

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

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

**“FRECUENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX DETECTADAS DURANTE
EL CONTROL PRENATAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
2015”**

**TESIS:
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. ANA LILIA DEL RAZO VEGA**

**ASESOR:
DR. CARLOS VARGAS CARRICHE
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

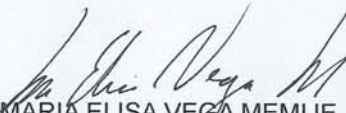
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

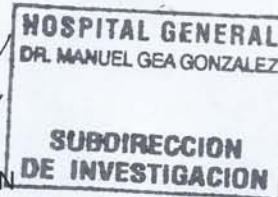
AUTORIZACIONES



DR. OCTAVIO SIERRA MARTINEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DRA. MARÍA ELISA VEGA MEMIJE
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN



DR. JORGE ROMÁN AUDIFRED SALOMÓN
JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. CARLOS VARGAS CARRICHE
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Este trabajo de tesis con No. 11-103-2016 presentado por la alumna: Dra. Ana Lilia Del Razo Vega se presenta en forma y con visto bueno por el investigador responsable del trabajo de investigación Dr. Carlos Vargas Carriche adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia con fecha 08 de Febrero del 2017 para su impresión final.



Dr. Jorge Román Audifred Salomón
Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



Dr. Carlos Vargas Carriche
Adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

ÍNDICE

Resumen.....	5
Antecedentes.....	6
Justificación.....	12
Objetivo.....	13
Material y Métodos.....	13
Diseño del Estudio.....	13
Resultados.....	13
Conclusiones.....	14
Discusión.....	15
Consideraciones Éticas.....	15
Anexos.....	16
Bibliografía.....	21

“Frecuencia de lesiones intraepiteliales de cérvix detectadas durante el control prenatal en un hospital de segundo nivel de atención en el año 2015”

Carlos Vargas Carriche*, Ana Lilia Del Razo Vega**

RESUMEN

El cáncer cervical es un asunto de salud pública siendo la primera causa de muertes por cáncer ginecológico. La prevalencia de lesión intraepitelial escamosa del cérvix de bajo y alto grado, en mujeres con vida sexual activa es muy elevado. Existe una baja tasa de realización de tamizaje citológico cervical de mujeres embarazadas lo que las hace un grupo vulnerable para identificación de la enfermedad como ya una neoplasia maligna. En el Hospital General Dr. Manuel Gea González se desconoce la frecuencia de dichas lesiones en la población de mujeres embarazadas por lo que se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo con una muestra de 128 expedientes para determinar en cuantas pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en un hospital de segundo nivel de atención, se observan lesiones intraepiteliales de cérvix mediante citología cervicovaginal donde el 98.4% resultaron normales (126 pacientes) y solo el 1.6% reportaron LIEBG (2 pacientes) ningún caso se reporto con LIEAG. **Palabras Clave:** citología cervicovaginal, embarazo, lesión intraepitelial de bajo grado, lesión intraepitelial de alto grado, cáncer cervicouterino

ABSTRACT

Cervical cancer is a major public health issue being the cause number one of gynecological cancer deaths. The prevalence of squamous intraepithelial lesions of low and high grade cervix in women with active sex lives is very high. There is a low rate of cervical cytology screening of pregnant women, which makes them a vulnerable group for identification of the disease in a phase as a malignant neoplasm. In the General Hospital Dr. Manuel Gea González the frequency of such lesions in the population of pregnant women is unknown, so an observational, descriptive, transversal and retrospective study was carried out with a sample of 128 files to determine how many pregnant patients who were attended at prenatal control in a second level hospital, intraepithelial lesions of the cervix were observed by cervicovaginal cytology, where 98.4% were normal (126 patients) and only 1.6% reported LIEBG (2 patients). No cases were reported with LIEAG. **Keywords:** cervicovaginal cytology, pregnant, low grade intraepithelial lesión, high grade intraepithelial lesión, cervical cáncer

*Médico Adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Alumna de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

ANTECEDENTES

El cáncer cervical es un asunto de salud pública importante en países menos desarrollados, con una incidencia de más de 300, 000 casos al año en el mundo. En México, el cáncer cervical es la causa de muerte en más de la tercera parte de las defunciones por cáncer en la población general y la primera causa de muertes cáncer ginecológico (1)

La infección asociada a lesiones precursoras del cáncer cervical a nivel mundial existe en 630 millones de personas infectadas con virus del papiloma humano (VPH). En México el 95% de las mujeres menores de 30 años con vida sexual activa ha tenido una infección por VPH. La prevalencia de VPH en mujeres embarazadas es de 5-68%.

En países desarrollados la disminución en la incidencia y mortalidad del cáncer cervical ha sido observada en los pasados 30 años; la descripción de una técnica citológica para la detección del cáncer ha sido trascendente para la detección temprana de dicha patología a nivel mundial. Desde hace casi 30 años, se sugirió que el VPH era el agente causal del cáncer del cérvix. Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald Zur Hausen.

Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer del cérvix.

Desde hace décadas las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, han recibido denominaciones descriptivas como atíпия, hiperplasia atípica, hiperplasia de células basales, etc. En 1950 se propuso el término displasia para describir las lesiones precancerosas cervicales.

