



CLÍNICA

Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres con VIH/SIDA

Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS
Infection by Human Papillomavirus (HPV) in women bearers of HIV/AIDS

*Rodrigues, Bianca Gonçalves **Holzmann, Ana Paula Ferreira *Santos, Amanda Gesiele Pereira *Lima, Cássio de Almeida ***Gonçalves, Renata Patrícia Fonseca ****Santos, Silvânia Paiva dos

*Enfermera Graduada por la Universidad Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). E-mail: akira_ip_shinoda@hotmail.com **Enfermera. Doctoranda en Ciencias por la Escuela Paulista de Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). Profesora del Departamento de Enfermería de UNIMONTES. ***Enfermero Graduado por la UNIMONTES. ****Doctoranda en Enfermería por la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (EE-UFGM). Profesora del Departamento de Enfermería de UNIMONTES. *****Máster en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería de UNIMONTES. Brasil.

Palabras clave: Infecciones por Papilomavirus; Infecciones por VIH; Mujeres; Frotis vaginal

Palabras chave: Infecções por Papilomavírus; Infecções por HIV; Mulheres; Esfregaço vaginal.

Keywords: Papillomavirus infections; HIV infections; women; Vaginal platinum loop for smears..

RESUMEN

Objetivo: Verificar la prevalencia del VPH en mujeres viviendo con VIH/AIDS, y conocer las características sociodemográficas, clínicas y comportamentales de esa población.

Métodos: Estudio documental, exploratorio, descriptivo, cuantitativo, que incluyó los historiales de 32 mujeres viviendo con VIH/AIDS registradas en el CERDI y que realizaron el examen de Papanicolaou en el período de estudio.

Resultados: Se encontraron lesiones de VPH en (15,6%) de las mujeres, siendo clasificada como LSIL bajo grado (60%) de estas. La edad varió de 18 a 39 años (62,5%), casadas o vive en unión estable (75,1%) y la mayoría tiene bachillerato incompleto (37,5%). En cuanto a la renta familiar, 46,9% informó renta igual o inferior a un sueldo mínimo. Iniciaron actividad sexual con edad inferior a 17 años (62,5%), tuvieron menos de cuatro parejas sexuales en la vida (56,3%) y pareja única en el último año (96,9%). Ninguna mujer se refirió al uso regular de preservativos antes del diagnóstico de VIH, siendo

que, tras el diagnóstico, 62,5% pasaron a usar el insumo en todas las relaciones sexuales. Historia anterior de DST fue relatada por (40,6%), probable forma de transmisión del virus fue la vía sexual (93,8%) y el diagnóstico de la infección se realizó hace más de cinco años (56,3%) para la mayoría. La mayoría también hace uso de TARV (65,6%) y presentó recuento de células CD4 igual o mayor que 500 células/mL (59,4%), en el último examen realizado.

Conclusiones: Hubo prevalencia de VPH de 15,6%, semejante a otros estudios. Se destaca la necesidad de examen de Papanicolaou periódico para detectar precozmente alteraciones, evitándose el cáncer cervical.

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência do HPV em mulheres vivendo com HIV/AIDS, e conhecer as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais dessa população.

Métodos: Estudo documental, exploratório, descritivo, quantitativo, que incluiu os prontuários de 32 mulheres vivendo com HIV/AIDS cadastradas no CERDI e que realizaram o exame de Papanicolaou no período do estudo.

Resultados: Foram encontradas lesões de HPV em (15,6%) das mulheres, sendo classificadas como LSIL baixo grau (60%) desses. A idade variou de 18 a 39 anos (62,5%), casadas ou vive em união estável (75,1%) e a maioria tem ensino fundamental incompleto (37,5%). Quanto à renda familiar, 46,9% informaram renda igual ou inferior a um salário mínimo. Iniciaram atividade sexual com idade inferior a 17 anos (62,5%), tiveram menos de quatro parceiros sexuais na vida (56,3%) e parceiro único no último ano (96,9%). Nenhuma mulher referiu uso regular de preservativos antes do diagnóstico de HIV, sendo que, após o diagnóstico, 62,5% passaram a usar o insumo em todas as relações sexuais. História anterior de DST foi relatada por (40,6%), provável forma de transmissão do vírus foi a via sexual (93,8%) e o diagnóstico da infecção foi realizado há mais de cinco anos (56,3%) para a maioria. A maioria também faz uso de TARV (65,6%) e apresentou contagem de células CD4 igual ou maior que 500 células/mL (59,4%), no último exame realizado.

