AAQ1041

GSS2004
S3

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO

POSTGRADO GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

EVALUACION DE LA CONSULTA DE PESQUISA DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC)

ALUMNO: Gustavo J Salazar Valero

TUTOR: Profesor Armando Gallo

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES, EJEMPLO, CONSTANCIA Y SABIDURIA

A MIS HIJOS, ORGULLO, RAZON Y SATISFACCION DE VIDA

A MARITZA, MI ESPOSA, ESTIMULO, APOYO Y AMOR

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
POSTGRADO GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
ALUMNO: Gustavo J Salazar Valero
TUTOR: Profesor Armando Gallo

Trabajo Especial de Grado

EVALUACION DE LA CONSULTA DE PESQUISA DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC)

INTRODUCCION.

La pesquisa de cuello uterino durante el embarazo constituye un hecho de vital importancia en la lucha por detectar y tratar lesiones tempranas a nivel cervical.
El cáncer de cuello uterino es el cáncer genital mas común que complica el embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la neoplasia intraepitelial aparece en uno de cada setecientos embarazos, y el cáncer invasor de cervix aparece aproximadamente en uno de cada 2500 a 3000 embarazos. [(1)]

En Venezuela por ejemplo, el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública. En nuestra población femenina, es la localización topográfica más frecuente con una incidencia del 25.54%, seguida del cáncer de mama (16.42%) y del cáncer de colon y recto (7.03%). [(2)]

Según los datos de la Dirección de Oncología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) [(2)] las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino aumentaron discretamente entre los años 50 y 60 alcanzando casi 17 muertes por 100.000

mujeres, presentándose luego un descenso entre los 80 y 90 a 9 muertes por cada 100.000 mujeres.

Sobre la base del registro nacional, se puede decir que el 2% de nuestras mujeres tendrán el riesgo de morir por esta patología y una de cada 25 mujeres que alcanza la edad de riesgo (25 a 64 años) en los grupos socio-económicos medios o bajos, tendrán lesiones preinvasoras o invasoras de cuello uterino.
La mayoría de los trabajos a nivel mundial sobre este tema, coinciden en que la Colposcopia y la Biopsia dirigida son métodos seguros y confiables para evaluar a las pacientes embarazadas con Citologías cervicales reportadas como alteradas.

En el Hospital Universitario de Caracas (HUC) funciona desde 1988 la consulta de Pesquisa de cuello uterino en pacientes embarazadas, como una inquietud por tratar de brindarle una mejor evaluación desde el punto de vista ginecológico a las pacientes que presentan alteraciones importantes en las citologías de cuello uterino de la consulta prenatal.
Aun cuando ésta consulta tiene 15 años de funcionamiento ininterrumpido, hasta la fecha no se ha hecho un análisis de sus resultados, y es por esta razón que se plantea la necesidad de la evaluación de las historias clínicas de pacientes referidas de la consulta prenatal a la consulta de pesquisa de cuello uterino en pacientes embarazadas del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas (HUC) en el año 2002.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pretende realizar una evaluación exploratoria y descriptiva de la consulta de Pesquisa de Cuello Uterino en pacientes embarazadas del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas (HUC), en el período de Enero a Diciembre de 2002.

Surge la necesidad de investigar cuantas pacientes acudieron a esta consulta en ese lapso de tiempo, cual fue su motivo de referencia, los resultados de las citologías, los hallazgos colposcopicos, las biopsias dirigidas, la morbilidad encontrada, la edad, la paridad, el número de compañeros sexuales, el tratamiento medico-quirúrgico que recibieron según el resultados de biopsia, y si estos tratamientos influyeron en la culminación del embarazo.

MARCO TEORICO

Los métodos de despistaje de neoplasia de cuello uterino constituyen uno de los capítulos de mayor importancia a nivel mundial; con ellos se ha logrado diagnosticar y tratar precozmente lesiones malignas o premalignas en la población general y disminuir en forma significativa la incidencia de cáncer invasor de cuello uterino. [3-4]

La Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer señala que el 80% de la incidencia anual de cáncer de cuello uterino en el mundo ocurre en los países subdesarrollados siendo las áreas más afectadas África, Sudeste Asiático, Centro y Sudamérica.

El cáncer de cuello uterino es el más común en mujeres de los países en desarrollo y ocupa el segundo lugar en frecuencia en mujeres alrededor de todo el mundo, con aproximadamente 500.000 casos nuevos por año; muchos de ellos fatales. Del total, 354.000 corresponden a las regiones geográficas en desarrollo y el resto a las desarrolladas. [5] En Venezuela, el cáncer de cuello uterino es la tercera causa de muerte por cáncer en general, ocupando el primer lugar en el sexo femenino. [6-7]

En los registros epidemiológicos de la Dirección de Oncología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) [2] las tasas de mortalidad por cáncer de cuello

uterino mostraron un aumento discreto entre los años 50 y 60, se presentó luego un notable descenso entre los 80 y 90. Es de hacer notar que el descenso de la tasa coincidió con el inicio del programa de citología cervico-vaginal, sin embargo, se ha notado un repunte en las afecciones cervico-vaginales que no pueden desligarse del impacto de la crisis económico, político y social de los últimos años que indudablemente ha producido efectos sobre las características sociales de la población, con una pérdida importante del poder adquisitivo y un deterioro de la atención médica y de la cobertura de los programas de salud.

El cáncer de cuello uterino comienza por una etapa preinvasora curable, denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que generalmente progresa de manera lenta en un período de años, antes de alcanzar la etapa invasora, cuando es más difícil, costoso y frecuentemente imposible de curar.

En la actualidad se dispone de tres métodos diagnósticos de probada eficacia para detectar neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC): que son LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA, LA COLPOSCOPIA Y LA BIOPSIA, mediante las cuales se puede descartar la posibilidad de enfermedad invasora, todo lo cual hace el tratamiento relativamente económico y casi siempre exitoso conduciendo a una declinación del número de mujeres que desarrollaran un cáncer invasor.

