

2.7 DIAGNÓSTICO

El papanicolaou es una técnica de citología, que consiste en una muestra de la zona de transformación del cuello uterino (zona entre el tejido cervical interno y externo). Tiene una sensibilidad de 51% (varía entre 30-87%) y una especificidad de 98% (varía entre 86-100%). Su sensibilidad es limitada por error en la toma de muestra (falta de células de la zona de transición en el frotis), asociada a un error en la interpretación. Además, puede ser informado como células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS), lo cual es un resultado no concluyente, generando incertidumbre en el personal de salud respecto a la conducta a seguir.¹⁵

El VPH-test es una técnica de tamizaje que detecta el material genético del virus 19, a través de una muestra de fluido cervical. De esta forma previene el desarrollo de una futura lesión, a diferencia del PAP, que detecta la lesión. El VPH-test es más sensible que el PAP, ya que detecta 2 a 3 veces más lesiones premalignas de Neoplasia Intraepitelial Tipo III (NIE-III)¹⁷. Tiene una sensibilidad de 87-98% y especificidad de 86-95%¹⁵

El Co-test es una técnica combinada que consiste en realizar simultáneamente VPH-test y PAP29. Tiene una sensibilidad de 96% y especificidad de 81%³⁰. El valor predictivo negativo del Co-test es similar al del VPH-test, lo que permite realizarlo en un intervalo de 5 años.¹⁶

La colposcopia con el uso de ácido acético es la práctica de rutina en mujeres con citología cervicouterina anormal y prueba de detección de VPH de alto riesgo positiva, pero el diagnóstico definitivo lo da el análisis histológico de la biopsia, al igual que determina cuáles mujeres deben ser tratadas.¹

Tipos de lesiones a la colposcopia



2.8 TRATAMIENTO

El mejor tratamiento es el control periódico y la prevención de la infección, ya que la terapia antirretroviral tiene efecto limitado en la inducción a la regresión de las lesiones de VPH, y en la incidencia de carcinoma invasivo cervical no ha mostrado tendencia a disminuir. El fallo en el tratamiento y las recurrencias de VPH que ocurren con mucha más frecuencia entre las pacientes VIH_ positivas están relacionados a la cuenta de CD4, restaurar la inmunocompetencia podría mejorar los resultados. ¹⁷

El centro de control de enfermedades, recomienda que las pacientes VIH positivas se sometán a dos papanicolaous en los primeros 6 meses posteriores al diagnóstico de VIH y si el resultado de ambas es negativo, entonces la vigilancia anual será suficiente para un control de rutina. ¹⁷

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A mediados del 2017, estadísticas mundiales reportaron 20.9 millones de pacientes recibieron tratamiento antirretroviral pero solamente ha alcanzado al 53% de personas viviendo con VIH, por lo que existe casi la mitad de pacientes sin medicación la gran mayoría por abandono de tratamiento, mala adherencia y probablemente estén en fase SIDA lo que los hace vulnerables a diversas patologías entre ellas a la invasión por virus del papiloma humano.

El VIH es considerado un factor de riesgo para cáncer cervical debido a diversos factores, por ejemplo, la cuenta de células CD4 puede afectar la asociación entre VPH y VIH, y marcar la progresión de la infección con VIH a SIDA. En mujeres VIH positivas con severa inmunosupresión, se observa una mayor proporción de positivos para algún tipo de VPH en comparación con las cuantificaciones de CD4 más altas.

La inmunosupresión podría permitir un aumento en la replicación, por lo cual se considera que estas pacientes son 5 veces más propensas a padecer neoplasias del tracto genital inferior. Todo esto podría deberse a la relación que hay entre el nivel de inmunosupresión el transporte de los tipos de VPH oncogénicos y el grado de infección por VIH.

Ante lo anteriormente citado, surge la necesidad de responder la siguiente interrogante: “¿Cuáles son las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes adultas mayores inmunosuprimidas?”

IV. JUSTIFICACIÓN

El VIH se considera un problema de salud pública a nivel mundial y nacional debido al gran impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen y sus familias, así como en la economía, ya que se clasifica como una condición de alto costo tanto para la población como para el sistema de salud del país.