Conclusões: Houve uma prevalência de HPV de 15,6%, semelhante a outros estudos. Destaca-se a necessidade do exame de Papanicolaou periódico para se detectar precocemente alterações, evitando-se o câncer cervical.

ABSTRACT

Objective: Verify the predominance of HPV in women bearers of HIV/AIDS, and know the social demographic, clinic and behavior characteristics of this population.

Methods: Documental, exploratory, descriptive and quantitative study that included the promptuary of 32 women with HIV/AIDS in the CERDI system and that were submitted to the Papanicolaou test during the period of study.

Results: HPV lesions were found in (15.6%) of the women, having the classification of LSIL low grade (60%) of these. Age varied between 18 to 39 (62.5%), married or in common-law marriage (75.1%) and the majority hasn't finished middle school (37.5%). Regarding to family income, 46.9% informed income same or lower to the minimum wage. They started their sexual activity with age lower than 17 (62.5%), had less than four sexual partners in their life (56.3%) and only one partner during the last year (96.9%). No women referred to the regular use of condoms before the diagnosis of HIV, after the diagnosis, 62.5% started to use in all their sexual relations. Sexual diseases prior history were reported by (40.6%), probable way of virus transmission were by sexual means (93.8%) and the diagnosis of infection was done over five years for the majority (56.3%). Most of them also make use of TARV (65.6%) and presented a CD4 cell count same or over 500 cells/ml (59.4%) in the last test.

Conclusions: There were prevalence of HPV in 15.6%, similar to other studies. The need of a periodic Papanicolaou test to detect early alterations is highlighted to avoid cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Sexualmente Transmisibles (EST) representan un grave problema de salud pública. Entre las DST más prevalentes en la población sexualmente activa se encuentra la infección por el Papilomavirus humano (HPV)⁽¹⁾. Actualmente hay identificados más de 100 tipos de HPV de los cuales 20 pueden infectar el tracto genital, asumiendo mayor importancia por la probable relación con cáncer⁽²⁾.

El cáncer cervical invasivo y sus lesiones precursoras son las manifestaciones ginecológicas más importantes de la infección por el HPV. Estas lesiones, también conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales, son clasificadas de acuerdo con su grado de implicación del epitelio cervical. En Brasil, la actual nomenclatura de clasificación de las lesiones cervicales se basa en el sistema de Bethesda, donde las lesiones son clasificadas en (LSIL) bajo grado y (HSIL) alto grado^(3,4).

La Inmunodeficiencia Humana (HIV) es la principal causa de la manifestación de la infección por HPV. La alta incidencia de infección por HIV, principalmente en los países en desarrollo, aumentó la prevalencia de infección por HPV, siendo los virus de alto riesgo oncogénico los más frecuentes, lo que hace aún más preocupante su evolución a neoplasia de cuello de útero⁽⁵⁾. En 1993, el cáncer cervical invasivo fue adicionado a la lista de enfermedades definidoras del cuadro de síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (AIDS) por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de los Estados Unidos⁽⁶⁾.

Las infecciones por HIV y por HPV están relacionadas con factores predisponentes semejantes, lo que facilita su concomitancia. Ambas están asociadas a bajo nivel socioeconómico, multiplicidad de parejas, primera relación sexual precoz, relación sexual desprotegida, multiparidad, entre otros factores⁽⁷⁾.

En Brasil, el Ministerio de Salud indica el seguimiento del cáncer cervical mediante el examen citopatológico, como estrategia para la prevención contra cáncer de colon uterino. Este examen, conocido como examen de Papanicolaou, ha reducido las tasas de incidencia del cáncer cervical invasor en proporciones de hasta 90%, siendo ampliamente reconocido por su seguridad, sensibilidad y bajo costo^(2,8). El avance más reciente en la prevención de la infección por HPV es la creación de dos vacunas: la cuadrivalente (Merck) contra HPV 6, 11, 16 y 18, y bivalente (GSK) contra HPV 16 y 18. La duración de la eficacia vacunal es de cinco años, estando su refuerzo indicado tras este período, y está disponible en la red pública para niñas de 11 a 13 años^(9,10).