La evaluación citológica del cuello uterino fue desarrollada por el Dr. George N. Papanicolau en colaboración con el ginecólogo Herbert Traut en el año de 1928 como método de pesquisa de lesiones precursoras de cáncer. En 1947 Ernest Ayre introdujo la utilización de la espátula de madera en la búsqueda de un instrumento para mejorar la calidad de la muestra citológica, luego surgieron otras técnicas como el hisopo de algodón y la pipeta de aspiración cervical y en 1982 Stormby y Rubio comenzaron a utilizar un cepillo citológico denominado "Cytobrush" lo cual mejoró notablemente la calidad citológica. [8]

Actualmente la **citología cervico-vaginal** es el método del origen, estructura y función de las células que se aplica a:

*Diagnóstico precoz de las alteraciones del cuello uterino.
*Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, como Tricomoniasis y virus del papiloma humano (VPH) aunque con elevados falsos negativos.
*Estudios hormonales.
*Diagnóstico de procesos inflamatorios locales.

La **Colposcopia** fue introducida en 1925 por Hinselmann [9] y consiste en el estudio frontal de la superficie del cuello uterino con un aumento que oscila entre 10 y 20 veces, lo que permite información de las características microscópicas del tejido tales como:

* Tipo de epitelio.
* Grosor.
* Glándulas y su relación con el epitelio escamoso-glandular.
* Distribución de los vasos y su proximidad a la superficie.

La Colposcopia es el método fundamental para el diagnóstico de la infección subclínica del cuello uterino, además es indispensable para evaluar la extensión de la lesión y para guiar la biopsia a realizar. Pero la colposcopia no permite distinguir con seguridad entre infección por VPH y NIC. [10]

Hay que tener presente que las pacientes embarazadas, debido al influjo hormonal, la apariencia colposcopica del cuello uterino tiende a exagerarse por lo cual es posible, en ocasiones, sobre diagnosticar lesiones. [11]

La Colposcopia y la Biopsia de cuello uterino son las técnicas tradicionales de investigación de las pacientes con resultado de citología anormal.

La **Biopsia** constituye el método más exacto para establecer el diagnóstico de las neoplasias intraepiteliales cervicales. Ya que la citología y la colposcopia son solo métodos de sospecha la seguridad diagnóstica, solo puede obtenerse con el estudio histológico de la lesión y para que sea preciso se requiere que la biopsia sea dirigida por visión colposcópica. La exactitud de la biopsia dirigida está reportada entre 88,3 y 90% según los trabajos de Krumholz, y Knapp. [12]

La mayoría de las lesiones o neoplasias del cuello uterino ocurren en la unión escamo-columnar o muy cerca de ellas; la ubicación de esta región está sujeta a factores constitucionales, locales y a la respuesta al influjo hormonal. En la paciente pre-púber así como en las posmenopáusicas la unión escamo-columnar tiende a localizarse dentro del canal cervical. Durante la edad reproductiva y especialmente durante el embarazo, la acción de los estrógenos y progestágenos producen una movilización de esta unión hacia el exocervix.

El cono biopsia o conización del cuello uterino ofrece la última posibilidad para el diagnóstico exacto, no obstante tiene complicaciones importantes si es realizado durante el embarazo. Averette y col.,[13] reportaron una larga serie de conos biopsias durante el embarazo (180 pacientes) y notaron que el 9.4% requirió transfusión de sangre por hemorragias operatorias; entre las otras complicaciones atribuidas al procedimiento que fueron reportadas están: Infecciones cervicales, laceraciones cervicales durante el parto, flebitis, embolismo pulmonar, corioamnionitis, y amenaza de parto inmaduro. También se encontraron complicaciones fetales como: Abortos espontáneos, partos inmaduros y muerte fetal intrauterina.

En cuanto a los síntomas se sabe que el carcinoma in situ es generalmente asintomático, pero en los casos de carcinoma invasivo de cuello uterino los síntomas son variados y van de muy escasos a abundantes como: Sangrado genital post-coital, flujo genital, sangrado irregular genital, dolor pelviano, etc.

La mayoría de los trabajos presentados en las últimas décadas en lo concerniente a lesiones pre-invasivas o invasivas de cuello uterino han centrado su atención en el papel que juega el virus del papiloma humano (VPH) en su génesis.

El desarrollo de tecnología del ADN recombinante (hibridación, reacción de cadena de la polimerasa) ha contribuído en gran medida a nuestra comprensión de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) inducida o conducida por virus, en especial el VPH.

Estudios epidemiológicos conducidos por diferentes grupos han establecido una clara vinculación entre el VPH y el cáncer cervical, independiente de otros factores de riesgo. [14]

Tomando en cuenta estas premisas se entiende el porque es estrictamente necesario establecer un seguimiento frecuente, para pesquisar cualquier aparición de células cervicales con alguna anormalidad; en especial durante la edad reproductiva y más aún, cuando se tiene en cuenta que entre las causas que originan la aparición del cáncer cervical, el VPH esta asociado en más de un 90%.

La detección precoz de las etapas pre-clínicas es posible mediante el método citológico y la identificación de imágenes colposcópicas que nos ayudan a precisar el sitio a biopsiar y a descartar la posibilidad de enfermedad invasora, todo lo cual hace el tratamiento relativamente económico y casi siempre exitoso conduciendo a una declinación del número de mujeres que desarrollaran un cáncer invasor.

De todo esto se desprende la importancia de la evaluación de la consulta de pesquisa de cuello uterino en pacientes embarazadas, con lo cual se persigue detectar precozmente las lesiones pre-malignas susceptibles de tratamiento y lograr así reducir al mínimo la morbi-mortalidad de ésta entidad.

SISTEMA DE OBJETIVOS

1. GENERAL:

1.1.- Evaluación de la consulta de Pesquisa de cuello uterino en pacientes embarazadas del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas.

2. ESPECIFICOS:

2.1.- Conocer el número de pacientes referidas de la consulta prenatal a la consulta de Pesquisa de Cuello Uterino, en el período de Enero a Diciembre del 2002.

2.2.- Conocer cuales fueron las alteraciones cervicales detectadas por citologías, en las pacientes embarazadas referidas a la consulta de Pesquisa de Cuello uterino.

2.3.- Conocer cuales fueron los hallazgos colposcópicos más importantes y si guardaron relación con las citologías previamente realizadas a las pacientes.

2.4.- Conocer que porcentaje de estas pacientes requirieron biopsias y cuales fueron los resultados.

2.5.- Determinar la relación entre las alteraciones cervicales, edad, paridad, y el número de compañeros sexuales.

2.6.- Determinar que tratamiento recibieron y si las alteraciones encontradas guardaron relación con la culminación del embarazo.

CONCEPTOS Y/O VARIABLES

Se utilizará como instrumento la historia clínica de las pacientes que fueron referidas a la consulta de pesquisa de cuello uterino del Hospital Universitario de Caracas en el año 2002.