Se considera que las mujeres son especialmente vulnerables a la infección por HIV; según ONUSIDA, en 2016 de todos los infectados, 17,8 millones, eran mujeres mayores de 15 años . Según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, el 48 % de la población infectada con HIV en ese país es mayor de 50 años. Este estudio surge de la necesidad de conocer la incidencia relacionada con la edad en la pacientes inmunosuprimidas, esto favorecería a la implementación de programas que influyan para la promoción de la salud y el estudio de éstas pacientes, ya que al presentarse la menopausia, ya no existe necesidad de hacerse estudios.

V. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Identificar el porcentaje de las lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en mujeres que cursan con infección por virus de inmunodeficiencia humana, pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

5.2 ESPECÍFICOS

Describir los resultados citológicos de mujeres que viven con VIH pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Describir los hallazgos colposcópicos de mujeres que viven con VIH pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

VI. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México durante el año 2022. con una población total de 58 mujeres en edad reproductiva. Se estimó una muestra de pacientes mayores de 50 años de edad, a quienes se les realizó citología de cervix, colposcopia y biopsia; se excluyeron los expedientes que no completaron los datos del instrumento de recolección

El perfil clínico se definió con las siguientes variables: Edad, origen, residencia, escolaridad, ocupación, estado civil, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, menopausia, tabaquismo, edad de diagnóstico de VIH, carga viral actual, conteo de CD4 actual, tratamiento antiretroviral actual

6.2 POBLACION DE ESTUDIO

Expedientes clínicos de pacientes mayores de 50 años, con diagnóstico de VIH crónico, que acudieron a control citológico y colposcópico en el periodo comprendido del 01 de enero de 2016 al 28 de febrero de 2022.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes clínicos de pacientes mayores de 50 años, con diagnóstico de VIH, que acudieron a control citológico y colposcópico en el periodo del 01 de enero de 2016 al 28 de febrero de 2022

6.4 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes menores de 50 años
- Pacientes con resultado de citología cervical inadecuada
- Pacientes que abandonaron clínica de displasias

6.5 CRITERIOS DE INTERRIPCIÓN

- No aplica.

6.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expedientes incompletos.

6.7 MUESTRA

Expedientes clínicos de pacientes mayores de 50 años, con diagnóstico de VIH, que acudieron a control citológico y colposcópico en el periodo del 01 de enero de 2016 al 28 de febrero de 2022

6.8 TIPO DE MUESTREO Y ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO

El tipo de muestreo fue por conveniencia. La estrategia para reclutamiento de información fue mediante la consulta del expediente clínico.

6.9 VARIABLES

VARIABLE/CONSTRUCTO (Índice-indicador/categoría-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	INDEPENDIENTE	Medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento, Se da en años.	Años	1. 50-54 años 2. 55-59 años 3. 60-69 años 4. >70 años
Origen	Independiente	Principio de donde nace o se deriva algo	Según expediente clínico	1. Urbano 2. Rural
Residencia	Dependiente	Lugar actual donde vive la paciente	Según expediente clínico	1. Ciudad de México 2. Estado de México 3. Aguascalientes 4. Guanajuato 5. Guerrero 5. Hidalgo 6. Michoacán 7. Oaxaca 8. Puebla 9. Veracruz 10. Yucatán
Escolaridad	Dependiente	Nivel académico alcanzado por la paciente	Según expediente clínico	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura
Estado civil	Dependiente	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Según expediente clínico	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. En unión libre

Ocupación	Dependiente	Actividad o trabajo que realiza el individuo para generar ingresos	Según expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. comerciante 3. Empleada doméstica 4. Empleada no especificada 5. Otro
Inicio de vida sexual activa	Dependiente	Es la edad en la cual la mujer tiene su primera relación sexual	Año del primer contacto sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12-15 años 2. 16-18 años 3. 19-22 años 4. 23-29 años 5. > 30 años
Número de parejas sexuales	Dependiente	Cantidad en número de parejas sexuales que ha tenido la paciente	Números	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2-3 3. 4-9 4. 10-19 5- 20-49 6. > 50
Menopausia	Independiente	Edad a la que se presenta el cese permanente de la menstruación	Números	<ol style="list-style-type: none"> 1. <40 años 2. 40-44 años 3. 45-49 años 4. 50-54 años 5. >55 años
Tabaquismo	Dependiente	Adicción al consumo del tabaco	Positivo / Negativo	<ol style="list-style-type: none"> 1.Si 2. No
Edad de diagnóstico	Dependiente	Años a los que se diagnostica infección por VIH	Años	<ol style="list-style-type: none"> 1.20-29 años 2. 30-39 años 4. 40-49 años 5. 50-59 años 6 >60 años
Último conteo de CD4	Independiente	Cantidad de linfocitos T CD4 en sangre	Células / m ³	<ol style="list-style-type: none"> 1.<50 2. 51-200 3. 201-499 4. 500-800 5. 800-1000 6.>1000
Carga viral	Dependiente	Número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre.	Copias de ARN de VIH	<ol style="list-style-type: none"> 1.Indetectablemenor40 c/ml 2. 41-100 3. 101-999 4. > 1000