El HIV transforma la historia natural de la infección por HPV, con tasas de regresión disminuidas, progresión para lesiones de alto grado y lesiones invasivas, refractarias al tratamiento, necesitando así de mayor intervención y monitorización⁽¹¹⁾. Es importante resaltar que factores relacionados con la coinfección HPV-HIV como tipos virales, alteraciones en el estado inmunológico y presencia de alteraciones citopatológicas, cuando cruzados con diferentes poblaciones, pueden revelar resultados contradictorios, lo que refleja la importancia del conocimiento de las características regionales, étnicas, comportamentales y demográficas de la población, para que se pueda intervenir de forma adecuada⁽⁵⁾.

Así, se objetivó a partir de este estudio, verificar la prevalencia del HPV en mujeres viviendo con HIV/AIDS registradas en un Servicio de Asistencia Especializada (SAE) de la ciudad de Montes Claros, MG, así como conocer las características

sociodemográficas, clínicas y comportamentales de esa población, posiblemente asociadas al riesgo de cáncer de cuello uterino.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo documental, exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativo, desarrollado en el Centro de Referencia en Enfermedades Infecciosas (CERDI) de la ciudad de Montes Claros. Se trata de una Unidad de Referencia para tratamiento y acompañamiento de pacientes con HIV/AIDS de Montes Claros y otras ciudades del Norte del Estado de Minas Gerais. Actualmente son atendidos en esta unidad de salud 236 portadores de HIV/AIDS, siendo 88 de sexo masculino y 113 de sexo femenino, además de 35 niños expuestos al virus. El servicio cuenta con un equipo multiprofesional, y apoyo de los profesionales del área de laboratorio para la atención de su clientela.

La muestra del estudio incluyó las fichas de todas las mujeres con HIV/AIDS registradas en el CERDI y que realizaron el examen de Papanicolaou en esa unidad en el periodo de agosto de 2013 a abril de 2014.

Los datos fueron colectados mediante la consulta de las fichas y las variables de interés fueron registradas, inicialmente, en una planilla de rellenado manual, considerando los datos sociodemográficos, comportamentales, informaciones relativas a la infección por el HIV/AIDS y resultado del examen de Papanicolaou. Los datos colectados fueron procesados por el *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versión 18.0 y analizados de manera descriptiva, calculándose las frecuencias absolutas y relativas.

El presente estudio atiende a los preceptos éticos determinados por la Resolución nº 466 de 2012 siendo aprobado por el Comitê de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Montes Claros- Unimontes, bajo parecer nº537. 304.

RESULTADOS

En el periodo delimitado para la colecta de datos, 32 mujeres que tenían el HIV/AIDS procuraron el servicio para realización del examen de prevención de cáncer de cuello de útero, lo que representa 28,3% de la población total de mujeres registradas en el CERDI. Como muestra la Tabla 1, la mayoría tiene edad que varía de 18 a 39 años (62,5%), está casada o vive en unión estable (75,1%) y posee enseñanza básica incompleta (37,5%). En cuanto a la renta familiar, 46,9% de las mujeres informaron renta igual o inferior a un salario mínimo.

Tabla I. Distribución de las participantes del estudio según características sociodemográficas, Montes Claros, MG, Brasil (n=32).

Variable	N	%
Edad		
18 a 29 años	08	25,0
30 a 39 años	12	37,5
40 a 49 años	07	21,9
50 a 59 años	04	12,5
Mayor de 60 años	01	3,1

Estado Civil		
Soltera	02	6,3
Casada	10	31,3
Divorciada	05	15,6
Viuda	01	3,1
Unión estable	14	43,8
Escolaridad		
Enseñanza básica incompleta	12	37,5
Enseñanza básica completa	05	15,6
Enseñanza media incompleta	05	15,6
Enseñanza media completa	07	21,9
Enseñanza superior completa	02	6,3
Analfabeta	01	3,1
Renta mensual		
Menos de un salario mínimo	07	21,9
Un salario mínimo	08	25,0
Más de un salario mínimo	15	46,9
No sabe informar	02	6,3

En cuanto a las características relacionadas con el comportamiento y la vida sexual de las mujeres, se percibe que la mayoría inició actividad sexual con edad inferior a 17 años (62,5%), tuvo menos de cuatro compañeros sexuales en la vida (56,3%) y compañero único en el último año (96,9%). Ninguna mujer refirió uso regular de preservativos antes del diagnóstico de HIV, siendo que, tras el diagnóstico, 62,5% pasaron a usar el insumo en todas las relaciones sexuales. Historia anterior de DST fue relatada por 37,5% de las mujeres.