3.1-Número de pacientes referidas a la consulta de pesquisa de cuello:
Se conocerá el promedio mensual y anual de pacientes atendidos en consulta diaria de 8 a 12 m, desde enero a diciembre de 2002.
Consulta prenatal: Consulta especializada en atender toda paciente que esté embarazada.
Consulta de pesquisa de cuello uterino: Consulta especializada en atender aquellas pacientes que presenten alteraciones cervicales del útero.

3.2- Se conocerá las alteraciones cervicales:
Porcentaje de lesiones de tipo Lie de bajo grado y porcentaje de lesiones tipo Lie de alto grado.
Lie de bajo grado (lesión intraepitelial de bajo grado) comprende todas aquellas lesiones designadas como NIC 1 (neoplasia intraepitelial 1) y la simple infección por VPH (virus papiloma humano).
Lie de alto grado (lesión intraepitelial de alto grado) comprende lesiones clasificadas como NIC 2 y NIC 3 (carcinoma in situ).

3.3- Se conocerá los porcentajes de las imágenes colposcópicas encontradas en las pacientes evaluadas en el período descrito:
Porcentajes de atipias colposcópicas en forma aisladas y porcentajes de complejos colposcópicos.
Atípias en forma aislada, se refiere a imágenes tipo queratosis, mosaicos, punteado, epitelio blanco y vasos atípicos.
Complejos colposcópicos comprende la combinación de dos o más imágenes colposcópicas.

3.4- Se conocerá los porcentajes de las biopsias realizadas y los resultados de las mismas.

3.5- Se elaborará tablas de contenido para cruzar información de los resultados encontrados entre paridad, edad, número de compañeros sexuales y las alteraciones cervicales y biopsias.

3.6- Se conocerá que tratamiento recibieron las pacientes durante la evaluación por esta consulta y si las lesiones encontradas influyeron en la culminación del embarazo.

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Es una investigación de tipo exploratorio-descriptivo-bibliográfico y evaluativo. Estudio retrospectivo.

Es exploratorio porque no hay antecedentes en la investigación de la consulta de pesquisa de cuello uterino en embarazadas del HUC, es descriptivo porque utiliza los hallazgos reportados en la historia clínica y retrospectivo porque se trabaja con historias clínicas de pacientes que acudieron a la consulta durante el año 2002.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se estudiará la población referida de la consulta pre-natal del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas a la consulta de pesquisa de cuello uterino durante el período de Enero a Diciembre de 2002 que hallan presentado alteraciones en las citologías de cuello uterino o alteraciones macroscópicas de cuello al examen ginecológico.

INSTRUMENTOS/ EQUIPOS/ Y MATERIALES

La historia clínica es el instrumento utilizado en la evaluación de ésta consulta.

PROCEDIMIENTO

Se identificaran los números de las historias clínicas de las pacientes que acudieron a la consulta de pesquisa de cuello uterino en el período de Enero a Diciembre de 2002. Se procederá a solicitar las respectivas historias en el departamento de archivos médicos. Se elaborara una tabla de registro de datos de las pacientes estudiadas donde se pueda establecer comparación entre los resultados de Citologías, Colposcopias y Biopsias realizadas a las pacientes, así como la relación que éstos resultados puedan guardar con relación a la edad, paridad, número de compañeros sexuales y la culminación del embarazo (parto o cesárea).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes serán tratados con toda confidencialidad, resguardando siempre la identidad en beneficio de los pacientes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente revisión se analizaron los resultados de la consulta de pesquisa de cuello uterino en las pacientes embarazadas referidas de la consulta pre-natal del Hospital Universitario de Caracas, en el período de Enero 2002 a Diciembre de 2002; durante este lapso la consulta prenatal contabilizó un total de 1795

pacientes, y fueron referidas 196 pacientes, las cuales presentaban citología cérvico vaginales alteradas en forma repetitiva o flujo vaginal considerado patológico al momento del examen ginecológico, lo que representó el 10.91% de la población general.

En total fueron evaluadas según el sistema de objetivos planteados las 196 historias, obteniéndose los siguientes resultados:

1.- En cuanto a las alteraciones cervicales detectadas por citología en las pacientes embarazadas, nos encontramos que de 196 citologías:

- 156 correspondieron a "Inflamatoria severa", lo que representa un 80%.
- 23 fueron reportadas como LIE bg. (NIC 1 + VPH), lo que representó el 12% del total.
- 17 fueron reportadas como LIE ag. (NIC III + VPH), representando el 8% del total de las citologías.

(ver tabla 1)

Tabla 1

CITOLOGIAS

Total de casos: 196

Descripción	No. CASOS	PORCENTAJE
Inflamatorias Severas	156	80%
LIE bajo grado+VPH	23	12%
LIE alto grado+VPH	17	8%

CITOLOGIAS

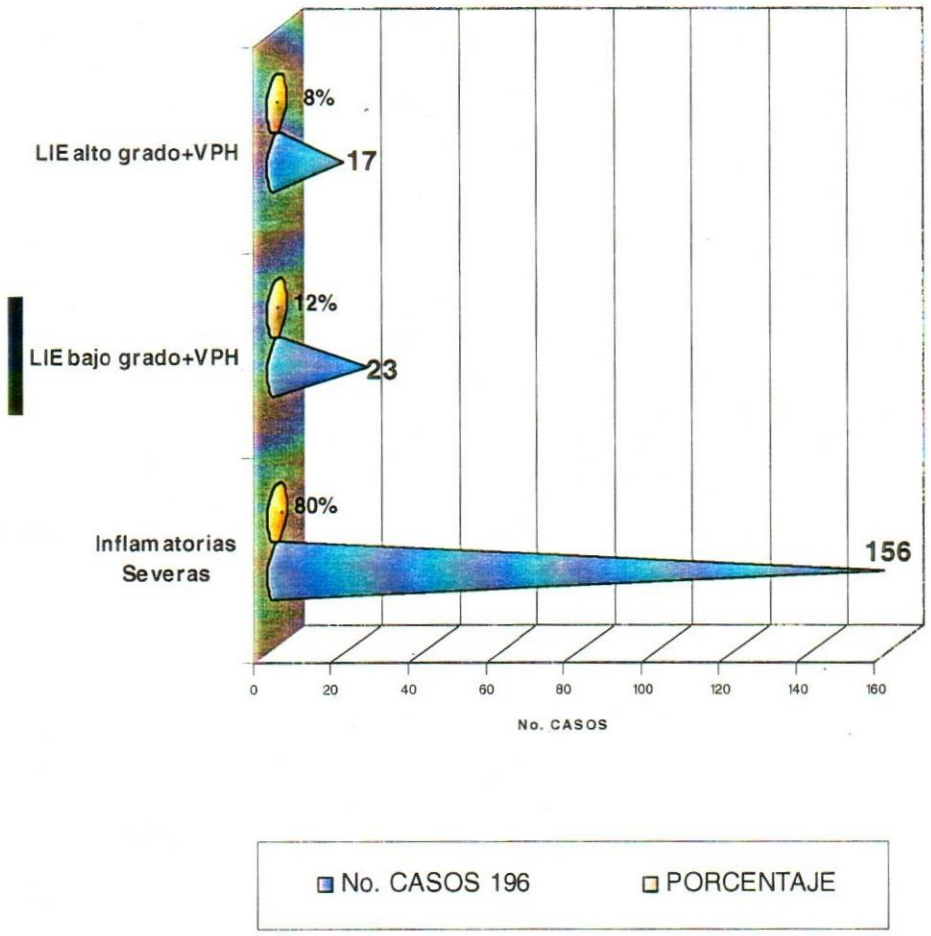


Gráfico 1

2.- Entre los 156 casos reportados como inflamatorio severo, encontramos 22 casos con Haemofilus Vaginalis (14%); 14 VPH (9%); 6 Tricomonas (4%) y 114 fueron inespecíficos (73%).

(Ver tabla 2 y gráfico 2)

Tabla 2

CITOLOGIAS INFLAMATORIAS SEVERAS

Total de Casos 156

DESCRIPCION	No. CASOS	PORCENTAJE
Asociados Tricomonas	6	4%
Asociados a VPH	14	9%
Asociados a Haemofilus	22	14%
Inespecíficos	114	73%

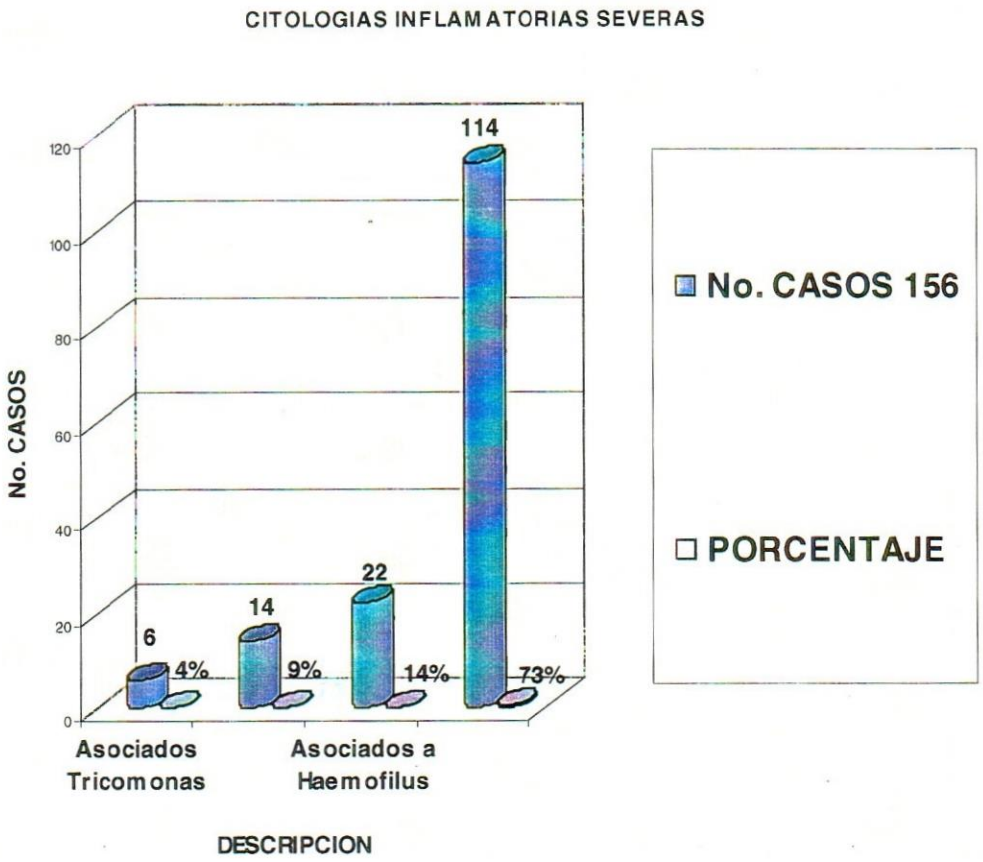

CITOLOGIAS INFLAMATORIAS SEVERAS
No. CASOS
120
100
80
60
40
20
0
6
4%
14
9%
22
14%
114
73%
Asociados Tricomonas
Asociados a Haemofilus
DESCRIPCION
No. CASOS 156
PORCENTAJE

Gráfico 2

En cuanto a los hallazgos colposcópicos y su relación con la citología encontramos:

Se realizaron 196 colposcopias (cada paciente que fué vista se le realizó colposcopia y citología), y los resultados fueron: (Ver tabla 3 y gráfico 3)

Tabla 3

COLPOSCOPIAS

Total de Casos: 196

DESCRIPCION	No. CASOS	PORCENTAJE
Colposcopias Normales	94	48%
Colposcopias Anormales	74	38%
Misceláneos	28	14%