Citología PAP	Dependiente	Examen citológico del cérvix que contiene elementos propios de la zona de transformación que sirve como prueba de screening para detección de lesiones de cervix	Hoja de reporte de citología cervical	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negativo 2. ASC US 3. ASC H 4. LEIBG 5. LIAG 6. Carcinoma epidermoide 7. AGC 8. Células glandulares endometriales atípicas 9. Células glandulares atípicas 10. Adenocarcinoma endocervical in situ 11. Adenocarcinoma
Diagnóstico colposcópico	Dependiente	Reporte de exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello uterino mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes	Hoja de reporte de colposcopia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin alteraciones 2. Alteraciones inflamatorias inespecíficas 3. LEIBG 4. LEIAG 5. Lesiones sugestivas de invasión 6. Cáncer Invasor 7. Otros hallazgos
Diagnóstico biopsia	Dependiente	Reporte de la extracción de tejido de alguna parte del cuerpo para examinar en el mismo la presencia de alguna enfermedad	Hoja de reporte de patología	<ol style="list-style-type: none"> 1. LIEBG 2. LEIAG 3. Carcinoma epidermoide

VII. IMPLICACIONES ETICAS

Conforme al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. 17 – fracción I, se considera esta investigación como “sin riesgo”, ya que la obtención de datos se hará mediante estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaran en el estudio: tal como lo es el expediente clínico.

Todo esto previo consentimiento del paciente y con protección de la autonomía de la misma con un consentimiento bajo información, en el cual paciente acepta de manera libre, ser parte de la población en estudio, y uso de sus datos del expediente clínico, con protección a la identidad de la persona, conociendo ventajas y desventajas del estudio.

VIII. RESULTADOS

La población de estudio se compuso de 58 pacientes que solicitaron el servicio de seguimiento por infección por VIH. La edad promedio de las pacientes fue de 58.26 ± 7.60 con un mínimo de 50 y máximo de 92 años. La media para el diagnóstico del padecimiento fue de 45.96 ± 11.19 años. El inicio de la vida sexual reportaron haberlo realizado a los 18.54 ± 5.43 años, en tanto el número de parejas sexuales que reportaron fue de 5.21 ± 5.19 con mínimo de 1 y máximo de 70 (Tabla 1).

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD*	50	92	58.26	7.60
IVSA*	12	50	18.54	5.43
NPS	1	70	5.21	11.26
MENOPAUSIA*	37	58	46.55	5.19
CD4	13	1200	416.88	256.64
EDAD DX*	21.0	87.0	45.96	11.19

Tabla 1: Datos descriptivos de orden cuantitativo de la población. Los datos se expresan en media y desviación estándar en conjunto de sus máximos y mínimos. IVSA: inicio de vida sexual activa, NPS: número de parejas sexuales: Edad Dx: edad de diagnóstico. * Datos se expresan en años

En cuanto al origen de las pacientes, por la naturaleza del servicio hospitalario, la mayoría provenía de la Ciudad de México 36 (62.1%), seguida de Puebla con tan sólo 4 (6.9%) casos; en tanto el resto de sitios presentó una incidencia menor o igual a 3 casos (figura 1).