Tabla 2. Características relacionadas con el comportamiento sexual de la población de estudio, Montes Claros, MG, Brasil (n=32).*

Variable	N	%
Início de la actividad sexual		
< 17 años	20	62,5
≥ 17 años	12	37,5
Compañeros sexuales en el último año		
1 compañero	31	96,9
Má de 1 compañero	01	3,1
Compañeros sexuales en la vida		
< 4 compañeros	18	56,3
≥ 4 compañeros	14	43,8
Uso del preservativo antes del HIV		
No	17	53,1
A veces	15	46,9
Uso del preservativo trás el HIV		
Sí	20	62,5
No	03	9,4
A veces	06	18,8

No tuvo relación sexual	03	9,4
Historia de otras DST		
Sí	12	40,6
No	19	59,4

Al observar la tabla 3, que presenta las variables relacionadas con el HIV/AIDS, se verifica que la probable forma de transmisión del virus fue la vía sexual (93,8%) y que el diagnóstico de la infección se realizó hace más de cinco años (56,3%) para la mayoría de las mujeres. La mayoría de las mujeres también hace uso de TARV (65,6%) y presentó recuento de células CD4 igual o mayor de 500 células/mL (59,4%), en el último examen realizado.

Tabla 3. Distribución de las Variables Clínicas relacionadas con la infección por el HIV/AIDS en la población de estudio, Montes Claros, MG, Brasil (n=32).*

Variable	N	%
Probable forma de transmisión del Virus		
Sexual	30	93,8
Transfusión sanguínea	1	3,1
No sabe	1	3,1
Uso de terapia antirretroviral (TARV)		
Sí	21	65,6
No	11	34,4
Valor del CD4		
Menor de 200	2	6,3
Entre 200 y 499	10	31,3
Igual o mayor de 500	19	59,4
Tiempo de diagnóstico		
Menos de 01 año	9	28,1
De 1 a 5 años	5	15,6
Más de 5 años	18	56,3

Al analizar los resultados de los exámenes citopatológicos de las usuarias, se comprobó la presencia de lesiones de HPV en 15,6% de las mujeres, siendo clasificada como LSIL bajo grado 60% de estas.

Tabla 4. Prevalencia y clasificación de las lesiones de HPV en la población de estudio, según resultados de los exámenes citológicos, Montes Claros, MG, Brasil (n=32).

Variable	N	%
Evidencia de lesiones de HPV en el PCCU		
Sí	5	15,6
No	27	84,3
Total	32	100,0
Clasificación del grado de lesión		
LSIL bajo grado	3	60,0
HSIL alto grado	2	40,0
Total	5	100,0

DISCUSIÓN

Este estudio se basó en datos secundarios y, por tanto, está sujeto a limitaciones que pueden en mayor o menor grado interferir en los resultados presentados. Es digna de relevancia la no representatividad de la población de estudio en relación a la población general.

Otros factores de limitación de esta investigación se refieren al tamaño de la muestra y al tipo de metodología utilizada para el diagnóstico de la infección por HPV en la población estudiada. El examen citológico de Papanicolaou es un método accesible y rápido que, teóricamente, puede ser utilizado en el seguimiento de la infección por HPV⁽¹²⁾, sin embargo, la tasa significativa de falsos-negativos y la variación de los resultados interobservados hacen necesario el uso de otros métodos complementarios de diagnóstico^(13,14), lo que no fue realizado con las pacientes de este estudio, conforme datos del registro. Se destaca que este método no detecta el virus, mas detecta las alteraciones celulares causadas por él⁽¹²⁾. Y que las principales causas de resultados falsos-negativos ocurren debido a la colecta inadecuada del material y/o error en la interpretación de los resultados citológicos⁽¹⁵⁾.

Actualmente, los exámenes de biología molecular, que buscan identificar el DNA del virus son considerados como estándar de oro en el diagnóstico del HPV. De entre ellos, destacan las técnicas de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), Captura Híbrida e Hibridización In Situ⁽¹²⁾.