La Displasia fue subdividida en leve, moderada y severa según la extensión de los cambios dentro del epitelio. Más tarde se propone reemplazar los términos existentes y unificarlos bajo el concepto histológico de lesiones precancerosas intraepiteliales cervicales bajo la denominación de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que fue posteriormente subdividida en NIC 1 (correspondiente a displasia leve), NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 (displasia severa/carcinoma in situ). Displasia severa y carcinoma in situ se incluyen en la misma categoría ya que son dos lesiones que no pueden distinguirse histológicamente.

Desde 1988 en la conferencia de consenso de Bethesda, los términos Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LSIL) y Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (HSIL) fueron propuestos para abarcar las lesiones escamosas preinvasivas vistas en muestras citológicas.

Ambas lesiones, LSIL y HSIL, siglas por su nombre en idioma inglés, se incluyen en la denominación convencional de lesiones intraepiteliales del cérvix uterino (LIES). Para la detección de LIES en una población general es necesario usar una prueba de tamizaje, siendo la citología cervical la más difundida a nivel mundial.

La colposcopia es el siguiente paso para la evaluación diagnóstica del LIES y cáncer invasor preclínico. El colposcopio utilizando lentes de aumento permite una mejor evaluación del cuello uterino, de manera que se pueden detectar zonas sospechosas de las cuales se obtendrán luego biopsias dirigidas para determinar la naturaleza y magnitud de la lesión.

La infección persistente con VPH parece ser de suma importancia en el desarrollo y avance de lesiones precancerosas a cáncer invasor, y que este proceso puede tomar de 1-10 años.

Estudios transversales de la historia natural del cáncer cervical indican que cerca del 85% de las lesiones cervicales de alto grado presentan DNA de VPH oncogénicos, mientras que el 100% de los cánceres invasores de cérvix contienen secuencias de estos virus.

En mujeres jóvenes la incidencia es alta y se acompaña además con infección de múltiples tipos de VPH, mientras que hay una disminución en la detección de VPH en los grupos de mujeres pre y postmenopáusicas

El mecanismo de acción de los VPH de alto riesgo en el desarrollo de la neoplasia cervical, se explica principalmente por la acción de dos de sus oncoproteínas virales E6 y E7. Estas tienen la capacidad de inmortalizar y transformar queratinocitos, confiriéndoles un alto grado de inestabilidad cromosómica. La expresión continua de estos genes, es requisito indispensable para mantener el crecimiento neoplásico de las células del cérvix. El VPH está involucrado en la mayoría de las lesiones preinvasivas e invasivas del cérvix. (2)

Existen más de 200 serotipos de VPH que se agrupan en tipos oncogénicos y no oncogénicos, ambos pueden complicar el embarazo.

La infección por VPH con tipos oncogénicos pueden conducir a una citología cervical anormal detectada durante el embarazo la cual requiere un diagnóstico oportuno y en casos indicados realizar tratamiento. El efecto del embarazo en la historia natural de la lesión intraepitelial cervical es controversial.

Algunos autores reportan que el embarazo no modifica la progresión de las lesiones moderadas a severas, otros describen una alta incidencia de regresión en el postparto. (3)

Tanto LSIL y HSIL abarcan el espectro de precursores escamosos que conducen al carcinoma de cérvix. Las lesiones intraepiteliales escamosas se caracterizan histológicamente por 1) maduración desordenada, 2) aumento de la proliferación, y 3) atíпия citológica.

Las LSIL se caracterizan por leve incremento de la actividad mitótica con atíпия citológica y dispolaridad y aumento de células inmaduras de tipo basaloide. Estos cambios están limitados al tercio inferior del epitelio. Las capas superiores pueden en algunos casos mostrar coilocitosis con acantosis asociada y para e hiperqueratosis. Tales lesiones son a veces designadas como lesiones de tipo plano y condilomas acuminados. Ambas lesiones muestran típicos cambios citopáticos (coilocitosis) principalmente en capas epiteliales superficiales. La presencia de coilocitosis se asocia con una falta de progresión de la lesión. Tanto las lesiones planas como los condilomas acuminados (exofíticos) se clasifican como LSIL. LSIL con coilocitos con núcleos gigantes bizarros es causado habitualmente por HPV de alto riesgo. LSIL incorpora las categorías de cambios relacionados con VPH, NIC 1 y displasia leve.

LSIL se caracteriza por células escamosas maduras con grandes núcleos, 4-6 veces el tamaño de los núcleos de células intermedias normales. Junto con este aumento de tamaño el núcleo muestra hipercromatismo, membranas nucleares irregulares y frecuente binucleación. La cromatina es típicamente granular fina y uniformemente distribuida. Nucleolos son raros. Las células pueden mostrar cambios claros asociados con infección por VPH, el llamado efecto citopático del VPH. El marco de este cambio es el halo perinuclear citoplasmático (coilocitosis).

Debe tenerse especial cuidado para distinguir los verdaderos cambios coilocíticos de los halos perinucleares inespecíficos asociados con la glucogenización de las células, los cambios benignos inflamatorios o los debidos a infección como Trichomonas.

La HSIL se diagnostica en presencia de células de aspecto basaloide inmaduro ocupando más de un tercio del grosor del epitelio. Las células displásicas muestran dispolaridad, anisonucleosis e hiper cromasia. Se ven figuras mitóticas por encima del tercio inferior del epitelio. En algunos casos los bordes intercelulares son indistinguibles dando una apariencia sincitial.

Ocasionalmente se observan coilocitos típicos en las capas superficiales. La distinción entre NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 se hace de acuerdo con la extensión vertical de los cambios citológicos y la actividad mitótica que aparece en los dos tercios inferiores de la mucosa en NIC 2 y ocupa todo el grosor epitelial en NIC 3.

La atrofia puede ser difícil de diferenciar de un HSIL. En estos casos el epitelio es muy delgado y muestra predominantemente células inmaduras, estas células sin embargo no presentan pleomorfismo ni actividad mitótica.

HSIL se caracteriza citológicamente por células con citoplasma inmaduro, núcleos de características anormales y aumento de la relación núcleo: citoplasma. Las dos diferencias más importantes entre LSIL y HSIL es la inmadurez del citoplasma y la elevada relación núcleo: citoplasma. HSIL comprende las anteriores categorías de displasia moderada y severa, NIC II, NIC III y Carcinoma in situ.

Los núcleos de las células de HSIL son a menudo más pequeños que los de LSIL. El tamaño nuclear de las células de HSIL es de dos a cinco veces el del núcleo de una célula intermedia. Los núcleos de HSIL son hiper cromáticos con cromatina granular gruesa, las membranas nucleares tiene aspecto arrugado y hay anisonucleosis. Las células presentan un estrecho ribete citoplasmático alrededor del núcleo hiper cromático

La displasia queratinizante es una variante de HSIL. A diferencia de las células inmaduras del clásico HSIL, en esta variante hay células con citoplasma queratinizado hiper maduro. (4)

Durante el embarazo existen cambios fisiológicos del cérvix uterino debido a la elevación de estrógenos y progesterona.

Se presenta un aumento de la vascularidad, lo que le da un tono rojo-azulado, existe hiperplasia de las glándulas, dando lugar a protrusiones polipoideas, hipertrofia del estroma fibromuscular, metaplasia inmadura y reacción de Arias-Stella.

En el 30% de las gestantes se genera decidualización del estroma cervical, provocando cambios cervicales que pueden semejar lesiones. Las células deciduales solo difieren de las lesiones intraepiteliales de alto grado por su tamaño celular.

Otros aspectos del desarrollo del embarazo se deben tener en consideración al efectuar el diagnóstico citológico. El citotrofoblasto se distingue por tener un nucleolo prominente y las células del sincitiotrofoblasto pueden confundirse con lesiones intraepiteliales.

En la reacción de Arias-Stella las células adquieren un citoplasma vacuolado, núcleos atípicos y un nucleolo prominente que puede confundirse con adenocarcinoma endocervical, esto generado principalmente por acción de la progesterona.

Por otro lado, los quistes de Naboth aumentan de tamaño en el embarazo debido a la progresión del epitelio exocervical que bloquea los orificios de las glándulas, acompañado de un aumento de secreción mucosa. (5)

Además, existen diversos fenómenos dinámicos que ocurren en el embarazo. El primero se conoce como "Gaping" y se refiere a la apertura del orificio cervical externo sin que haya eversión de la mucosa cervical debido a la distensión de fibras musculares del cérvix. Esto es más común en multíparas. El segundo fenómeno es la eversión, en donde hay exposición de la mucosa endocervical al exterior sin dilatación del orificio cervical externo. El tercer fenómeno es el "coming back", es decir, el regreso de la mucosa periorificial al canal cervical posterior a una eversión. Todos los cambios del cérvix que ocurren en el embarazo, presentan regresión en el puerperio (6). Respecto a las recomendaciones de tamizaje en embarazadas se recomienda citología cervical, habitualmente conocida como Papanicolaou, desde la primer consulta de control prenatal. Se considera una practica recomendable el repetir el tamizaje con citología cervical en cada embarazo (Nivel de evidencia III, Grado B de recomendación). (7).

En una paciente gestante con citología de LSIL la colposcopia es una intervención diagnóstica apropiada para su evaluación. Ésta puede ser aplazada hasta la sexta semana posparto (Nivel de evidencia II, Grado B de recomendación). Si una paciente embarazada no presenta evidencia citológica, histológica o colposcópica de NIC 2 o 3, entonces el seguimiento se deberá llevar posterior al parto, ya que no se deberán realizar estudios citológicos o colposcópicos adicionales durante el embarazo (Nivel de evidencia III, Grado D de recomendación)

En dado caso que la paciente presente una HSIL entonces la colposcopia es una intervencion diagnostica recomendada (Nivel de evidencia II, Grado A de recomendacion). La siguiente evaluacion de este tipo de pacientes con lesiones de alto grado debera ser no mas alla de las 6 semanas postparto. (8)

Se estima que cerca del 1-5% de los estudio de citologia cervical durante el embarazo muestran cambios patologicos, predominando las lesiones de bajo grado.

Asi mismo, la incidencia del cancer cervical en el embarazo en paises desarrollados es alrededor de 240 casos nuevos por cada millon de embarazos, lo que equivale a 1 de cada 3,000 embarazos. (9)

La American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) creó una guía para el manejo de la citología anormal en el embarazo:

Células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS): Con este hallazgo por citología cervical está indicada la colposcopia, así también es apropiada la prueba de DNA para VPH posterior al reporte de ASCUS y si este es positivo, se indicará de nuevo colposcopia.

Células escamosas atípicas sin poder descartar una lesión de alto grado (ASC-H): En estas pacientes está indicada la colposcopia debido al riesgo incrementado de una enfermedad neoplásica.

LSIL: Las lesiones de bajo grado no tienen un riesgo significativo de progresión a cáncer dentro del periodo gestacional. La guía de manejo consiste en repetir la citología cervical y la colposcopia cada ocho a 12 semanas.

HSIL: Las lesiones intraepiteliales de alto grado deberán ser monitoreadas cuidadosamente, con citologías repetidas y colposcopias en forma similar, se tomará biopsia en casos de que la apariencia de la lesión empeore, o en caso de que la citología sugiera cáncer invasor. En el postparto la citología y la colposcopia deberá ser realizada hasta las seis semanas postparto.

Células glandulares atípicas (AGC): Ante este resultado citológico está indicada la colposcopia, sin embargo como ya se describió, el curetaje endocervical está contraindicado durante el embarazo.

Aproximadamente la mitad de las citologías que reportan AGC corresponden a lesiones citológicas escamosas, el manejo consiste en observación con colposcopia y citología. Sin embargo, cuando realmente se trata de una lesión glandular, es necesario realizar colposcopia por personal con experiencia ya que está contraindicado el curetaje endocervical en este periodo.

En general, cuando existe neoplasia intraepitelial cervical es confirmada por biopsia, se dará manejo conservador y vigilancia durante el embarazo con citología y colposcopia cada ocho a 12 semanas hasta el término del embarazo, está indicado el tratamiento definitivo a las seis a ocho semanas postparto

Existen dos diferentes técnicas de tamizaje que son útiles para la detección oportuna de lesiones del cérvix uterino:

–La técnica convencional, en que el médico que toma la muestra del cuello uterino, con un cepillo, lo extiende en un portaobjetos de cristal y le agrega spray o lo introduce en alcohol, para que las células se conserven y no se destruyan.

–La técnica en base líquida la cual tiene más ventajas que el método tradicional porque mediante varias etapas, se obtiene una lámina o una sola capa de células, lo que permite una mayor detección de lesiones neoplásicas o sus precursoras. La toma de la muestra es exactamente igual al método tradicional, pero, el médico no realiza ningún extendido, sino que introduce el escobillón del cepillo en un frasco con conservador. (10)

Ambos sistemas ofrecen una eficacia similar a la hora de diagnosticar neoplasias cervicales intraepiteliales de distinta gravedad (grados 1+, 2+ y 3+), mientras que en el caso de los carcinomas se detecta una mayor, aunque no significativa, capacidad de detección por parte de la citología en base líquida. (11)

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de lesión intraepitelial escamosa del cérvix de bajo y algo grado, en mujeres con vida sexual activa es muy elevado. Existe una baja tasa de realización de tamizaje citológico cervical de mujeres embarazadas lo que las hace un grupo vulnerable para identificación de la enfermedad no en una fase precursora sino como ya una neoplasia maligna.

A nivel mundial se estima una incidencia de 1.26 a 2.2.% de lesiones intraepiteliales escamosas detectadas en la citología durante el embarazo. De estas, el 86% son lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, el 14% restante son lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. (15)

En el Hospital General Dr. Manuel Gea González se desconoce la frecuencia de dichas lesiones en la población de mujeres embarazadas por lo que la importancia de este estudio es el reportar la frecuencia de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado en mujeres embarazadas y con esto poder otorgar un diagnóstico oportuno para vigilar las lesiones de bajo grado e indicar un tratamiento adecuado para las lesiones de alto grado, posterior a la resolución del evento obstétrico. Además, se refuerza la práctica clínica de efectuar detección oportuna de cáncer cervicouterino y se afronta la idea pública de que este estudio vía vaginal, afecte al embarazo

OBJETIVO

Determinar en cuantas pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en un hospital de segundo nivel de atención, se observaron lesiones intraepiteliales de cérvix mediante citología cervicovaginal en el período de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo donde la muestra se conformo por 128 expedientes de pacientes en control prenatal de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González que cumplan con criterios de selección. Se excluyeron expedientes de pacientes con antecedente de diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo o alto grado previo al embarazo

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo

RESULTADOS

Se realizó la revisión de 468 expedientes de los cuales 128 contaron con todos los criterios de inclusión

El rango de edad fue de 15 a 41 años de edad con una media de 27.55 años y una moda de 27.00 años

El grupo de edad mas frecuente de las pacientes a las cuales se realizó citología cervicovaginal durante el embarazo fue de los 31 a los 35 años con un porcentaje de 28.1% (36 pacientes)

En cuanto a gestas el 32.8% (42 pacientes) fueron primigestas, seguido por 25% de secundigestas (32 pacientes) y 42.2 % de pacientes multigestas (60 pacientes)

Del grado de escolaridad lo mas frecuente fue pacientes con primaria incompleta en 27.3% de los casos (35 pacientes) seguido por pacientes con primaria completa con el 21.1% (27 pacientes) lo cual traduce que el grueso de la población de nuestro hospital es de bajo nivel socioeconómico y cultural, por lo cual no acuden a la toma.

De nuestros resultados de citología cervical el 98.4% resultaron normales (126 pacientes) y solo el 1.6% reportaron LIEBG (2 pacientes) ningún caso se reporto con LIEAG. **** lo cual no concuerda con lo reportado en la literatura internacional por lo que es necesario revisar la técnica de la toma y/o capacitar al personal encargado.

Dichas tomas se realizaron el 57.8% en el segundo trimestre (74 pacientes) 24.2% en el primer trimestre (31 pacientes) y 18% en el tercer trimestre (23 pacientes) las dos tomas reportadas como LIEBG se realizaron en el segundo trimestre. Técnicamente es mas fácil tomar la citología al final del primer trimestre e inicios del segundo por las condiciones anatómicas y fisiológicas de las pacientes por lo que se hace mayor hincapié durante la consulta de control prenatal realizar la toma en estas semanas de gestación.

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados arrojan una falta de pericia en la técnica de realización de la toma de citología cervicovaginal convencional, justificable por el marco legal que envuelve a la paciente obstétrica y se puede enumerar de la siguiente manera:

- A mas semanas de gestación (mayor de 20 SDG) el cérvix se hace posterior dificultando la toma, ya que el rectificarlo implica dolor e incluso sangrado (violencia obstetrica)
- Sortear la dificultad anterior requiere una relación empatica que dificilmente se da en un consultorio ambulatorio de toma de muestras, donde el ejecutante no es medico y solamente se concreta a la toma tecnica de la muestra.

- El marco legal que protege a la gestante en el país hace que ningún profesional de la salud (médico, enfermera etc) quiera tener problemas médico legales si la paciente llega a referir dolor, sangrado, actividad uterina etc. posterior a la toma de la muestra
- Todo lo anterior nos obliga a promover la toma de la citología por el médico en formación en ginecoobstetricia a cargo de la consulta prenatal a todas las gestantes que acudan al hospital y así garantizar un espécimen representativo.

DISCUSION

La citología cervicovaginal ha demostrado desde hace más de 40 años ser una herramienta de tamizaje excelente para diagnóstico de lesiones tempranas del cérvix y romper la historia natural de la enfermedad; el cáncer cervicouterino sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres de países pobres, requiere poca inversión financiera y si unos estándares de calidad de excelencia para que sea un arma útil en disminuir la morbimortalidad de esta patología de tal suerte que en la mujer gestante como el caso del protocolo no debieramos desperdiciar la oportunidad de oro en mejorar la técnica de la toma y diagnosticar oportunamente a las mujeres en riesgo de cáncer cervicouterino invasor.

Una prueba molecular auxiliar a la anterior CAPTURA DE HÍBRIDOS DE SEGUNDA GENERACION serían las dos pruebas de tamizaje ideales para tener cautivas a nuestras pacientes con y sin gestación, ya que en nuestro hospital no existe la prueba y el costo de la misma es caro debemos implementar mejorar la técnica y calidad de profesionales designados para tomar el espécimen, pues las bondades del método (bajo costo, alta eficacia diagnóstica, facilidad de la toma en manos expertas) lo hacen ideal para las mujeres gestantes que representan el grueso de la población del hospital.

CONSIDERACIONES ETICAS

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud"

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

ANEXOS

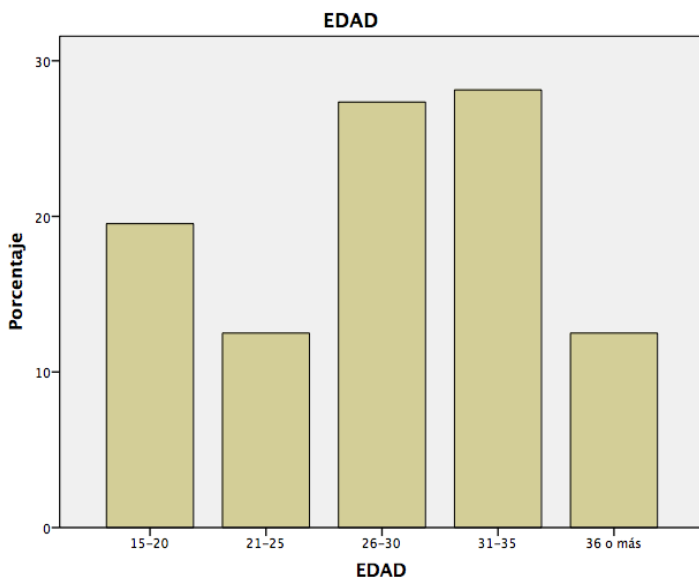
Estadísticos

EDAD

N	Válidos	128
	Perdidos	0
Media		27.5547
Mediana		28.4167 ^a
Moda		27.00 ^b
Rango		26.00

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
15-20	25	19.5	19.5	19.5
21-25	16	12.5	12.5	32.0
26-30	35	27.3	27.3	59.4
31-35	36	28.1	28.1	87.5
36 o más	16	12.5	12.5	100.0
Total	128	100.0	100.0	



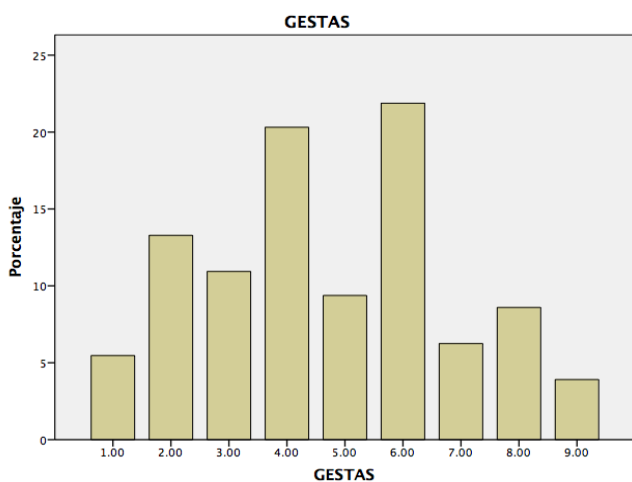
Estadísticos

GESTAS

N	Válidos	128
	Perdidos	0
Media		2.4922
Mediana		2.2143 ^a
Moda		1.00
Rango		6.00

GESTAS

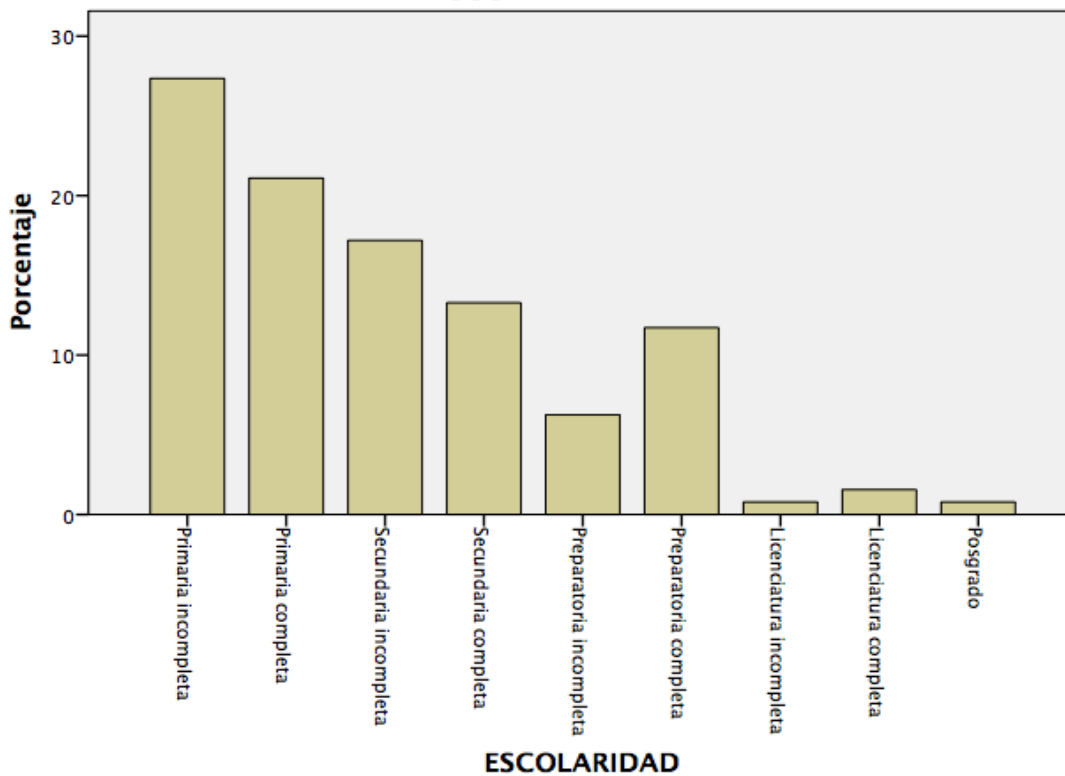
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	42	32.8	32.8
	2.00	32	25.0	57.8
	3.00	24	18.8	76.6
	4.00	18	14.1	90.6
	5.00	5	3.9	94.5
	6.00	5	3.9	98.4
	7.00	2	1.6	100.0
	Total	128	100.0	100.0



ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	35	27.3	27.3	27.3
Primaria completa	27	21.1	21.1	48.4
Secundaria incompleta	22	17.2	17.2	65.6
Secundaria completa	17	13.3	13.3	78.9
Preparatoria incompleta	8	6.3	6.3	85.2
Preparatoria completa	15	11.7	11.7	96.9
Licenciatura incompleta	1	.8	.8	97.7
Licenciatura completa	2	1.6	1.6	99.2
Posgrado	1	.8	.8	100.0
Total	128	100.0	100.0	

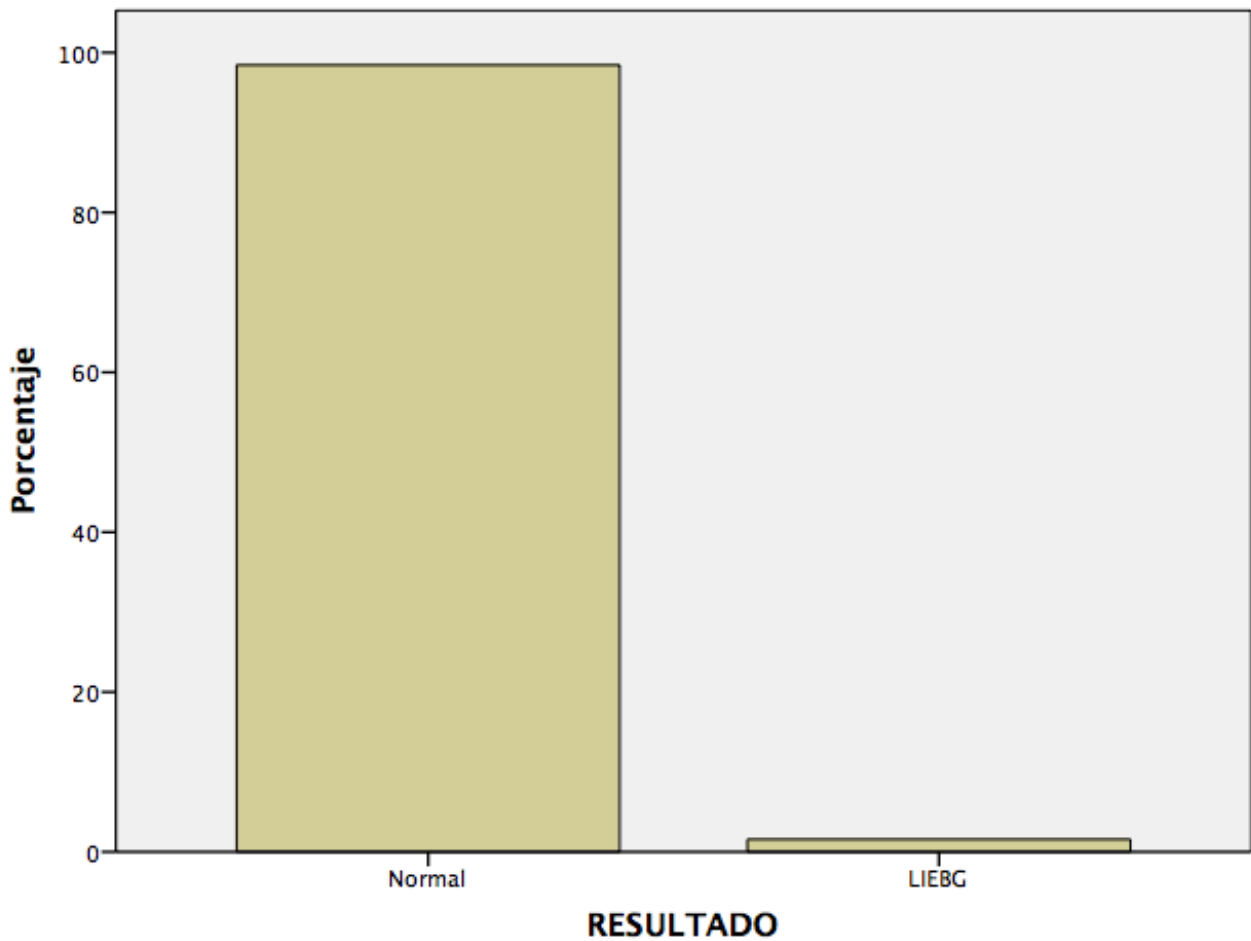
ESCOLARIDAD



RESULTADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	126	98.4	98.4	98.4
Válidos LIEBG	2	1.6	1.6	100.0
Total	128	100.0	100.0	

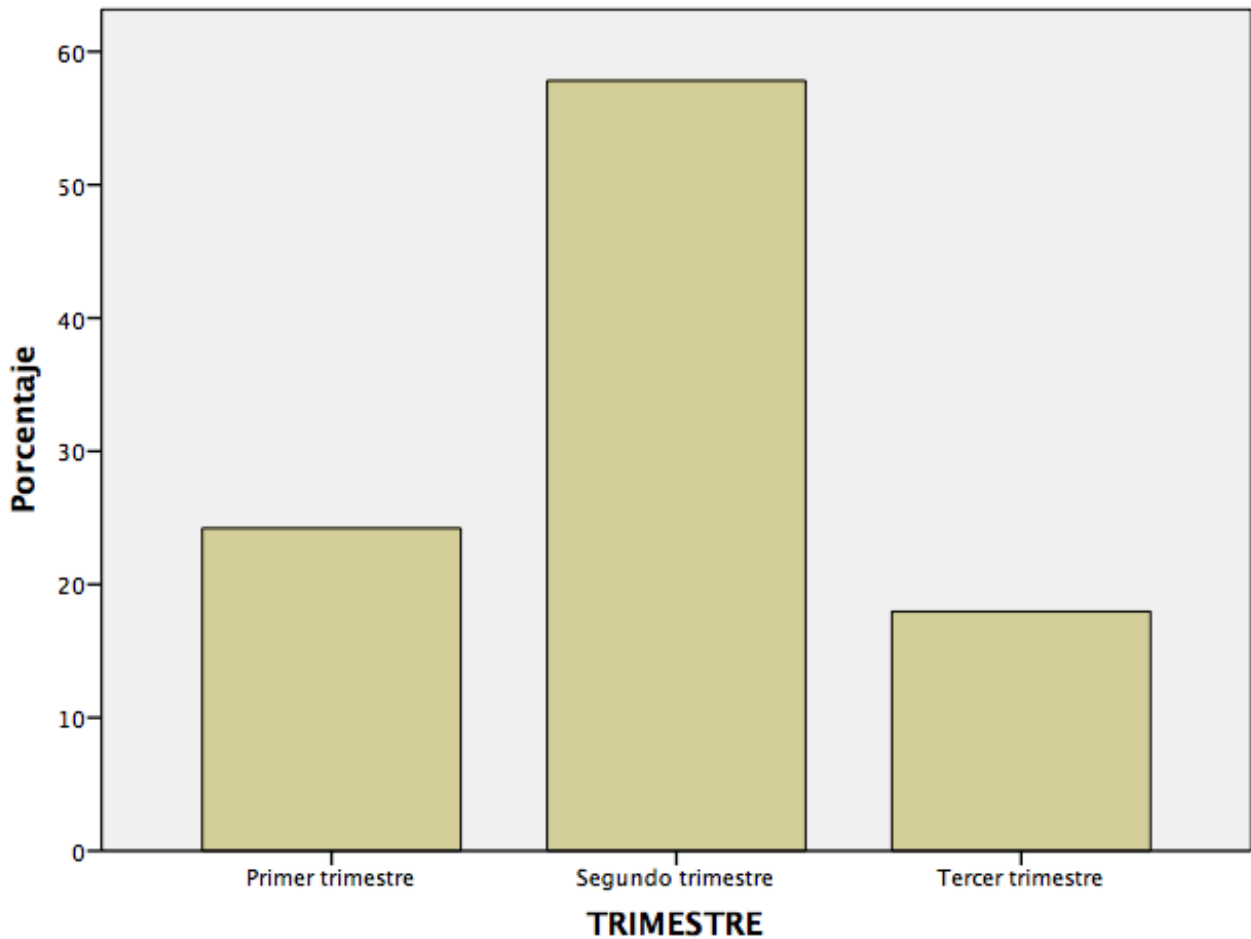
RESULTADO



TRIMESTRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Primer trimestre	31	24.2	24.2	24.2
Segundo trimestre	74	57.8	57.8	82.0
Tercer trimestre	23	18.0	18.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

TRIMESTRE



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ault KA. Human papillomavirus infections: Diagnosis, treatment, and hope for a vaccine. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2003; 30:809-17
- 2.- Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogenesis. Lizano et al, *Cancerología* 4 (2009): 205-216
- 3.- Brown D, Berran P, Kaplan KJ, Winter WE 3rd, Zahn CM, Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48:178-85
- 4.- Apgar Brotzman Spitzer. *Colposcopia Principios y practica*. Mc Graw Hill. 2003:413-31
- 5.- Bruce Patsner, et al,. Infecciones genitales por virus del papiloma humano durante el embarazo. *Obstetricia y Ginecología*. 1994; 193 (105): 253-260
- 6.- Deng D, Wen L, et al. A study of human papillomavirus infection during pregnancy and transmission of virus to fetus. *Zhonghua Shi Yan he Lin Chuang du Xue Za Zhi*. 1997; 11 (4): 369-71
- 7.- Genital human papillomavirus infections. Number 193-June 1994. ACOG technical bulletin. *Int J. Gynecol Obstet* 1994; 46:339-45
- 8.- Donders GC. Management of genital infections in pregnant women. *Curr Opin Infec Dis* 2006;19:55-61
- 9.- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number61, April 2005. Human papillomavirus. *Obstet Gynecol* 2005;105:905-18
- 10.- Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª edición. Path-OPS. 2002. p7-8
- 11.- Davey DD, Nielsen ML, Frable WJ, Rosenstock W, Lowell D, Kraemer BB. Improving accuracy in gynecologic cytology: results of the College of American Pathologists interlaboratory comparison program in
- 12.- González Antonio, et al,. Resultado anormal de la citología vaginal durante la gestación. *Coloma Obstet Ginecol*. 2000, 51 (2)
- 13.- Dolac Chi, et al,. Repeat colposcopic evaluations of anormal pap smears necessary during pregnancy. *Mosby-Year Book*. 2003; 189 (6): 133
- 14.- Martínez Montero I, García Mutiloa MA, Ezcurra R, Campo G, Arpa E, Orbegozo R. Genital condylomatosis and pregnancy associated with chorioamnionitis and premature delivery. *An Sist Sanit Navar* 2004;27:381-5
- 15.- Audra P. The management of pregnant women presenting with genital HPV infections. *Rev Fr Gynecol Obstet* 2012;85:561-3
- 16.- Ueki M, Ueda M, Kumagai K, Okamoto Y, Noda S, Matsuoka M. Cervical cytology and conservative management of cervical neoplasia during pregnancy. *Int J Gynecol Pathol* 1995;14:63-9