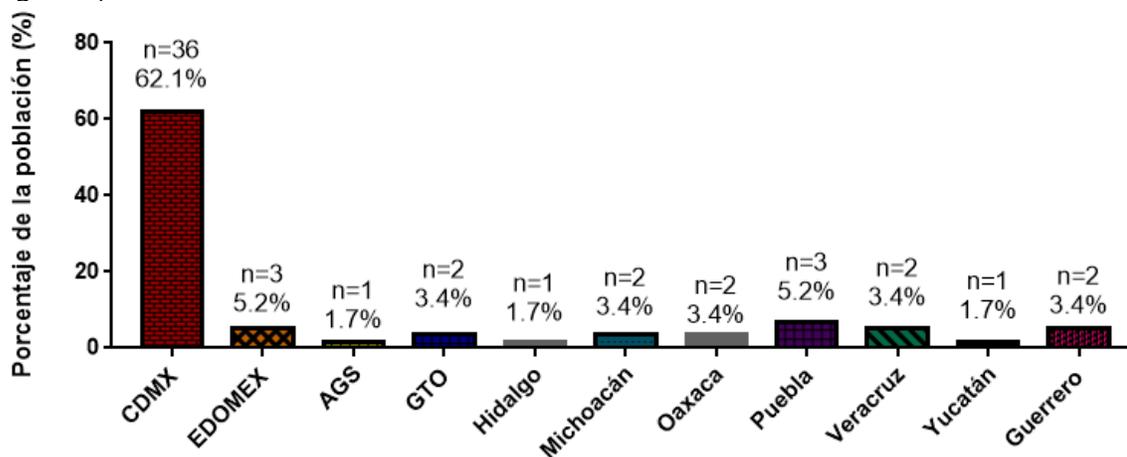


Figura 1: análisis descriptivo de acuerdo a la procedencia de las pacientes. AGS: Aguascalientes, GTO: Guanajuato. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

La escolaridad de las pacientes reportó alta incidencia de pacientes con bajo desarrollo académico donde ninguna reportó contar con la universidad y 2 de ellas no contestaron la pregunta, tan sólo 6 (10.7%) reportó tener la preparatoria, mientras que de igual forma 6 eran analfabetas y la población de mayor incidencia fueron las que reportaron primaria trunca o completa con 29 (51.8%) (figura 2).

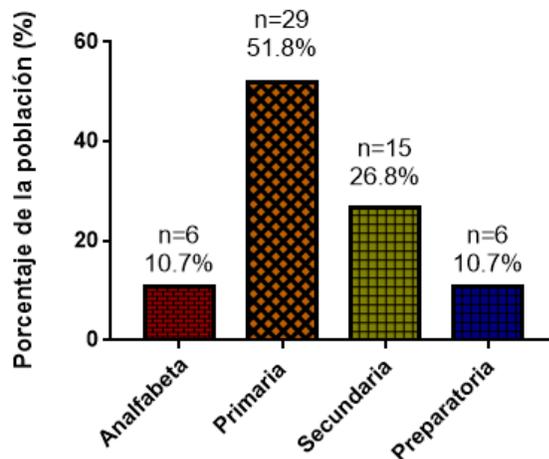


Figura 2: Análisis descriptivo de acuerdo a la escolaridad. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

El estado civil de las pacientes que mayormente se reportó fue soltera con 23 (39.7%) seguida de viuda y unión libre con 13 (22.4%) en ambos casos (figura 3).

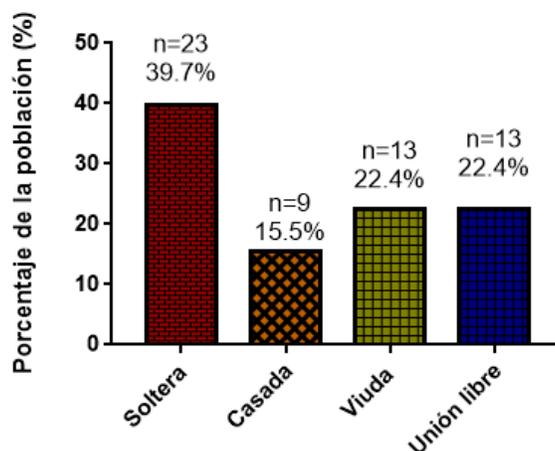


Figura 3: Análisis descriptivo de acuerdo al estado civil de las pacientes. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

Como parte de las variables sociodemográficas se analizó la ocupación de las pacientes, donde la mayoría señaló dedicarse al hogar con 34 (58.6%) seguidas de comerciante con 15 (25.9%), el resto comentó ser empleada de diversos sectores (figura 4).