Vários estudios, realizados con el objetivo de comparar el test de Papanicolaou al test de hibridización molecular (DNA-HPV), demostraron una concordancia entre las técnicas que varió de 48% a 75%, dependiendo de los criterios citológicos utilizados. Metanálisis, realizado en 28 estudios, detectó sensibilidad media de 58% y especificidad media de 69% para examen de Papanicolaou, sin embargo, hubo graves limitaciones al examen como herramienta diagnóstica del HPV, en poblaciones con alta prevalencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)^(16,17). La investigaciones han demostrado la superioridad de las técnicas de biología molecular en relación a otros métodos, con prevalencia del HPV variando de 67 a 98%, entre las mujeres infectadas por HIV^(18,19).

Aunque la prevalencia de HPV pueda variar conforme el método de detección utilizado, en la presente muestra 15,6% de las mujeres presentaron alteraciones celulares indicativas de la acción de HPV. Este hallazgo se aproxima al resultado de las investigaciones de Faria *et al.*⁽¹⁹⁾ y Campos *et al.*⁽¹⁷⁾, que identificaron una prevalencia de 15,8% y 17,5%, respectivamente, también en mujeres seropositivas de HIV y con base en el examen de citología oncológica convencional (Papanicolaou). En los resultados citológicos, trabajos como los de Franco *et al.*⁽²⁰⁾ y Roberts *et al.*⁽²¹⁾ relatan una tasa de falso-negativo en torno de 5% a 70%, así como la existencia de discordancia entre diferentes citologistas en torno de 10% a 80%.

En virtud de la posibilidad de resultado falso-negativo en el examen de Papanicolaou y de las especificidades propias de la infección, el Ministerio de Salud recomienda la realización del examen a las mujeres portadoras de HIV en periodos más cortos de lo determinado para las mujeres en general. Se indica el Papanicolaou tras el diagnóstico inicial del HIV y, en caso de resultado negativo, el mismo debe ser repetido seis meses después. Mantenido la ausencia de evidencias de neoplasia intraepitelial cervical, es preciso repetir la colpocitología anualmente. Solamente las

portadoras con atipia al examen de Papanicolaou deben ser referidas para la colposcopia y biopsia dirigida⁽⁸⁾.

De esta forma, el seguimiento de mujeres portadoras del virus HIV debe ser considerado como una situación especial, pues, en función del fallo en el sistema inmunológico presenta un riesgo aumentado para el desarrollo de lesiones precursoras del cáncer de cuello de útero. La replicación viral puede ser más eficiente en individuos inmunodeprimidos, contribuyendo a mayores tasas de detección y persistencia viral, presentando lesiones histopatológicas más graves, afectación cervical más extensa y con mayor posibilidad de alcanzar otros órganos del tracto genital inferior^(11,22).

Mujeres infectadas por este virus son, aproximadamente, cinco veces más propensas a desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales cervicales que preceden al cáncer invasor. Este es tres veces más frecuente, en las mujeres infectadas por HIV, cuando comparado con mujeres no infectadas^(23,24).

De entre las mujeres con resultado positivo para HPV en ese estudio, todas presentaron lesión intraepitelial cervical, siendo más frecuente la lesión de bajo grado o LSIL. Sin embargo, incluso tratándose de lesiones más leves, debe considerarse que mujeres infectadas por HIV tienen menores tasas de regresión de lesiones intraepiteliales de bajo grado y presentan mayor riesgo de progresión de esas lesiones, principalmente cuando presentan bajo recuento de linfocitos T CD4⁽²⁵⁾.

La inmunidad local y sistémica es, por tanto, considerada un factor determinante para el desarrollo de infección primaria persistente, siendo este el más importante factor de riesgo para la neoplasia cervical⁽²⁶⁾. En este aspecto, el recuento de células CD4 + tiene amplio uso clínico como marcador general de inmunocompetencia. Su agotamiento indica deficiencia grave en la inmunidad celular y mayor riesgo, no sólo de persistencia de la infección como de contagio y mayor agresividad de HPV, en mujeres seropositivas para HIV⁽²⁷⁾.

En estudio prospectivo de Palefsky *et al.*⁽²⁸⁾, con mujeres infectadas por HIV y por HPV, se encontró una mayor incidencia de HPV en mujeres con recuento de CD4 menor de 200 células/mm. En nuestro estudio, se encontró situación inversa, o sea, la mayoría de las mujeres diagnosticadas con HPV (80%) presentó, en su último examen, recuento de CD4 + en límites superiores a 200 células/mm. Sin embargo, se debe resaltar que de entre todas las mujeres que compusieron la muestra del estudio, solamente dos (6,3%) presentaban inmunosupresión severa, lo que probablemente se debe a no adhesión a terapia antirretroviral, cuyo uso ha demostrado efecto protector para la progresión y recurrencia de lesiones intra-epiteliales cervicales por su efecto restaurador de la inmunidad⁽²⁹⁾.