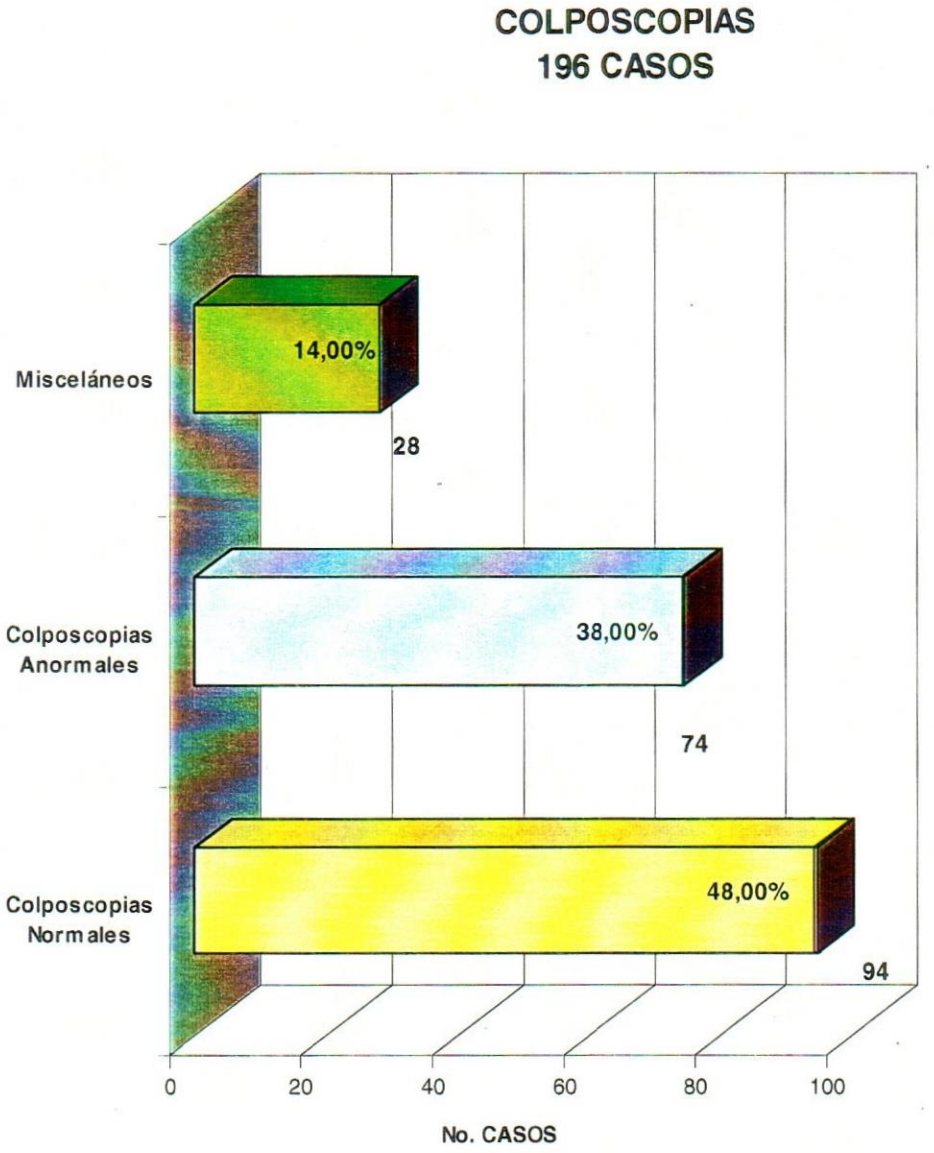

COLPOSCOPIAS
196 CASOS
Misceláneos
14,00%
28
Colposcopias Anormales
38,00%
74
Colposcopias Normales
48,00%
94
0
20
40
60
80
100
No. CASOS

Gráfico 3

- 94 casos con hallazgos colposcópicos normales, lo que representó un 48% del total.
- 74 casos con hallazgos colposcópicos anormales, lo que representó el 38% y estuvieron representados así: 27 casos de Zincn (37,14%); 21 casos de epitelio blanco (28,57%); 15 casos de Mosaico (20%) y 11 casos de Punteado (14,29%). (Ver tabla 4 y gráfico 4)

Tabla 4

COLPOSCOPIA

Hallazgos Anormales

Total de Casos: 74

DESCRIPCION	No. CASOS	PORCENTAJE
ZINCN	27	37.14%
EPITELIO BLANCO	21	28.57%
MOSAICO	15	20.00%
PUNTEADO	11	14.29%

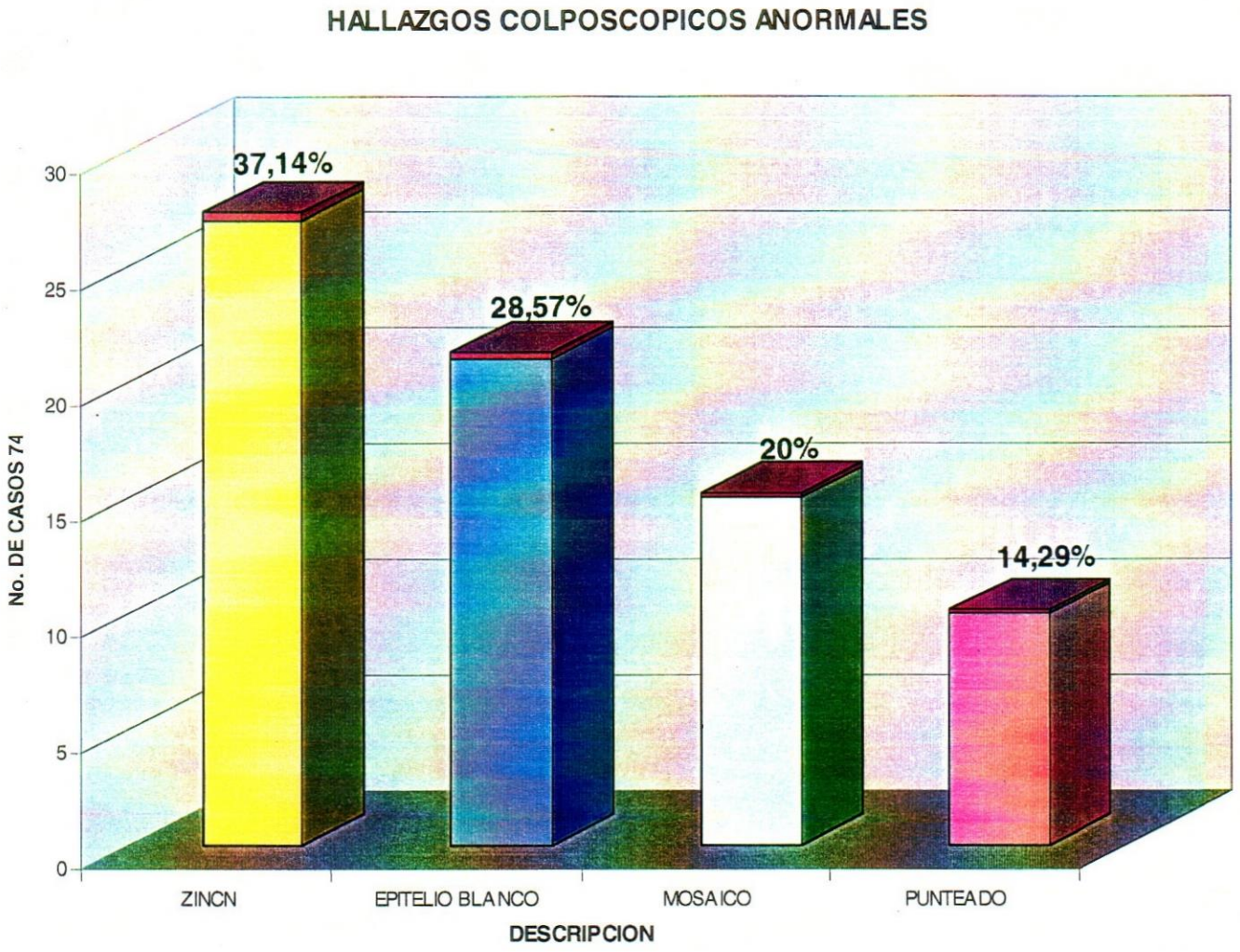

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES
37,14%
28,57%
20%
14,29%
30
25
20
15
10
5
0
No. DE CASOS 74
ZINCN
EPITELIO BLANCO
MOSAICO
PUNTEADO
DESCRIPCION

Gráfico 4

- 28 casos denominados hallazgos misceláneos que correspondieron a pólipos (19) y condilomas (9) que representaron el 14, % del total de los hallazgos colposcópicos. (Ver tabla 5 y gráfico 5)

Tabla 5

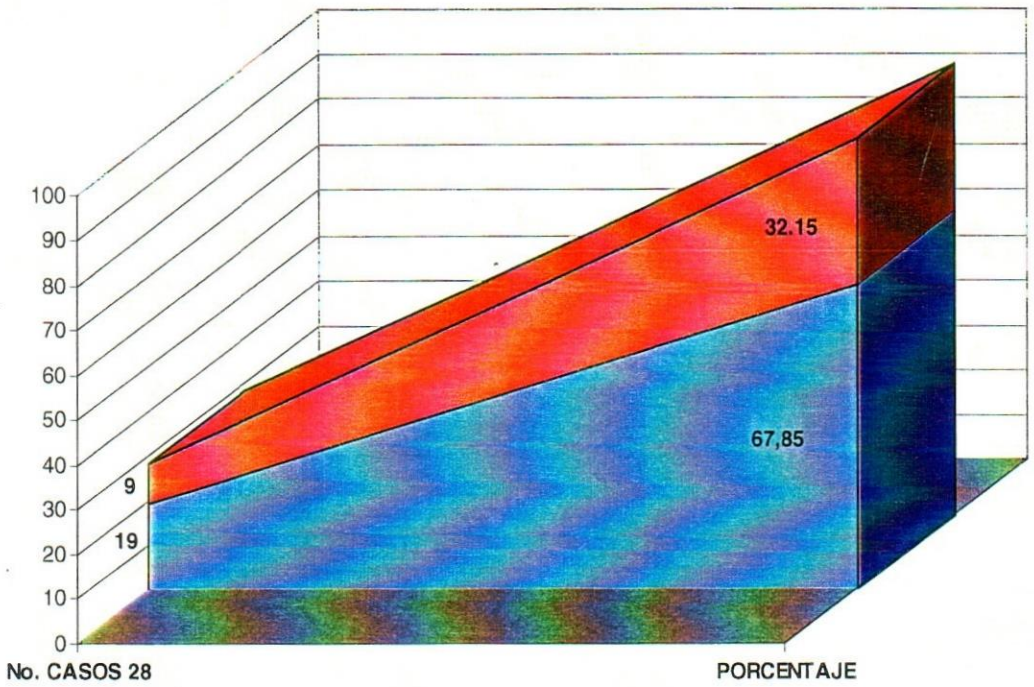
COLPOSCOPIAS

Hallazgos Misceláneos

Total de Casos: 28

DESCRIPCION	No. CASOS	PORCENTAJE
POLIPOS	19	67.85 %
CONDILOMAS	9	32.15 %

COLPOSCOPIAS - HALLAZGOS MISCELANEOS



POLIPOS CONDILOMAS

Gráfico 5

En cuanto al número de pacientes que ameritaron biopsia, este estuvo en 116 casos de los 196 revisados, representando un 59%.

El resultado de estas biopsias, 116 en total, todas por visión colposcópicas, fue el siguiente: (Ver tabla 6 y gráfico 6)

- 57 casos reportados como Metaplasia Escamosa (49.14%); madura e inmadura, cervicitis crónica, de los cuales en 52 casos estuvo asociado el VPH.
- 8 casos de NIC I + VPH, (6.90%).
- 9 casos de NIC III + VPH, (7.76%).
- Otros reportes: 28 casos de pólipos endocervicales con metaplasia

escamosa (24.14%) y 12 casos de condilomas vulgaris (10,34%).

- 2 casos no reportaron resultados de Biopsia (1.72%).

No hubo reportes de NIC II.

Tabla 6

BIOPSIAS

Total de Casos: 116

DESCRIPCION	No. CASOS	PORCENTAJE
Metaplasia Escamosa Madura, Inmadura, Cervicitis Crónica	57	49.14%
NIC 1 Asociado a VPH	8	6.90%
NIC III Asociado a VPH	9	7.76%
Condilomas Vulgaris	12	10.34%
Pólipos Endocervicales	28	24.14%
Biopsias sin resultados	2	1.72%

BIOPSIAS 116 CASOS

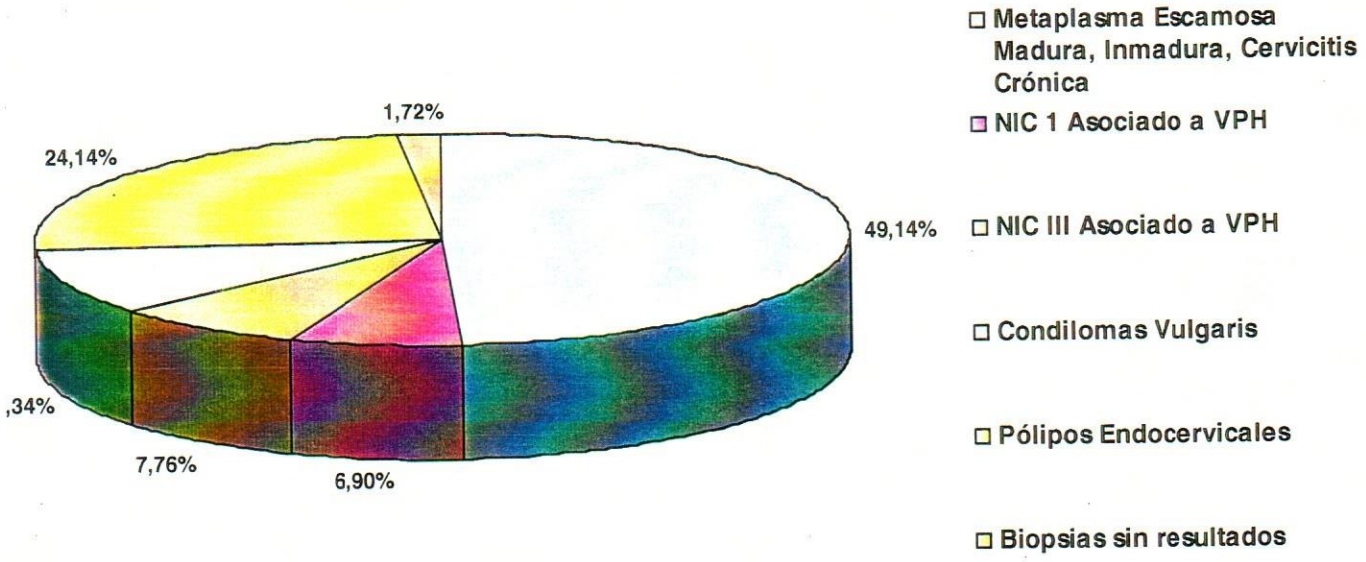


Gráfico 6

Se determinó la relación entre las alteraciones cervicales encontradas por biopsia y el inicio de las relaciones sexuales en forma precoz (entre los 14 a 16 años), en los 9 casos de NIC III reportados; la edad de las pacientes estuvo comprendida entre 18 y 25 años y el promedio de la gestación fué de 2,2. No fue posible relacionar el factor número de parejas sexuales y alteraciones cervicales, ya que no todas las historias tenían registrado este dato.

En cuanto al tratamiento que recibieron y la culminación del embarazo, encontramos que el 60% de los casos revisados culminaron en parto normal, el 24% se les realizó cesárea (siendo las indicaciones más frecuentes cesáreas anteriores y DFP); un 10% no se atendió en el Hospital (probablemente por saturación de camas) y un 6% presentó abortos.

El tratamiento indicado fue múltiple, desde aplicación tópica de ácido tricloroacético hasta electro cauterio a las lesiones tipo condilomatosas, así como la extirpación y biopsia a las lesiones de pólipos transcervicales.
Se indicó tratamiento médico específico para los diagnósticos de Candidiasis y Haemofilus vaginalis.

En la mayoría de los casos de Biopsias alteradas, luego de la resolución obstétrica, las pacientes fueron referidas al Servicio de Ginecología, a la consulta de cuello uterino, para su posterior evaluación y seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES.

Luego de haber realizado la evaluación de la consulta de cuello uterino en las pacientes embarazadas, del Servicio de Obstetricia del H.U.C., podemos reconocer la importancia de la misma, por el diagnóstico precoz de las lesiones cervicales que son precursoras de cáncer ginecológico, siendo ésta entidad uno de las principales tipos de cáncer a nivel mundial.

El trabajo realizado cumplió con los objetivos trazados. En relación al objetivo general, se logró evaluar el funcionamiento de la consulta de pesquisa de cuello uterino del HUC, se pudo conocer que de un total de 1795 pacientes vistas en consulta prenatal en el año 2002, un 10.91 % ameritó evaluación de la consulta especializada por presentar alteraciones cérvico-vaginales o flujos patológicos persistentes que de no haber sido atendidos pudieran haber alterado el curso del embarazo o el bienestar materno.

Uno de los objetivos específicos a estudiar fue conocer las alteraciones cervicales detectadas por citología, así se puede apreciar que el 80 % correspondió a citologías inflamatorias, seguidas en un 12 % por lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIE bg) y un 8 % de lesiones intraepiteliales de alto grado (LIE ag) ambas asociadas a virus del papiloma humano (VPH) estando estas ultimas relacionadas con lesiones pre-malignas de cuello uterino.

Por otra parte, en las citologías consideradas inflamatorias estuvieron asociados diversos agentes infecciosos tales como Haemofilus Influenza, Tricomonas vaginalis y virus del papiloma humano (VPH). Esta identificación permitió instaurar un adecuado tratamiento médico a las pacientes susceptibles a estas infecciones.

Otro de los objetivos planteados fue conocer el resultado de las Colposcopias realizadas, y se pudo evidenciar que un 38 % fue reportado como "anormal" de los cuales 27 casos fueron identificados como ZINCN (zona yodo negativa de contornos netos), 21 casos de epitelio blanco, 15 casos de alteraciones tipo

Mosaico y 11 casos de tipo Punteado. Lo importante a destacar es que todas estas alteraciones revelan algún tipo de trastorno en las capas celulares que comprenden el epitelio del cuello uterino.

Por otra parte hay que destacar que el 59 % de las pacientes evaluadas en la consulta ameritaron biopsia de cuello uterino, las cuales se realizaron por orientación de los hallazgos colposcópicos consideradas anormales. Como se pudo ver el número de biopsias supero al número de colposcopias anormales, esto es debido a que se tomaron biopsias de las alteraciones detectadas por citología como LIE de alto y bajo grado que representaban un 20 % del total de citologías.

En los resultados obtenidos por biopsias se pudo determinar que el mayor porcentaje (49,14 %) estuvo representado por Metaplasia escamosa madura-inmadura y cervicitis crónica, lo que se interpreta como lesiones de bajo riesgo para patología cervical. Sin embargo 17 casos (14, 66 %) estuvieron representados por NIC I y III (neoplasia intraepitelial cervical) asociados a virus de papiloma humano (VPH) y como ya se ha comentado este tipo de lesiones son consideradas precursoras de cáncer cérvico-uterino, más aun si se encuentra asociado a VPH, tal como lo han demostrado diversos trabajos internacionales en los cuales el 99, 7 % de los cánceres cervicales de todas las regiones del planeta tienen señales moleculares de la presencia del virus de papiloma humano. Luego, se pudo conocer que los 17 casos positivos de biopsia, referidas como NIC, todas guardaron estrecha relación con las atipias colposcópicas, siendo el común denominador el epitelio de zona iodo-negativo (zincn) y los vasos atípicos.

En relación a si hubo correspondencia entre el resultado de la biopsia y la citología, se pudo determinar que todos los casos reportados como NIC III (Ca in situ) guardaron relación con la citología, correspondiendo todas a LIE de alto grado; sin embargo, en los casos de NIC I todos correspondieron a reportes de citología inflamatoria severa, pero que no fueron clasificados como LIE ni de alto, ni de bajo grado; no obstante, hubo estrecha relación con los hallazgos colposcópicos. Esto coincide lo expuesto en la literatura consultada, en el sentido de que la incidencia de falsos negativos de las citologías disminuyen al aumentar la intensidad de las alteraciones epiteliales, siendo alta en los casos de NIC I - II, y disminuyen para los NIC III. La colposcopia puede diferenciar lesiones acertadamente, pero no es una alternativa de la biopsia.[15]

La exposición que causa infección del VPH en la porción inferior del tracto genital con toda probabilidad es la transmisión sexual, aunque se ha descrito también la transmisión vertical. De allí que otro de los objetivos planteados fue correlacionar los hábitos sexuales: inicio de relaciones, numero de parejas, etc., como factores de riesgo que pudieran influir en la aparición de las lesiones o neoplasias cérvico-uterinas. Se encontró que de los 9 casos con NIC III el inicio de las relaciones sexuales estuvo entre los 14 y 16 años, lo cual revela una relación directa entre estos dos factores. En cuanto al número de compañeros sexuales y la relación con las neoplasias reportadas, no fue posible establecer la correlación debido a que la mayoría de las historias carecían de este dato.

Finalmente se puede afirmar que el tipo de investigación utilizada fue apropiada pues se logró obtener los resultados planteados en el sistema de objetivos.

Se puede concluir, una vez evaluada la consulta de Pesquisa de cuello uterino en pacientes embarazadas del Hospital Universitario de Caracas, que ésta constituye un bastión importante en la detección precoz y oportuna de lesiones cervicales del tipo premalignas o neoplásicas con lo cual se pueden establecer estadísticas propias que permitan planificar políticas sanitarias orientadas a disminuir la morbi-

mortalidad por cáncer de cuello uterino en pacientes en edad reproductiva, tomando en cuenta que muchas veces esta representa la única oportunidad, que ofrecen algunas pacientes para la exploración ginecológica, y por ello, el médico gineco-obstetra está en la obligación de evaluar, educar y orientar a estas pacientes para su evaluación periódica.

RECOMENDACIONES

Por lo tanto, en base a los resultados observados se pueden sugerir las siguientes recomendaciones:

1.- La consulta de Cuello Uterino debe ser permanentemente supervisada por un especialista, tanto por lo delicado de sus procedimientos como por los particulares cambios fisiológicos ocurridos en el embarazo, que en manos de personal poco entrenado pudiera ignorar la verdadera magnitud de la situación y más aún no saber tomar las conductas oportunas y adecuadas dejando pacientes sub-tratadas o no diagnosticadas.

2.- Es necesario mantener en la consulta un personal paramédico (Enfermera entrenada), con un mínimo de rotaciones para así poder mantener un flujo eficaz de envío de muestras y búsqueda de resultados con anatomía patológica, lo cual es de vital importancia para la toma oportuna de decisiones.

3.- Igualmente se debe establecer una comunicación más directa entre el ambulatorio y la pesquisa de cuello con el objeto de agilizar y mejorar las referencias de las pacientes, a fin de que puedan comenzar su evaluación lo más temprano posible.

4.- En los casos que se evidencie presencia de VPH, tratar siempre a la pareja.

5.- Considerar la infección cervical por VPH como multifocal y/o diseminada; relacionarla con la importante incidencia de displasias e indicar su respectivo tratamiento antes del parto.

6.- Insistir en la necesidad de tratar todos los casos de citología inflamatoria severa y repetirla post tratamiento, ya que los exudados de estas lesiones pueden oscurecer evidencias de posibles neoplasias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1). Rincón Morales F,: Ginecología 96. Editorial Artes Gráficas Enede, Venezuela 1996; 84:148.

2). Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital MSAS, Dirección de Oncología, Registro central de cáncer, Venezuela, 1995.

3). Noller KL: Cervical cytology and the evaluation of the abnormal Papanicolaou smear. Primary care, 15:461, 1988.

4). Essenfeld-Yahr E, Calvo Lairet A, Padrón J, Cotte C,: El diagnóstico citológico en oncológica. En: R Vera, LE Palacios (Eds): Cancer al día. Segunda edición, Caracas, SAIO, 1982, Tomo 1 Pág. 195.

5) WHO. Cytological Sceening in the control of cervical cancer. Thechnical Guidelines, Génova. Word Health Organization. 1988.

6).-Capote Negrin L, : Epidemiología del cáncer en América Latina. En: Urdaneta N (Editor): Manual de Radioterapia oncológica. Departant of Radiology of Yale University Scholl of Medicine. Yale 1989.

7). Esteves J, Larraguibel R, Penzo M, : El error citológico en la evaluación de la neoplasia cervico-uterina falsos negativos casos subcitológicos. Revista Venezolana de Oncología, 2:29, 1990.

8)Stormby B, Rubio C,: Cervical brush versus convencional cotton swab applicator. Malmo, Suecia: Medscan,1982.

9). Kolstad P, Stafl A,: Atlas de colposcopia.1a. edición, Oslo. Universitsforlaget.1982.

10). De Palo G, : Infección por virus de papiloma. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Editorial Panamericana, España 1992; 147:200.

11). Ostergard D, Nieberg R,: Evaluation of anormalcervical cytology during pregnancy with colposcopy. Am J Obstet Gynecol. 1988; 159:702.

12). Krumholz B, Knapp R,: Colposcopic selection of biopsy sites. Obstetric Ginecol. 1972; 22:39.

13), Averette H, Nasser N, : Cervical conization in pregnancy. Am J Obstetric Gynecol. 1970; 106:543.

14). Baver H, Greet C, Manos M,: Determination of genital human papiloma virus infection by concensus PCR amplification. In: CS Hermgton and JO McGee (eds): Diagnostic Molecular Pathology a practical approach. Oxford University Press, 1992:131.

15). Richard R,: Rational management of cervical and vulvar neoplasia. Contemporary Ob/Gyn. 1993; 38:112.