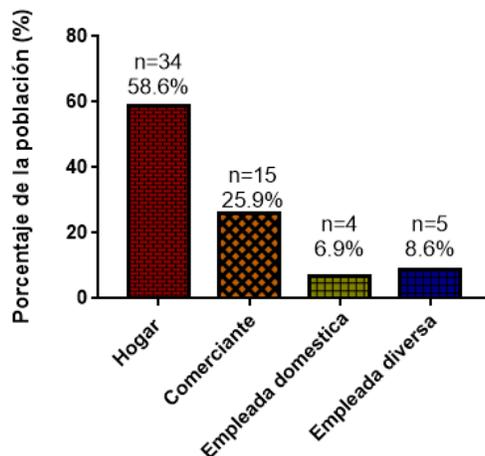


Figura 4: análisis descriptivo de acuerdo a la ocupación de las pacientes. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

En cuanto al reporte de parejas sexuales, debido a su gran amplitud se decidió categorizar debido a que se presentaron casos de 70 parejas vs un número importante de pacientes monógamas (figura 5).

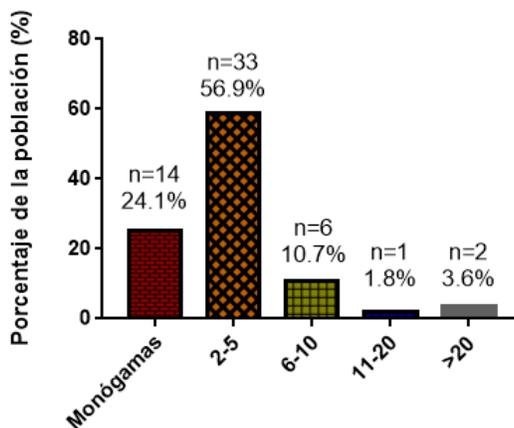


Figura 5: análisis descriptivo de acuerdo al número de parejas. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

Como parte de los análisis descriptivos se decidió cuantificar y clasificar el número de linfocitos CD4, la media de dicho valor fue de 416.88 ± 256.64 . Destacó que se presentaron 12 (20.7%) pacientes inmunocomprometidas al presentar conteos <200 células CD4+, mientras que sólo 1 (1.8%) de ellas presentó un valor >1000 células CD4+; y dos pacientes no contaban con el dato (figura 6).

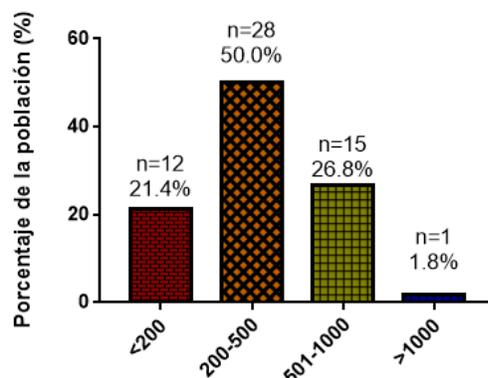


Figura 6: análisis descriptivo de acuerdo al conteo de linfocitos CD4+. Los datos se presentan en número de casos y porcentajes.

Destacó que a las pacientes se les realizaron papanicolaous de seguimiento con al menos 3, sin embargo, sólo 49 presentaban al menos una evaluación, dos evaluaciones 44 y las 3 evaluaciones únicamente se reportaron en 33 pacientes. En la evaluación con mayor número de pacientes destacó que 29 (59.2%) no presentaron desarrollo celular anormal y sus datos fueron negativos; esto representó una incidencia del 40.8% en la población (tabla 2)

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	29	59.2
ASC US	1	2.0
LEIBG	9	18.4
LEIAG	8	16.3
Células glandulares Endocervicales Atípicas	1	2.0
Células Glandulares Atípicas	1	2.0
Total	49	100.0

Tabla 2: Datos descriptivos de orden cualitativo de la población en relación al diagnóstico del papanicolaou de primer contacto. Los datos se expresan en número de casos y porcentaje. ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado, LEIBG: lesión intraepitelial de bajo grado, LEIAG: lesión intraepitelial de alto grado.

Finalmente, como parte de la evaluación de las pacientes durante su seguimiento se realizó el seguimiento de al menos 3 diagnósticos de Papanicolau. Específicamente aquí se comparó con una prueba del índice de Kappa a fin de conocer sobre las pacientes que no tenía diagnóstico o eran negativas como evolucionaban a lo largo del seguimiento (figuras 7 y 8).

El primer análisis contemplo el seguimiento de las pacientes entre el diagnóstico 1 y el 2 de acuerdo al Papanicolau, específicamente aquí el índice Kappa resultó que el 28.1% de las pacientes presentaban una igualdad con su primer diagnóstico, esto fue representó una $p \leq 0.0001$ (figura 7). En cuanto a la interpretación de la concordancia destaca que 25 pacientes vs 27 pacientes en la segunda exploración obtuvieron diagnósticos negativos, seguidos de lesiones intraepiteliales de bajo grado con 8 casos en la primera ocasión vs 9 casos en la segunda.

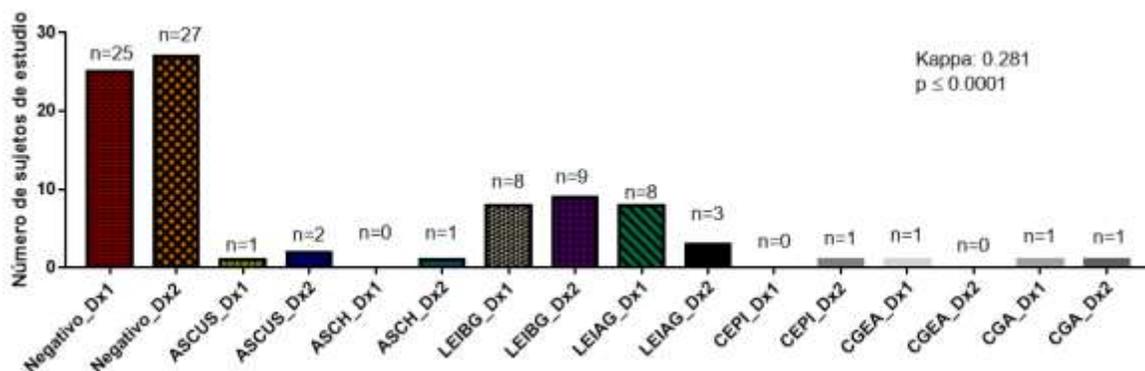


Figura 7: Análisis de concordancia a través del tiempo de acuerdo al diagnóstico inicial vs el diagnóstico número 2 del seguimiento. Los datos se presentan en número de casos absolutos. ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado, ASCH: células escamosas de alto grado, LEIBG: lesiones intraepiteliales de bajo grado, LEIAG: lesiones intraepiteliales de alto grado, CEPI: carcinoma epidermoide, CGEA: células glandulares endocervicales atípicas, CGA: células glandulares atípicas.

El segundo análisis contemplo el seguimiento de 33 de las 58 pacientes las cuales contaban con Papanicolau de seguimiento. Destacó que entre el diagnóstico 1 y el 3, el índice Kappa no representó un resultado significativo $p > 0.05$, resultó que el índice representó una concordancia con el primer diagnóstico del 7.0% de las pacientes presentaban (figura 8). En el análisis en cuestión destacó que las pacientes con diagnóstico negativo en un inicio al realizar su tercer escrutinio sólo 12 continuaban con un diagnóstico negativo, en tanto 3 presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado, 4 lesiones intraepiteliales de alto grado y un caso más con células glandulares atípicas. Por consiguiente, las pacientes mostraron un alto grado de cambios en sus diagnósticos.

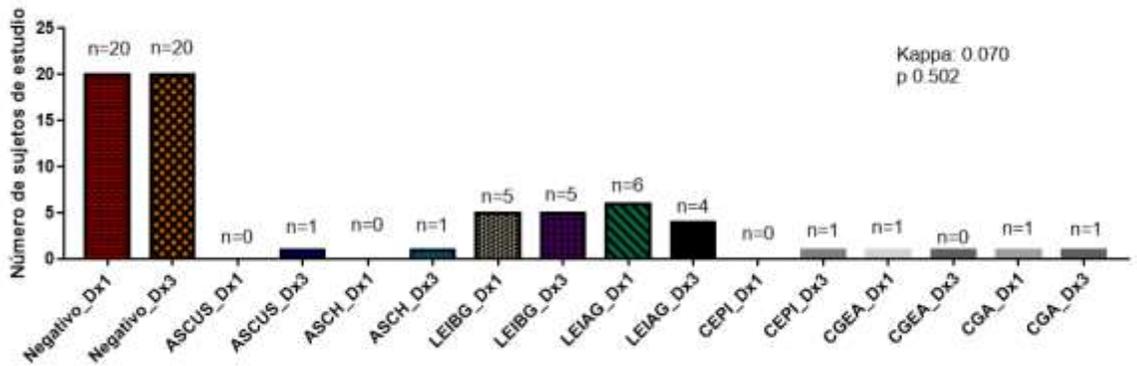


Figura 8: Análisis de concordancia a través del tiempo de acuerdo al diagnóstico inicial vs el diagnóstico número 3 del seguimiento. Los datos se presentan en número de casos absolutos. ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado, ASCH: células escamosas de alto grado, LEIBG: lesiones intraepiteliales de bajo grado, LEIAG: lesiones intraepiteliales de alto grado, CEPI: carcinoma epidermoide, CGEA: células glandulares endocervicales atípicas, CGA: células glandulares atípicas.

IX. DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo de investigación, fue recopilar evidencia sobre las lesiones premalignas de cérvix en pacientes VIH crónicas, su prevención, diagnóstico, manejo y tratamiento. En cuanto a la prevención, la literatura consultada indica que se basa esencialmente en la vacunación contra VPH, en la adolescencia y el uso del preservativo masculino. Aunque en muchos países no está disponible esta vacuna, y en la población general puede tener bajos niveles de aceptación, hay investigaciones que demuestran que entre las personas con VIH, su nivel de aceptación es elevado; por lo que se recomienda su uso en los pacientes VIH, una vez realizado el diagnóstico, dependiendo de la carga viral.

En este sentido, resulta de gran importancia como estrategia preventiva, la educación a las mujeres en edad fértil, acerca del uso del preservativo masculino y de la búsqueda activa, mediante la realización del Papanicolaou desde los 25 años; con una periodicidad máxima de tres años, en dependencia de la valoración de riesgo establecida.

En la prevención de las lesiones premalignas de cérvix en mujeres con VIH, un aspecto fundamental es el uso de tratamiento antirretroviral, ya que existe evidencia que los bajos niveles de células TCD4, la carga viral elevada y la ausencia de tratamiento, predisponen al desarrollo de estas lesiones y afectan considerablemente su pronóstico y respuesta al tratamiento.

El inicio temprano del tratamiento antirretroviral y la adherencia sostenida, reduzcan la incidencia y la progresión de lesiones precursoras y, en última instancia, la incidencia de cáncer de cuello uterino invasivo.

La importancia de fortalecer la prevención y detección precoz de las lesiones premalignas de cérvix radica en que se sabe que esto produce una reducción en los años de vida potencialmente perdidos, debido a las acciones de detección precoz y tratamiento actuales para las lesiones pre malignas y malignas de cérvix.

Además del tratamiento específico, en las mujeres con VIH, un aspecto fundamental del tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix, es el uso de la terapia antirretroviral. Las personas no tratadas que viven con el VIH y con un recuento bajo de CD4 pueden tener un mayor riesgo de estar o permanecer infectadas por el VPH en comparación con los tratados con terapia antirretroviral, por lo que el mayor efecto del tratamiento podría observarse entre las mujeres que comienzan con el recuento de TCD4 más bajo, ya que un recuento de TCD4 más alto podría estar asociado con una menor incidencia de lesiones premalignas, reduciendo así el posible efecto del tratamiento antirretroviral de alta eficacia.

Esta revisión tuvo como limitación que al ser de tipo bibliográfica teórica rápida, no incluyó un análisis cuantitativo de la evidencia (metaanálisis), por lo que sería conveniente en investigaciones posteriores realizar este tipo de análisis de la evidencia recopilada

X. CONCLUSIONES

Las lesiones premalignas tienen una alta incidencia en las mujeres VIH. Las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento no difieren sustancialmente de las descritas para las mujeres sin VIH.

El perfil sociodemográfico de las mujeres en estudio en su mayoría tenía edad entre 55-60 años, con estado civil solteras, amas de casa con un nivel escolar bajo. La mayor parte de las mujeres inició vida sexual en edad promedio de 18 años.

Las pacientes en su mayoría refirieron haber tenido dos a cinco parejas sexuales en promedio, presentando en ellas un factor de riesgo muy importante para presentar lesiones pre malignas de CaCu e infección por VIH.

Mujeres en edad mayor a 50 años, y diagnóstico de Infección crónica por VIH son un grupo especial ya que son las que presentan mayor vulnerabilidad.

El PAP como prueba de tamizaje cuando se realiza en única ocasión tiene una sensibilidad baja para el diagnóstico de LIEBG y LEIAB.

La prevención debe enfocarse en la vacunación, el uso de condón masculino y la educación para la salud.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardonne M, Mastrapa K. Clinico-Epidemiological, Colposcopic and Cytological Characteristics in HIV / AIDS Patients in A Cervix Pathology Clinic. Revista Médica Sinergia 2019; Vol. 4 (11), Noviembre
2. Camacho J, Moscote D, Ariza Y, et al. HIV en mujeres mayores de 50 años. Análisis de datos administrativos en departamentos del Pacífico colombiano, Biométida 2021; 41: 76-85
3. Sánchez J, Varela O, et al. Relación entre VIH y VPH: estudio de 40 casos. Rev Med UAS Nueva época 2021; Vol. 2: No. 2.
4. Ulloa P. Women with HIV and their association with atypia and intraepithelial lesions of the cervix in Guayaquil, Ecuador; Revista Médica Sinergia 2019; Vol. 4 (11).
5. Carvajal M, Tabares R et al. Human immunodeficiency virus: useful findings in diagnosis, prevention and treatment; Enf Inf Microbiol 2019; 39 (2): 65-70
6. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Epidemiología del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres. España, diciembre 2018. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2018
7. Fernández D. The social vulnerability of women living with HIV and the exercise of their human rights; Cultura de los Cuidados 2021; Año XXV. nº 61
8. Morán M, Fernández E. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria; Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(Supl 1):3-9
9. Falcón D, Carrero Y. Current situation of Human Papilloma Virus (HPV) associated with cervical injuries in women of Ecuador: Systematic Review 2021; Kasma 49(1):e49133050.
10. Toro A, Tapia L, et al. Human papillomavirus (HPV) and cáncer; Medicina & Laboratorio 2021;25:467-483.

11. Villanueva R, Ruvalcaba JC. The insecure sex life like a risk for cervical cancer in womens with cervical dysplasia. JONNPR. 2019;4(5):537-50. DOI: 10.19230/jonnpr.2834
12. Sánchez E. Screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention; Revista Médica Sinergia Vol. 4 (11), 2019 - ISSN:2215-4523.
13. Aguirre F, Ariztía ME. Tamizaje de cáncer cervicouterino en Chile; ¿Pap o VPH-Test?, una revisión de literatura, Revista Confluencia 2021; 4(1), 98-103
14. Gallardo K Risk factors in women diagnosed with pre-malignant lesions of cervical cáncer; Revista universitaria del Caribe 2018; Volumen 21, No. 2,.
15. Luces A, Mosquera L, et al. Nuevo enfoque en el programa de cribado para la detección precoz de cáncer de cérvix en Galicia; Rev Esp Salud Pública 2021; Vol. 95: 4 de octubre e1-11
16. Bautista C, Romo M, et al. Prevalence of high-grade intraepithelial lesions in women aged 15-25 years with cytology report of human papillomavirus infection. Artículo original Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (12): 949-955
17. Lima M; Herrera M. Clinical Monitoring of Patients whit Diagnosis of cérvix Low-grade intraepithelial lesions, Comunidad y Salud Año 2017; 15 (2), Jul-Dic

ANEXO I:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F., a

Día	Mes	Año	

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de "Incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas en el cervix en mujeres adultas mayor con infección por virus de inmunodeficiencia humana, Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, 2016-2021.", que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en: Identificar el porcentaje de las lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en mujeres que cursan con infección por virus de inmunodeficiencia humana, pacientes de Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en que:

1.

También se que entre los posibles riesgos y efectos para mi persona pueden estar:

1.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios.

1.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con _____ quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.		Firma:
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono	
Nombre y firma del testigo.		Firma:
Domicilio.	Teléfono	
Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del Investigador responsable. Dr. Manuel Palacios Gutiérrez		Firma.
Domicilio. Tokio #607, Portales Norte, Benito Juárez, Ciudad de México.	Teléfono	55 1818 9609

- c. c. p. Paciente o familiar
- c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).