La infección por HPV, como ya discutido, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino y con mayor suerte de desarrollo en portadoras del HIV⁽²²⁾, siendo, por tanto, considerada condición necesaria, aunque no suficiente, visto que, además de la situación inmunológica deficitaria, hay otros factores favorables al desarrollo del cáncer cervical, que deben ser tomados en consideración. Entre ellos, destaca la baja condición socioeconómica, la edad, la primera relación sexual precoz, la multiplicidad de compañeros sexuales, historia de otras enfermedades sexualmente transmisibles, entre otros⁽³⁰⁾.

En este estudio, el perfil sociodemográfico de las mujeres con HIV/aids acompaña la evolución de las características de la población afectada por la enfermedad en Brasil, o sea, mujeres jóvenes, casadas o en relación estable, con baja escolaridad y renta, que iniciaron precozmente la vida sexual y que fueron infectadas por la vía sexual, siendo estos resultados semejantes a los estudios de Galvão *et al.*⁽³⁰⁾ y Machado *et al.*⁽²⁾. Se percibe que esas características se confunden con los factores de riesgo para adquisición del HPV y para el desarrollo del cáncer cervical, lo que hace previsible la asociación entre esas patologías.

En relación a la edad, la literatura destaca que la incidencia de cáncer de cuello de útero aumenta en las mujeres entre 30 y 39 años, alcanzando su pico en la quinta o sexta década de vida⁽³¹⁾. Este estudio mostró que la mayoría de las mujeres HIV positivo se encuentra en esa franja de edad, lo que implica, por tanto, mayor atención por parte de los profesionales de salud.

Estudios destacan que la posición social y económica desfavorable de las mujeres, lo que fue observado en este estudio por la renta familiar y baja escolaridad, las hacen más vulnerables al virus HIV y otras DST, debido a la dificultad de acceso a bienes y servicios, como educación empleo y asistencia adecuada a la salud^(5,30,32). Las desigualdades de poder entre los géneros también contribuyen a la mayor vulnerabilidad femenina. Papeles masculinos y femeninos establecidos culturalmente interfieren en las decisiones sobre prevención y muchas mujeres son impedidas de negociar el uso del preservativo, discutir fidelidad y abandonar relaciones que las pongan en riesgo. Esta desigualdad social y de género interfiere también en la adquisición de informaciones, dando fuerza a creencias y actitudes diversas en torno del preservativo, de que el mismo reduce el placer o inhibe el desempeño sexual^(33,34).

Aunque la mayoría de las mujeres de este estudio refiere compañero sexual único en el último año, se observa que una parcela relevante tuvo cuatro o más compañeros a lo largo de la vida y que ninguna de ellas hacía uso regular del preservativo antes del diagnóstico de la infección por HIV, lo que puede ser observado en la tabla II. Este hecho lleva a creer que la vía sexual fue la probable forma de infección de esas mujeres y que las desigualdades de género, aunque extrapolen los objetivos de este estudio, probablemente contribuirán a esa realidad. La multiplicidad de compañeros sexuales durante la vida y la promiscuidad del compañero sexual son también factores de riesgo importantes para infección por HPV y otras DST, siendo así un factor más que favorece el desarrollo del cáncer de cuello de útero^(35,36).

Se constató también que incluso tras el diagnóstico del HIV, algunas mujeres no adherieron al preservativo. Según la literatura, tanto las mujeres como los hombres que viven con HIV corren el riesgo de nueva infección cuando no usan protección en las relaciones sexuales, pudiendo infectarse con cepas distintas del HIV, lo que puede acelerar la evolución de la enfermedad. Por ese motivo es importante enfatizar que incluso entre parejas seroconcordantes es indispensable el uso del preservativo⁽⁹⁾. Resaltar que en estos casos, además del riesgo de reinfección por el HIV, existe el riesgo de otras DST, como la infección por el HPV. Estudios prospectivos sugieren que la mitad de las infecciones por HPV en mujeres HIV positivas es adquirida sexualmente en un periodo reciente, mientras la otra mitad representa reactivación de infecciones previamente adquiridas⁽³⁷⁾.

Otro hecho que merece discusión es el inicio precoz de la actividad sexual. En el presente estudio se percibió que la mayoría de las mujeres inició actividad sexual

también en la adolescencia, con edad inferior a 17 años (62,5%). El inicio precoz de la actividad sexual aumenta el riesgo de contaminación por HPV y consecuentemente el riesgo de desarrollo de neoplasia intraepitelial cervical. La aparición de lesiones intraepiteliales neoplásicas puede avanzar más rápidamente en mujeres jóvenes en virtud de la inmadurez Del cuello uterino, debido a la fase de transformación del epitelio escamoso por el proceso de metaplasia⁽³⁸⁾.

Las implicaciones de estas observaciones para el acompañamiento clínico son de mujeres HIV positivas, independientemente de la gravedad de las lesiones HPV inducidas o incluso de la presencia de co-infección por HPV, deben ser sometidas a evaluación ginecológica más detallada⁽²³⁾, con investigación cuidadosa de otros factores de riesgo implicados en la carcinogénesis del cuello uterino, además de la co-infección por HPV.

CONCLUSIÓN

En este estudio, la prevalencia de HPV encontrada entre las mujeres seropositivas para HIV fue de 15,6%, semejante a otros estudios que también utilizaron la citología convencional (Papanicolaou) como método diagnóstico. Se observó que todas las mujeres con HPV presentaron lesiones intraepiteliales en la cerviz uterina, con predominio de las lesiones de bajo grado. Otros factores de riesgo que predisponen al desarrollo del cáncer de cuello uterino también fueron identificados en la población de estudio, como la edad, baja escolaridad y renta, primera relación sexual precoz y uso irregular del preservativo. Los resultados de este estudio demuestran, así, la necesidad de una vigilancia ginecológica periódica para las mujeres que viven con el HIV, con garantía, por los servicios de salud, la realización del examen de Papanicolaou, evitándose de esa forma, el cáncer cervical en la población estudiada.

REFERENCIAS

1. Trottier H, Franco E. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. 2006;24(supl.1):1-15.
2. Machado MFAS, Araújo MAL, Mendonça LMC, Silva DMA. Comportamento sexual de mulheres com papiloma vírus humano em serviços de referência de fortaleza, ceará. *RBPS, Fortaleza, Jan./mar. 2010;23(1): 43-47.*
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. 2ª edição, nº 13 Brasília – DF 2013.
4. Aidé S, Almeida G, Val I, Vespa Junior N, Campaner AB. Neoplasia Intraepitelial Cervical. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2009; 21(4):166-170.
5. Fedrizzi EN, Laureano JK, Schlup C, Campos MO, Menezes ME. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres HIV-Positivo de Florianópolis, Santa Catarina. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2011;23(4):205-209.
6. CDC. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*. 1993;41:1-20.
7. Rosenthal RM, Silveira MF, Brum VMA. Associação Entre Índice de Células CD4 e Alterações Ginecológicas em Mulheres HIV-Positivo. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2008;20(2):104-10.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST Série Manuais nº 68. 4a edição. Brasília (DF), 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e

- Saúde reprodutiva Cadernos de Atenção Básica, nº 26. 1. ed., 1. reimpr. Brasília (DF), 2013.
10. Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(1):123-133.
 11. Inca. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 24 ago. 2014.
 12. Bringhenti MEZ, Dozza TG, Dozza TG, Martins TR, Bazzo ML. Prevenção do Câncer Cervical: associação da citologia oncótica a novas técnicas de Biologia Molecular na detecção do Papilomavírus Humano (HPV). *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2010;22(3):135-140.
 13. Pias AA, Vargas VRA. Controle externo da qualidade dos diagnósticos citológicos no rastreamento do câncer cervical: estudo piloto. *Rev Bras Anal Clin.* 2009;41(2):155-160.
 14. Lorincz AT. Human papillomavirus detection tests. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparlig PF, Wiemer PJ, editors. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill; 1990. p. 953-9.
 15. Amaral RG, Souza NLA, Tavares SBN, Manrique, EJC, Assem DZ, Azevedo LL, et al. Controle externo da qualidade dos diagnósticos citológicos no rastreamento do câncer cervical: estudo piloto. *Rev Bras Anal Clin.* 2006;38(2):79-81.
 16. Morse AR, Wickenden C, Byrne M, Taylor-Robinson D, Smith J, Anderson MC, et al. DNA hybridisation of cervical scrapes. *J Clin Pathol.* 1988;41(3):291-294.
 17. Campos RR, Melo VH, Castilho DM, Nogueira CPF. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(5):248-56.
 18. Rocha GA, Melo VH. Biologia molecular no rastreamento das neoplasias cervicais uterinas. *FEMINA.* 2010;38(3):167-172.
 19. Faria IM, Melo VH, Castro LPF, Faria FM, Carvalho NO, Araújo ACL, Oliveira HC. Acuidade da citologia oncótica para o diagnóstico da infecção pelo HPV no colo uterino de mulheres portadoras do HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(9):437-44.
 20. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Prospects for controlling cervical cancer at the turn of the century. *Salud Pública de México.* 2003;45(supl.3):367-375.
 21. Roberts CC, Tadesse AS, Sands J, Halvorsen T, Schofield TL, Dalen A, et al. Detection of HPV in Norwegian cervical biopsy specimens with type-specific PCR and reverse line blot assays. *J Clin Virol.* 2006;36(4): 277-282.
 22. Vaz LP, Saddi VA, Amaral WN, Manoel WJ. Epidemiologia da infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HIV. *FEMINA.* 2011;39(1):35-40.
 23. Beskow AH, Engelmark MT, Magnusson JJ. Interaction of host and viral risk factors for development of cervical carcinoma in situ. *Int J Cancer.* 2005;117(4): 690-2.
 24. Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun X, Brudney K, Wright TC. Incidência de lesões escamosas intra-epiteliais cervicais em mulheres infectadas pelo HIV. *JAMA Brasil.* 2000;4(5):3124-38. 18
 25. Duerr A, Paramsothy P, Jamieson DJ, Heilig CM, Klein RS, Cu-Uvin S, et al. Effect of HIV infection on atypical squamous cells of undetermined significance. *Clin Infect Dis.* 2006;42(6):855-61.
 26. Massad LS, Seaberg EC, Watts DH, Minkoff H, Levine AM, Henry D, et al. Longterm incidence of cervical cancer in women with human immunodeficiency virus. *Cancer.* 2009;115(3):524-30.
 27. Coelho RA, Facundo MKF, Nogueira AL, Sakano CRSB, Ribalta JCL, Baracat EC. Relação entre diagnóstico citopatológico de Neoplasia Intra-Epitelial Cervical e índices

de células CD4+ e de carga viral em pacientes HIV-Soropositivas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(2):97-102.

28. Palefsky JM. HPV infection and HPV-associated neoplasia in immunocompromised women. Int J Gynaecol Obstet. 2006;94(1):6-64.

29. Monini P, Sgadai C, Toschi E, Barillari G, Ensoli B. Antitumor effects of antiretroviral therapy. Nat Rev Cancer. 2004;4(11):861-75.

30. Galvão MTG, Freitas JG, Costa E, Lima ICV, Brito DMS, Diógenes MAR. Mulheres com HIV: Características individuais e da prevenção de câncer cervical. Rev Rene. 2010;11(n. esp.):99-108.

31. World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007

32. Silva LMS, Moura MAV, Pereira MLD. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013;22(2):335-42.

33. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):242-8.

34. Chaves ACP, Bezerra EO, Pereira MLD, Wolfgang W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. Rev Bras Enferm. 2014;67(1): 48-53.

35. Brito DMS, Galvão MTG. Fatores de risco para Câncer de Colo Uterino em mulheres com HIV. Rev Rene. 2010;11(1):191-199.

36. Azevedo VNG, Dias Junior LB, Denachki S, Lima FAS. Frequência das neoplasias intra-epiteliais cervicais em mulheres portadoras do vírus imunodeficiência humana adquirida. Rev Para Med. 2006;20(2):35-9.

37. Strickler HD, Burk RD, Fazarri M, Anastos K, Minkoff H, Massad LS, *et al.* Natural History and possible reactivation of human papillomavirus in human immunodeficiency virus-positive women. J Natl Cancer Inst. 2005;97(8):577-86.

38. Borges SCV, Melo VH, Moroza Júnior G, Abranches A, Lira Neto JB, Trigueiro MC. Taxa de detecção do papilomavirus humano pela captura híbrida II, em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(2):105-10.

Recibido: 4 de marzo 2015; Aceptado: 26 de mayo 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia