



SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES



VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB **www.flasog.org**

COMPÁRTENOS TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS



FLASOG

COMITÉ EJECUTIVO 2017 - 2020

DR. SAMUEL KARCHMER K. Presidente

DR. JORGE MÉNDEZ TRUJEQUE Vicepresidente

DR. LUIS R. HERNÁNDEZ G.Secretario

DR. ALFONSO ARIASTesorero

DR. NÉSTOR C. GARELLO
Presidente Electo

DR. EDGAR IVÁN ORTÍZ L.
Past President

DR. MIGUEL A. MANCERA R.Director Científico

DR. JOSÉ F. DE GRACIADirector Administrativo

DR. RICARDO FESCINA
Director Ejecutivo

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA



ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CONTENIDO

A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE TOLERANCIA CERO CON LA MUTILACIÓN Dr. Pío Iván Gómez Sánchez	pg.5
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA CLAE	pg.8
TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO (TANN) CONCEPTOS CLAVE PARA IMPLEMENTACIÓN Y USO Dr. Paulo Meade Treviño	pg.12
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Dr. Daniel Pascal Pontón	pg.17

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.

EDITOR

Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

EDITOR ASOCIADO

Dr. Néstor Garello (Argentina) Dr. Ariel Marrufo Soda (México) Dr. Samuel Karchmer K. (México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (México) Dr. Emilio Valerio Castro (México) Dra. Wendy Cárcamo (Honduras) Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri (Colombia) Dra. Blanca Lilia Fretes (Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Paulo Meade Treviño (México) Dra. Desiree Mostajo Flores (Bolivia) Dra. María Cecilia Arturo Rojas (Colombia) Dra. Mercedes Pérez (Venezuela) Dr. Dalton Ávila Gamboa (Ecuador) Dra. Ivonne Díaz Yamal (Colombia) Dr. Alfredo Célis López Dr. Gustavo Ferreiro Delgado (Uruguay) Dra. Viridiana Gorbea Chávez (México) Dr. Claudio Sosa (Uruguay) Dr. Samuel Seiref (Argentina) Dr. Rodrigo Zamora (México) Dr. Edgar Iván Ortíz (Colombia) Coordinador gráfico

Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial

Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial

Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstretas latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE TOLERANCIA CERO CON LA MUTILACIÓN

La mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas.

DR. PÍO IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ. MD, MSc, FACOG

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia Asesor Médico Senior IPPF/RHO

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Es practicada casi siempre en menores y constituye una violación de los derechos de la niña. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte. Se estima que anualmente tres millones de niñas sufren MGF que suele realizarse sin anestesia, utilizando tijeras, cuchillas, cucharas calientes o tapas de latas, que pueden ocasionar infecciones mortales. Más de 200 millones de mujeres y niñas actualmente han sido objeto de la MGF en 30 países de África, Oriente Medio y Asia como Yemen, Iraq, Malasia, Indonesia. Se ha reportado en ciertos grupos étnicos de Sudamérica, en menor proporción en Centroamérica y algunas comunidades inmigrantes de Occidente.

La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos:

Tipo 1 – Clitoridectomía: Resección parcial o total del clítoris y en casos muy infrecuentes solo del prepucio clitoridoano ("Shaving").

Tipo 2 – Excisión: Consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores con o sin excisión de los labios mayores.

Tipo 3 – Infibulación: Consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin clitoridectomía.

Tipo 4 – Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

La subcomisión de Derechos Humanos de la ONU adoptó el 6 de febrero como día internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación en referencia al 6 de febrero de 2003, fecha en la que Stella Obasanjo, primera dama de Nigeria y portavoz de la Campaña contra la Mutilación Genital Femenina, realizó una declaración oficial sobre "Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina" en África durante la conferencia organizada por el Comité Inter-Africano en Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de Mujeres e Infancia

² International Planned Parenthood Federation. Región Hemisferio Occidental

A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE TOLERANCIA CERO CON LA MUTILACIÓN

Por desinfibulación se designa la técnica consistente en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación, lo que suele ser necesario para mejorar su estado de salud y bienestar y para hacer posible el coito o facilitar el parto. En términos generales, los riesgos aumentan a medida que lo hace la gravedad del procedimiento. Las complicaciones inmediatas pueden incluir además del intenso dolor, hemorragia, infección, lesiones de tejidos vecinos (vejiga, recto) e incluso la muerte. Las consecuencias a largo plazo pueden ser: Dispareunia, disfunción sexual, infección urinaria, dismenorrea, infecciones vaginales, cicatrices queloides, parto distócico, trastornos piscológicos, entre otras muchas. Hay a veces necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo cuando después de una infibulación (tipo 3) le practican un corte para hacer posible el coito y el parto (desinfibulación); en ocasiones esta mujer es sujeta a nueva infibulación, cosa que acrecienta los riesgos tanto inmediatos como a largo plazo.

Un papiro griego fechado en el año 163 antes de nuestra era menciona la operación que se les realizaba a las niñas en Memphis, Egipto, a la edad en la que recibían su dote, lo que respaldaría la idea de que la mutilación genital femenina se originó como una forma de iniciación para las mujeres jóvenes. Aetios en su obra Ginecología y Obstetricia del siglo VI refiere: "Visto como una deformidad y un motivo de vergüenza, el clítoris

generaba irritación por el roce continuo contra las ropas, lo que estimulaba el apetito por las relaciones sexuales". Ante esta situación, los egipcios consideraban adecuado extirparlo antes de que se volviera demasiado grande, especialmente cuando las niñas estaban a punto de contraer matrimonio. Según la historiadora norteamericana Mary Knight, autora del artículo "¿Corte curativo o Mutilación Ritual? Algunas conjeturas sobre la práctica de la circuncisión masculina y femenina en el Egipto greco romano", las motivaciones médicas probablemente estaban mezcladas con razones rituales, morales y sociales a favor de la continuación de una práctica que inicialmente ha sido estrechamente efectuada y cuyos motivos originales probablemente fueron olvidados hace mucho. Tiempo después, concretamente en el siglo XIX, los ginecólogos de Inglaterra y de los Estados Unidos realizaban clitoridectomías para tratar diferentes síntomas psicológicos, como por ejemplo "la masturbación y la ninfomanía". El autor Gollaher escribió: "Las cirugías que observamos en la Inglaterra victoriana y en los Estados Unidos se basaban principalmente en una teoría actualmente desestimada llamada "neurosis refleja", que sostenía que muchos desórdenes como la depresión y la neurastenia estaban originados por la inflamación genital". "Es la misma teoría detrás de la medicalización de la circuncisión masculina a fines del siglo XIX", agregó.

Solo en los últimos tiempos la mutilación genital femenina ha sido reconocida internacionalmente como una violación a los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Suecia fue el primer país de Occidente en prohibir la mutilación genital femenina, seguida en 1985 por el Reino Unido. En los Estados Unidos se hizo ilegal en 1997, el mismo año en que la *Organización Mundial de la Salud* lanzó una pronunciación conjunta con *UNFPA* y *UNICEF* contra esta práctica. Actualmente, la mutilación genital femenina es considerada un crimen en la gran mayoría de los países.

El 4 de diciembre de 2012 se realizó la cuarta conferencia de la organización intergubernamental sobre el rol de la mujer en los países en desarrollo en Yakarta, Indonesia, allí el titular de la Organización de Cooperación Islámica llamó a abolir la mutilación genital femenina: "Esta práctica es un ritual que ha sobrevivido a lo largo de los siglos y que debe ser detenida. El Islam no la respalda", manifestó el secretario general Ekmeleddin Ihsanoglu.

En América Latina hay cierta evidencia anecdótica de la práctica en grupos indígenas desde Brasil y Ecuador hasta México, aunque se cree que en la mayoría ha sido erradicada o ha desaparecido. En Colombia existe la etnia Embera, el segundo pueblo indígena más grande en número de habitantes de Colombia (250.000), pueblo que se extiende más allá de los límites de este país hacia Ecuador en el sur y Panamá en el norte; de hecho, UNFPA está

investigando la posible existencia de casos en esos dos países. Se han reportado casos de MGF en el grupo Embera Chamí que se localiza en los departamentos de Risaralda, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca y Quindío en Colombia. Algunos historiadores creen que esta práctica inició en el siglo XVIII, entre las hipótesis se cree que fue implementada por monjas católicas o fue copiada a comunidades de esclavos provenientes de Malí, África. En una entrevista a una mujer Embera Chamí menciona: "Lo hacen dizque con una tijera o con una cuchilla o lo queman con una cuchara, la ponen a calentar en el fuego, en una leña, y lo van machucando para que se vaya chamuscando el clítoris de la niña". En agosto de 2017 una niña Embera recién nacida del municipio de Trujillo murió por una infección luego de que se le practicara la ablación genital. Desde hace varios años se ha venido trabajando con los líderes indígenas en programas de educación para informarle a la comunidad sobre los mitos y la realidad de la mutilación genital femenina, sin embargo siguen apareciendo casos aislados ocasionalmente.

Desde FLASOG apoyamos el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación, seguiremos investigando sobre el tema en nuestra región y trabajando con Organismos como UNFPA e IPPF/RHO para abolir este flagelo que es una flagrante violación de los derechos humanos de mujeres y niñas.

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

CLAE

Resumen clínico

El Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia y el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), nos comparten la versión en castellano del resumen de las guías que se publicaron en diciembre de 2018 conjuntamente con FIGO, en materia de pastillas de anticoncepción de emergencia.

Indicaciones: Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) están indicadas para prevenir el embarazo después de tener relaciones sexuales coitales si no se ha usado un método anticonceptivo; si se ha usado un método anticonceptivo pero de forma incorrecta o, si se ha usado de forma correcta pero se observa inmediatamente que ha fallado.

Regímenes de PAE: Los dos principales regímenes de *PAE*, empaquetados y etiquetados específicamente como anticoncepción de emergencia (AE), son:

- 1 tableta de levonorgestrel (LNG) de 1,5 mg (también en presentación de 2 tabletas de LNG de 0,75 mg cada una, que pueden tomarse juntas de forma segura).
- 1 tableta de acetato de ulipristal (UPA) de 30 mg.

Otros regímenes de PAE son:

- 1 tableta de mifepristona de 10-25 mg (menos disponible).
- El método hormonal combinado (conocido como Yuzpe), que consiste en usar cierto tipo de pastillas anticonceptivas como AE.

Indistintamente del régimen que se emplee, las *PAE* deben tomarse lo más pronto posible y no más allá de cinco días después de la relación sexual coital, para maximizar la probabilidad de que se usen antes de la ovulación.

Cómo funcionan las PAE: El mecanismo de acción primario es la interferencia con la ovulación. Se han postulado otros mecanismos, pero no están bien sustentados en los datos. No hay evidencia que apoye la teoría de que las *PAE* interfieran con la implantación de un huevo fecundado. Las *PAE* no causan un aborto si hay un embarazo en curso.

Efectividad de las PAE: El régimen de LNG reduce el riesgo de embarazo por lo menos a la mitad y posiblemente hasta el 80-90% después de un episodio de coito desprotegido. Los regímenes de UPA y de mifepristona son más efectivos que el de LNG. El régimen combinado (Yuzpe) es el menos efectivo.

Efectos secundarios: Las *PAE* son seguras y no existen situaciones en las que los riesgos de usar cualquiera de los regímenes de PAE superen los beneficios. Los efectos secundarios son menores y autolimitados, pueden incluir alteraciones en el patrón de sangrado, náusea, dolor de cabeza, dolor abdominal, sensibilidad en los senos, mareo o fatiga.

Efectos en el embarazo: Las *PAE* no causan daño alguno si se toman de forma inadvertida durante el embarazo. Si la mujer resultara embarazada a pesar de haber usado las PAE, éstas no le causarán ningún daño a ella, al embarazo o al feto.

Precauciones y contraindicaciones:

Las *PAE* no tienen contraindicaciones médicas. Una mujer embarazada no debería tomar *PAE* porque no tendrán ningún efecto.

Evaluación clínica: No es necesario realizar exámenes clínicos ni de laboratorio antes de tomar las *PAE*.

Casos especiales:

- Adolescentes: Las *PAE* son seguras para todas las mujeres independientemente de la edad; pueden usarlas niñas en fases iniciales de la pubertad, antes de la menarquía.
- Lactancia: Las *PAE* de LNG pueden tomarse sin restricciones. Si se usa la PAE de UPA, se recomienda suspender la lactancia durante una semana.
- Uso de PAE antes del coito: Las PAE podrían ser un método apropiado para mujeres que tienen relaciones coitales con poca frecuencia; pero esta indicación requiere de mayor estudio. Si una mujer tiene la oportunidad de planificar el uso de métodos anticonceptivos antes del coito, se recomienda el condón u otros métodos de barrera.
- Uso después de más de un episodio de relaciones sexuales coitales sin protección: La mujer debe usar un solo tratamiento de *PAE*, independientemente del número de episodios previos de coitos desprotegidos. Si todos sucedieron dentro de las últimas 120 horas, es recomendable usar la *PAE* de UPA. Si sucedieron en las últimas 72 horas, se puede usar tanto LNG como UPA.
- **Uso repetido**: Las *PAE* pueden utilizarse con tanta frecuencia como sea necesario, pero no es necesario tomarlas más de una vez cada 24 horas, si hubo varios episodios de coito sin protección en este lapso de tiempo. Usar las *PAE* más de una vez durante un mismo ciclo menstrual es totalmente

seguro. Debido a la interacción entre UPA y LNG, en caso de necesitar nuevamente las *PAE* dentro de un período de cinco días, debe usarse el mismo régimen previamente utilizado (ya sea LNG o UPA).

- Uso de PAE durante el "período no fértil": Determinar con certeza si el coito ocurrió en un día fértil o no fértil es a menudo imposible. Por lo tanto, una mujer no debería abstenerse de usar las PAE porque asume que tuvo relaciones en un día del ciclo supuestamente "no fértil".
- Interacciones con medicamentos: Los inductores de las enzimas hepáticas CYP450 pueden reducir la efectividad de las PAE de LNG y de UPA. Estos incluyen los medicamentos contra el VIH efavirenz y ritonavir; ciertos medicamentos para la tuberculosis y la epilepsia, y medicamentos a base de hierbas que contienen hierba de San Juan. A toda mujer que utilice estos medicamentos y que necesite AE, debe ofrecérsele la inserción de emergencia de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o, alternativamente, una doble dosis de LNG (3 mg). Por otro lado, la eficacia de la PAE de UPA puede verse reducida si se tomó una progestina hasta siete días antes, o si se toma hasta cinco días después de la ingesta del UPA. No se recomienda el uso de la PAE con UPA en mujeres con casos severos de asma tratados con glucocorticoides orales o en mujeres con insuficiencia hepática grave.
- Embarazo ectópico: Ningún régimen de PAE aumenta el riesgo de embarazo ectópico.
- Obesidad: Las PAE pueden ser menos efectivas entre mujeres con un índice de masa corporal

(IMC) ≥30 kg/m2, que entre mujeres con un IMC de <25 kg/m2. Se recomienda usar el DIU de cobre o la PAE de UPA en mujeres con obesidad (IMC ≥30 kg/m2). Como alternativa, puede usarse una doble dosis de LNG. No debe negarse el acceso a las PAE a ninguna mujer por su IMC o por exceso de peso.

Sistemas de prestación de servicios:

Todas las mujeres, niñas y hombres deben recibir información sobre las PAE, antes de que necesiten usarlas. Para garantizar un acceso oportuno, puede considerarse obtener un paquete de PAE (o la receta médica para su compra) con antelación.

Entrega de las PAE: Dada la creciente variedad de métodos de AE a disposición de las mujeres, éstas deben disponer de la información y consejería necesarias para elegir el mejor método de AE cada vez que la necesitan. No se requiere seguimiento médico después de usar AE.

Iniciar o reanudar el uso de anticonceptivos regulares después de usar la PAE: Las mujeres deben ser claramente informadas de que, si tienen relaciones sexuales coitales desprotegidas en el mismo ciclo después de usar las PAE, están en mayor riesgo de embarazo y que las PAE no ofrecen protección anticonceptiva para relaciones sexuales coitales posteriores a su toma. Después de usar las PAE, la mujer debe usar otro método anticonceptivo antes de reanudar su actividad sexual:

- Si se ha utilizado la *PAE* de LNG o el método Yuzpe, se recomienda usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones coitales durante una semana. Los métodos anticonceptivos hormonales, combinados o de progestina sola (pastillas, parches, inyección, implantes, anillo), pueden iniciarse o reanudarse de manera segura el mismo día de la toma de la *PAE* de LNG.
- Si se ha utilizado la PAE de UPA, se recomienda usar un método de barrera o abstenerse de relaciones coitales durante dos semanas. Los métodos anticonceptivos hormonales combinados o de progestina sola (pastillas, parches, inyección, implantes, anillo), excepto el Sistema Intrauterino de LNG (SIU-LNG), pueden iniciarse de manera segura cuando hayan pasado cinco días completos desde la toma de la PAE de UPA.

Para más información, consulte la guía completa Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidance (4ª edición, 2018), disponible en inglés en: https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/ICEC-guides_FINAL.pdf

Este resumen en castellano ha sido posible gracias a la colaboración de: Asociación Ciudadana ACCEDER (Costa Rica);
Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – Promsex (Perú); Dra. Raffaela Schiavon (México);
los Consorcios Europeo y Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (ECEC y CLAE), y Management Sciences for Health.

Sobre el documento:

Versión FINAL – 29 .01.2018. Traducción Larissa ACCEDER / Edición C.Puig ECEC
Con comentarios de CLAE / Rossina / RAFFA / Tina
//Jsers/tinapuig/Documents/iCEC 2019 /Spanish EC Guidance 4th ed. 2019 /CASTELLANO Resumen clínico Guia ICEC 4a edicion_FINAL .docx



Documento proporcionado por:

Amy Boldosser / ICEC

Rossina Guerrero / CLAE

Cristina Puig / ECEC y colaboradora de ICEC

Si la usuaria resulta embarazada:

Puede ocurrir que una mujer que utilizó las *PAE*, posteriormente se dé cuenta de que está embarazada, ya sea porque ya estaba embarazada, porque las PAE no funcionaron, o porque tuvo relaciones sexuales sin protección después de usar las PAE. En cualquier caso, la mujer debe saber que las PAE no tienen efectos adversos conocidos sobre el embarazo.





TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO (TANN) CONCEPTOS CLAVE PARA IMPLEMENTACIÓN Y USO

Dr. Paulo Meade Treviño.

Coordinador del Comité de Salud Materna de FLASOG Miembro del Comité de Actividades Científicas de FEMECOG paulomeade@gmail.com

- Es una estrategia emergente en Latinoamérica en el manejo de la hemorragia obstétrica.
- El TANN es diferente en diseño y acción a los trajes neumáticos
- Se encuentra validado por OMS, FIGO y FLASOG sustentado en medicina basada en evidencias.
- Características: Neopreno, ligero, uniones de velcro, resistente, reutilizable y bajo costo.
- Seis componentes. Tres para cada pierna, uno para pelvis, un balón se hule espuma y uno para fijar este último en región abdominal.
- Compresión circunferencial provocando redistribución de flujo venoso de miembros inferiores y pelvis aumentando la precarga.
- Compresión uterina y del lecho placentario, así como vasos pélvicos.
- Se ha demostrado su utilidad en estabilización, traslado, disminución volumen de hemorragia, menor necesidad de transfusión de hemoderivados, disminuye la necesidad de intervenciones quirúrgicas.

- La indicación de su aplicación está dada ante datos de inestabilidad hemodinámica por choque hipovolémico.
- Parámetros que indican colocación.- Pérdida sanguínea estimada mayor a 750 ml. Frecuencia cardiaca persistente mayor a 100 lpm. Presión arterial sistólica menor 90 mmHg. Presión arterial media persistente menor a 65 mmHg. Índice de choque igual o mayor 0.9
- Siempre se coloca de la porción distal a la porción proximal. Del componente 1 al 6.
- Actualmente se encuentra ya integrado a protocolos de manejo; hace parte de ellos, no los sustituye.
- Una vez colocado, es un buen momento para colocar accesos venosos periféricos en miembros superiores.
- Su diseño permite ya puesto, colocar a la paciente en posición de litotomía; y es posible retirar los componentes 5 y 6 para realizar intervenciones quirúrgicas vía abdominal.

- Cuidado de no colocarlo comprometiendo la mecánica ventilatoria.
 - Puede permanecer colocado hasta 48 horas.
- Esta contraindicado en gestantes, estenosis mitral, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión pulmonar.
- No esta demostrada su utilidad en estado de choque diferente al hipovolémico.
- Se retira cuando han pasado al menos dos horas en que se encuentra hemodinámicamente estable, no presenta sangrado activo y en caso necesario se ha transfundido.

- El único riesgo de esta estrategia es retirar súbitamente el traje, lo que provocaría un colapso vascular por redistribución sanguínea súbita.
- Siempre se retira de la porción distal a la porción proximal; corroborando estabilidad entre el retiro de cada componente, con intervalo de 20 minutos.
- Actualmente se está utilizando poco en los países latinoamericanos.
- Su proceso de enseñanza y aprendizaje es rápido y sencillo.
- El reto actual es su integración sistemática a los protocolos de manejo de los países latinoamericanos.



TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO (TANN) CONCEPTOS CLAVE PARA IMPLEMENTACIÓN Y USO

REFERENCIAS

- 1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Say L et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2015;387(10017):462–74
- 2. J P Souza. WHO Guidelines for prevention and treatment of postpartum hemorrage 2012.
- 3. Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, Perel P, Blum J, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. PLoS ONE. 2013;8(3)
- 4. Michel Foley. Obstetrics Intensive Care Manual Thirth edition. Chapter 3 and 4. McGrow Hill Medical. 2010.
- 5. Traje antichoque no neumático: una opción en el tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2018 marzo;86(3):200-207
- 6. Marik PE, Monnet X, Teboul JL. Hemodynamic parameters to guide fluid therapy. Ann Intensive Care 2011; 1(1): 1
- 7. Özge Tuncalp el al. New WHO recomendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. International Journal of Gynecology and Obstetrics Volume 123, Issue 3 August 2013
- 8. WHO. compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Disponible en: concerns 2011 www.who. int/medical_devices/en/index.html
- 9. World Health Organization, USAID, Maternal and Child Health Integrated Program. WHO recommendations on the prevention and treatment of postpartumhaemorrhage. Highlights and keymessages from new 2012 global recommendations. Published 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120082/1/WHO_RHR_14.20_eng.pdf.
- 10. André Lalonde. Non-pneumatic anti-shock garment to stabilize women with hypovolemic shock secondary to obstetric hemorrhage FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. International Journal of Gynecology and Obstetrics 128 (2015) 194–195.
- 11. Haggerty J. Anti shock garment. Disponible en: http://www.sti.nasa.gov/tto/spinoff1996/28.html; 1996.
- 12. Organización Mundial de la Salud. Oficina Panamericana de la Saludo. Cero Muertes maternas por Hemorragia. Disponible en: http://www.paho.org/cero-muertes-maternas-hemorragia/
- 13. Stenson AL, Miller S, Lester F. The mechanisms of action of the non-pneumatic anti-shock garment. Arulkumaran SS Karoshi M Keith LG Lalonde AB B-Lynch C Ed Compr Textb Postpartum Hemorrhage 2nd Ed USA Sapiens Publ. 2012;331–40.

TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO (TANN) CONCEPTOS CLAVE PARA IMPLEMENTACIÓN Y USO

- 14. Brees C. A non-inflatable anti-shock garment for obstetric hemorrhage. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2004) 87, 119–124.
- 15. Miller S, Turan J, Dau K et al. Use of the Non-Pneumataic Anti-Shock Garment (NASG) to reduce blood loss and time to recovery from shock for women with obstetric hemorrhage in Egypt. Glob Pub Health 2007; 2(2): 110–124.
- 16. Miller, S., O. Ojengbede, J. Turan, et al. Non-pneumatic anti-shock garment decreases mortality form obstetric haemorrhage in Nigeria. In: British International Congress of Obstetrics and Gynaecology (BICOG). July 4–6. 2007. London, UK.
- 17. Hensleigh PA. Anti-shock garment provides resuscitation and haemostasis for obstetric haemorrhage. BJOG 2002; 109(12): 1377–1384.
- 18. Magwali T, Butrick E, Mambo V, El Ayadi A, Lippman S, Bergel E, et al. Non-pneumatic anti-shock garment (NASG) for obstetric hemorrhage: Haraze, Zimbabwe. Int J Gynecol Obstet. 2010;119:S410.
- 19. Miller S, Hamza S, Bray E et al. First aid for obstetrical hemorrhage: the pilot study of the Non- Pneumatic Anti-Shock Garment (NASG) in Egypt. BJOG 2006; 113(4): 424–429.
- 20. Le Bas A, Chandraharan E, Addei A, Arulkumaran S. Use of the "obstetric shock index" as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. Int J Gynecol Obstet. 2014;124(3):253–5.
- 21. Pileggi-Castro C, Nogueira-Pileggi V, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Vogel JP, Souza JP. Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe postpartum haemorrhage: a systematic review. Reprod Health. 2015;12:28.
- 22. Miller S, Bergel EF, El Ayadi AM, Gibbons L, Butrick EA, Magwali T, et al. Non-pneumatic anti-shock garment (NASG), a first-aid device to decrease maternal mortality from obstetric hemorrhage: a cluster randomized trial. PLoS One. 2013;8(10):e76477.
- 23. Moruad, Yousiff et al. Can de Non-Pneumatic antishock Garment (NASG) reduce adverse maternal outcomes from postpartum hemorrhage? Evidence from Egypt and Nigeria. Reproductive Health 2010, 7:24
- 24. Escobar et al. Experience in the use of non-pneumatic anti-shock garment (NASG) in the management of postpartum hemorrhage with hypovolemic shock in de Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia Reproductive Health 2017 14:58
- 25. Miller et al. Obstetric hemorrhage and shock managment: using the low technology Non. Neumpatic antishock garment in Nigerian en Egypcian tietiary care facilities. BMC Pregnancy and Childbirth 2010. 10;64.

TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO (TANN) CONCEPTOS CLAVE PARA IMPLEMENTACIÓN Y USO

- 26. Miller S, Fathalla MM, Youssif MM, Turan J, Camlin C, Al-Hussaini TK, et al. A comparative study of the non-pneumatic anti-shock garment for the treatment of obstetric hemorrhage in Egypt. Int J Gynaecol Obstetrics 2010;109(1):20–4.
- 27. Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Galadanci H, Meyer C, Nsima D, Camlin C, et al. Assessing the role of the non-pneumatic anti-shock garment in reducing mortality from postpartum hemorrhage in Nigeria. Gynecol Obstet Investig. 2011;71(1):66–72.
- 28. Maknikar S, Nanda R, Miller S. NASG reduces mortality in indian women with PPH. Int J Gynecol Obstet. 2012;119(Supplement 3):S413.
- 29. Lester F, Stenson A, Meyer C, Morris J, Vargas J, Miller S. Impact of the Non-pneumatic Antishock Garment on pelvic blood flow in healthy postpartum women. American journal of obstetrics and gynecology. 2011;204 (5):409 e1-5.
- 30. Miller S. Anti-shock garment in postpartum hemorrhage. Best Practice and Research Practice in Obstetrics and Gynecology Vol 22 Num 6 1057 1074 2008
- 31. Can de Non-Pneumatic antishock Garment (NASG) reduce adverse maternal outcomes from postpartum hemorrhage? Evidence from Egypt and Nigeria Moruad Yousiff et al Reproductive Health 2010 7:24
- 32. Milller S et al. Obstetric hemorrhage and shock managment: using the low technology Non. Neumpatic antishock garment in Nigerian en Egypcian tietiary care facilities. BMC Pregnancy and Childbirth 2010. 10;64
- 33. Berdichevsky K, Tucker C, Martinez A, Miller S. Acceptance of a new technology for management of obstetric hemorrhage: a qualitative study from rural Mexico. Health care for women international. 2010;31 (5):444–57.



¡MANTENTE ACTUALIZADO!

SIGUE NUESTRAS ACTIVIDADES Y NOTICIAS EN NUESTRO BOLETÍN

Encuéntralo cada día 1ro. de mes en nuestras redes sociales y sitio web.



www.flasog.org

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Dr. Daniel Pascal Pontón

Médico Gineco Obstetra Centro Especializado para la Atención de la Mujer Hospital Ángeles Lomas

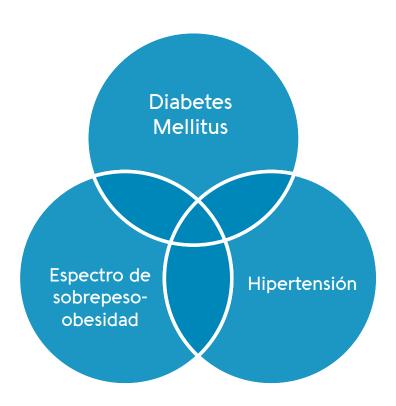
OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, los diferentes sistemas de tamizaje con fundamento citológico han demostrado ser útiles en el decremento de casos nuevos así como en morbimortalidad asociados al cáncer de cuello uterino, a pesar de lo anterior no se han cumplido con los objetivos propuestos puesto que dicho padecimiento sigue representando un importante problema de salud pública, por lo que resulta imperativo realizarse las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo abordar el tema de la prevención del cáncer cervicouterino con las diferentes alternativas disponibles a la fecha?
- ¿Es conveniente implementar un programa de vacunación nacional?

• ¿Las alternativas disponibles resultan ser opciones costo-efectivas y no solo estrategias de ahorro sin beneficio? (Aponte González, Eslava-Schmalbach, Díaz-Rojas, & Gaitán-Duarte, 2011)

El sistema de salud pública de México tiene como objetivo primario establecer políticas de prevención y promoción de la salud para padecimientos crónicos no transmisibles, principalmente enfocados en el manejo de:



Es entonces que se establece en el programa sectorial de salud 2013-2018 diferentes acciones encaminadas a favorecer la accesibilidad a servicios de educación, salud sexual y reproductiva con el objetivo de prevenir el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual (Vega García, Álvarez Solorza, Toxqui Tlachino, Ensastegui Juárez, & Robles Esquivel, 2018) que representan la entidad más prevalente en la población mundial, se cree que el rubro considerado de edad fértil padecerá al menos una infección de transmisión sexual a lo largo de su vida, siendo el grupo más afectado aquel situado entre los 15 y 25 años de edad (Villarreal-Ríos, Benítez-Benítez, Vargas-Daza, Martínez-González, Galicia-Rodríguez,

& Escorcia-Reyes, 2018), la incidencia del Virus del Papiloma Humano en nuestro país se estima que es de 3,723 casos por cada 100,000 mujeres de 20 a 24 años y de 1,523 por cada 100,000 mujeres de 15 a 19 años (Vega García, Álvarez Solorza, Toxqui Tlachino, Ensastegui Juárez, & Robles Esquivel, 2018).

Los cambios moleculares asociados a la infección por VPH en el epitelio cérvicouterino corresponden a una de las principales condicionantes en el desarrollo de procesos neoplásicos; la valoración periódica idealmente favorecerá el reconocimiento de grupos de alto riesgo permitiendo detectar en tiempo y forma aquellas lesiones que puedan ser

tratadas oportunamente (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018), cabe mencionar que la infección por dicho virus no solo tiene una asociación causal con procesos malignos en cuello uterino, sino que se ha descrito a su vez su relación como factor de riesgo para desarrollar cáncer anal, vulvar, vaginal, de pene e incluso orofaríngeo, por lo que el enfoque no debe de ser exclusivamente para tratar a las mujeres, sino entender el proceso de salud-enfermedad implicado, teniendo en cuenta muchas perspectivas que no se limitan únicamente a valorar el rubro biológico, sino a perspectivas políticas y sociológicas importantes, fundamentales en el éxito o fracaso de diferentes programas de salud pública (Cuevas González, et al., 2018).

INTRODUCCIÓN

El cáncer es el evento resultante de la compleja interacción entre condiciones genéticas y ambientales que debutan finalmente en estados de degeneración celular alterados que permiten el desarrollo de lesiones con potencial maligno que culminan en el desarrollo de neoplasias (Roesch-Dietlen, et al., 2018), con base en lo reportado por el análisis sistemático para el Estudio Global de la Carga de la Enfermedad 2015, el cáncer como entidad es la principal condicionante para discapacidad y mortalidad a nivel global, mismo al que se le atribuyen al menos 7.6 millones de muerte por año,

así como 209,359.2 años de vida ajustados por discapacidad (DALY), representando la sumatoria de años de vida perdidos (AVP) asociado a mortalidad prematura y años vividos con discapacidad (AVD). (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018).

Es curioso y sobre todo paradójico como el cáncer cérvicouterino (CaCU) teniendo un excelente perfil para implementar estrategias de prevención secundaria siga siendo una importante causa de morbimortalidad en la salud de la mujer a nivel global, representa el 13% de todos los cánceres ginecológicos y se estima que más del 85% de la carga mundial de dicha condición aqueja a los países en desarrollo (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018).

FACTORES ETIOPATOGÉNICOS IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE DISTINTOS PROCESOS ONCOLÓGICOS, SEGÚN LA NATURALEZA DE LOS MISMOS

Infeccioso, 20%

Helicobacter pylori: 770,000 casos

Virus del papiloma humano: 640,000 casos

Virus del hepatitis B: 420,000 casos Virus del hepatitis C: 170,000 casos Virus Epstein-Barr: 120,000 casos

Tabaquismo, 20-30%

Higiénico dietético, 30-35%

- Dieta
- Actividad física
- Balance energético

FUENTE: (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018) (Roesch-Dietlen, et al., 2018)

Debemos de centrar nuestros esfuerzos en entender que la infección por VPH puede tener desenlaces fatídicos que potencialmente con un buen esquema de tamizaje pudiera aumentar la tasa de detección oportuna, con una adecuada catalogación que diferencie adecuadamente entre bajo y alto riesgo, conociendo entonces cuales son las condiciones que le atribuyen ese perfil de alarma, como lo son las prácticas sexuales de riesgo, el inicio de vida sexual a edades tempranas y el número de parejas sexuales (Roesch-Dietlen, et al., 2018). No debemos de olvidar aspectos fundamentales en la historia natural de la enfermedad, el CaCU es una condición de muy lenta evolución (la transformación neoplásica se lleva en un periodo de 20 a 30 años aproximadamente), que se relaciona a su vez con un estado de infección peristente por ciertos serotipos de VPH con potencial oncogénico, el epiteliotropismo y las particularidades de la unión escamocolumnar propiciarán que dicha zona sea de riesgo para el desarrollo de dichas lesiones (Moreno-Tetlacuiloa & Sobrevilla-Calvo, 2010).

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El Virus del Papiloma Humano (VPH) pertenece a la familia Papillomaviridae, los cuales son pequeñas partículas icosaédricas de ácido desoxirribonucleico (ADN) sin envoltura que miden

aproximadamente 55mm, epiteliotropos; su estructura genómica está compuesta por dobles cadenas de ADN circular (cADN) estructuradas por 7,500-8,000 pares de bases (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018); puede condicionar infecciones latentes durante largos periodos con una heterogeneidad importante en su presentación:

- Sin presentar evidencia clínica y/o histológica.
- Papilomas o verrugas, hiperplasia con engrosamiento de la capa espinosa del epitelio, así como proliferación capilar (Vega García, Álvarez Solorza, Toxqui Tlachino, Ensastegui Juárez, & Robles Esquivel, 2018), (Cuevas González, et al., 2018).
 - Cáncer cervicouterino.

Se han descrito más de 300 subtipos, en donde se detalla el importante potencial oncogénico en algunos de estos, principalmente asociado a los serotipos 16 y 18 (Montero, 2018) responsables por si solos del 70% de casos de CaCU (Vega García, Álvarez Solorza, Toxqui Tlachino, Ensastegui Juárez, & Robles Esquivel, 2018).

TABLA COMPARATIVA DE LOS DIFERENTES PERFILES SEGÚN GENOTIPO Y SU POTENCIAL ONCOGÉNICO

GÉNERO	SEROTIPO VPH	OBSERVACIONES
	ALFAPAPILLOMAVIRUS	
1	16	Altamente oncogénico, causa cáncer en distintos sitios
1	18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Evidencia suficiente de cáncer cérvicouterino
2A	68	Evidencia fuerte de cáncer cérvicouterino
2B	26, 53, 66, 67, 70, 73, 82	Evidencia limitada de cáncer cérvicouterino
2B	6,11	Análogos filogenéticamente a genotipos con evidencia suficente o limitada
3	30, 34, 69, 85, 97	
	BETAPAPILLOMAVIRUS	
2B	5,8	Evidencia limitada para cáncer cutáneo en pacientes con epidermodisplasia verruciforme
3	Otros tipos	•

FUENTE: (Mateos-Lindemann, Pérez-Castro, Rodríguez-Iglesias, & Pérez-Gracia, 2016)

JO RIESGO, POTENCIAL CONDILOMATOSO	ALTO RIESGO, POTENCIAL ONCOGÉNICO
•6	•16
•11	•18
•40	•30
•42	•31
•43	•33
•44	•35
•53	•39
•54	•45
•61	•51
•72	•52
	•56
	•58
	•59
	•68
	•73
	•82

FUENTE (Vega García, Álvarez Solorza, Toxqui Tlachino, Ensastegui Juárez, & Robles Esquivel, 2018), (Roesch-Dietlen, et al., 2018) (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018) La estructura genómica del VPH puede dividirse en las siguientes secciones:

- Región de control o no codificadora (RNC), 10%.
 o Regula el ciclo de vida del virus.
 - o Posee sitios de fijación a:
 - Factores transcripcionales celulares.
 - Promotores tempranos.
 - · Promotores tardíos.
 - Sitios de reconocimiento a hormonas endógenas.
- Región temprana (ER), 50%.
 - o Se compone de 6 genes: E1, E2, E4, E5, E6, E7
 - Implicados en la replicación, en la regulación viral y en el potencial carcinogénico (específicamente E5, E6 y E7)
 - Región tardía (LR), 40%
 - o Estructurada por dos genes codificantes para proteínas L1 y L2, componentes a su vez de la cápside viral; se activa en la etapa final del proceso de replicación viral, formando viriones en el ciclo infectivo (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se refiere a patologías de etiología infectocontagiosa presentes en el 15% de la población joven-adolescente y que su modalidad de transmisión es el contacto sexual ya sea oral, vaginal o anal con un individuo infectado, a través de secreciones o fluídos corporales;

su mecanismo de contagio no se limita a las actividades sexuales sino que puede tener relación con vías perinatales o parenterales; se presentan con mayor frecuencia en:

- Zonas urbanas.
- Personas solteras.
- Jóvenes.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.
- Usuarios de drogas, parenterales (Villarreal-Ríos, Benítez-Benítez, Vargas-Daza, Martínez-González, Galicia-Rodríguez, & Escorcia-Reyes, 2018).

ADOLESCENCIA

Se define a este periodo como aquel comprendido en la edad de 10 a 19 años, mismo que es fundamental para las modificaciones propias de la edad adulta, es ideal que las experiencias suscitadas en este lapso sean positivas, para propiciar cambios conductuales saludables en la posteridad (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).

LESIONES BENIGNAS ASOCIA-DAS AL VPH: VERRUGAS GENITALES, CONDILOMA ACUMINADO Y CON-DILOMA PLANO

Las verrugas vulgares son lesiones de potencial benigno relacionadas con el virus del papiloma humano, que se presentan en jóvenes y que afectan principalmente el sistema mucotegumentario, son causadas por los serotipos 2, 4 y 40; en la región oral se localizan comúnmente en el borde bermellón, la mucosa labial o la lengua; estructuralmente se caracterizan por una distribución papilar o verrucosa, son indoloras, de base pediculada o sésil, coloración blanquecina o rosácea, que pueden presentarse de manera aislada o conglomerada/múltiple (Cuevas González, et al., 2018).

Las verruga genital representan la enfermedad de transmisión sexual mas frecuente a nivel global, se asocia a serotipos de bajo riesgo principalmente 6 y 11, se presenta como una lesión verrucosa exofítica de crecimiento lento confinada a la región vulvar, vaginal, cervical, anal, en pene y con menos frecuencia en boca-laringe (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

Por su parte, el condiloma acuminado es una lesión que se encuentra con mayor frecuencia en individuos de la segunda década de la vida, que afecta frecuentemente la región genital, rectal, mucosa uretral y con menor frecuencia la región gingival, mejillas, labios y paladar duro; su transmisión se da principalmente por contagio oro-genital, el serotipo 11 es al que comúnmente se le atribuye causalidad; su forma asemeja al de una coliflor y posee una superficie digitiforme con base sésil, su tasa de crecimiento es lenta y tiene un aspecto rosado-blanco en función al grado de queratinización (Cuevas González, et al., 2018). A su vez estas lesiones se presentan de manera

aislada o formando conglomerados/racimos en la región anogenital; la modalidad acuminada es fácil de identificar, sin embargo la variante de condiloma plano puede precisar un reto diagnóstico para el clínico poco experimentado (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

LESIONES PREMALIGNAS: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL Y CARCINOMA IN SITU

La depuración viral del VPH por un sistema inmunológico competente se lleva a cabo en un periodo de 1-2 años; en los casos en los que el serotipo sea de alto riesgo oncogénico y que persistan ciertos mecanismos asociados a la propagación infecciosa condicionan un riesgo importante de desarrollar lesiones premalignas (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

Se conoce como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) a las lesiones premalignas cervicales en las cuales se observan células displásicas en epitelio, con atipia nuclear y citoplasmática; es una condición potencialmente reversible incluso de manera espontánea; histopatológicamente, podemos clasificar la NIC en tres grados:

- · NIC I o displasia leve.
- NIC II o displasia moderada.
- NIC III o displasia severa (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018).

Con la finalidad de estandarizar conceptos, dicha clasificación se ha reconfigurado estableciendo dos grandes grupos: Lesiones escamosas de bajo grado (LSIL) y lesión escamosa de alto grado (HSIL) (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

NIC I

Se considera una lesión escamosa de bajo grado (LSIL), se refiere a un diagnóstico histopatológico de un proceso infeccioso asociado a VPH, con afección del tercio proximal a la membrana basal, tiene una tasa elevada de regresión espontánea y se describe que únicamente el 10-15% de los casos progresarán a una modalidad más avanzada, por lo que el tratamiento se basa en la observación periódica (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

NIC II

Se entiende por este concepto a datos de displasia moderada, se cataloga como lesión escamosa de alto grado; afecta prácticamente todo el espesor epitelial respetando el tercio distal, esta entidad efectivamente representa una lesión con un potencial mayor a progresar, aunque la tasa de regresión espontánea oscila en 40%, a diferencia de NIC I estas lesiones se tratan por su probabilidad de progresar a estadíos más avanzados (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

NIC III

Se refiere a la afección del espesor total epitelial sin sobrepasar la membrana basal, presenta displasia severa, esta lesión es un verdadero precursor del cáncer cervicouterino, por lo que su tratamiento es imperativo (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018).

CIS (CARCINOMA IN SITU)

Representa la modalidad más cercana a lo que propiamente conocemos como cáncer cervical invasivo, en la mayoría de los casos se asociada a NIC III aunque es frecuente que exista discrepancia diagnóstica (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018), (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018).

CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer cervicouterino es una condición asociada a la infección persistente por virus de papiloma humano de serotipo oncogénico (Torres-Poveda & Madrid-Marina, 2015) (Torres-Poveda & Madrid-Marina, 2015), se sitúa como el tercer cáncer más frecuente y el segundo proceso etiológico asociado a mortalidad en las mujeres a nivel global, su distribución mundial se encuentra fuertemente relacionada con el estatus socioeconómico, donde las regiones subdesarrolladas presentan una incidencia y morbimortalidad 5 veces mayor comparadas con aquellas más desarolladas (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

La estirpe epitelial representa la variedad histológica más frecuente de cáncer cervicouterino; el carcinoma de células escamosas representa el 80% de los casos, se origina de lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

ADENOCARCINOMA CERVICAL

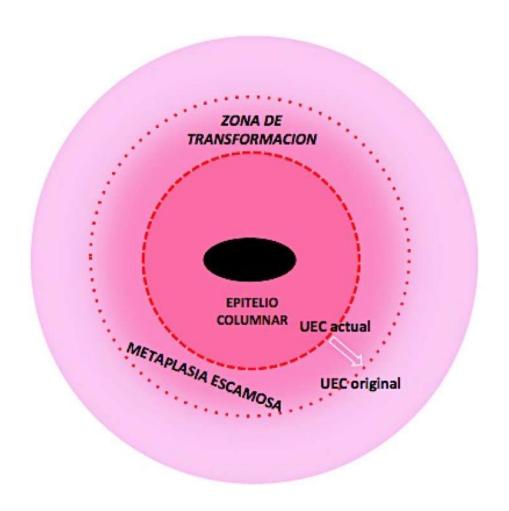
Esta estirpe histológica es menor frecuente, representa el 15% de todos los casos, su precursor es el adenocarcinoma in situ, como etimológicamente podemos inferior, el componente citológico tiene propiedades glandulares y se asocia al canal endocervical. (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

CARCINOMAS ADENOESCAMOSOS Y NEUROENDOCRINOS

Estas lesiones representan el 5% de las neoplasias asociadas a cáncer cerviouterino, se asocia a serotipos de alto riesgo principalmente el 16 y 18 a los cuales se les atribuye causalidad en el 80% de los casos reportados, esta condición se origina en la unión escamocolumnar, la cual por sus características citológicas es propensa a sufrir cambios asociados al proceso infeccioso estudiado (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL

La citología cérvicovaginal es el estudio de las células exfoliadas de la unión escamocolumnar, con la finalidad de detectar cambios citopáticos importantes que nos ayuden a catalogar adecuadamente a las pacientes en alto o bajo riesgo, así como hacer diagnóstico diferenciar para condiciones infecciosas cervicovaginales que no representen un potencial riesgo oncológico. Es un estudio de tamizaje, lo cual se entiende que no es una modalidad diagnóstica sino un cribado para detección de displasias; se reporta en nuestro país que para el año 2012 la cobertura de dicha prueba alcanzó el 45.5%; idealmente debe de realizarse en toda mujer que tiene vida sexual, en el grupo etario de 25 a 64 años o incluso por solicitud expresa de las pacientes en cuestión, el resultado de este estudio debe de entregarse a los 30 días de haberse realizado el mismo, este procedimiento debe de ser documentado en expediente clínico, así como expedir constancia de entrega a la persona estudiada (Villarreal-Ríos, Benítez-Benítez, Vargas-Daza, Martínez-González, Galicia-Rodríguez, & Escorcia-Reyes, 2018).



MICROBIOTA HUMANA

Se refiere a microbiota humana al grupo de microorganismos que colonizan el cuerpo humano y que con mayor importancia desarrollan un sistema de comunicación cruzada con el componente celular para así mantener idealmente un estado homeostático en los procesos fisiológicos implicados (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y PERFILES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Existe una heterogeneidad marcada en el espectro de alteraciones asociadas a la infección por virus del papiloma humano, pudiendo tener pacientes completamente asintomáticos o aquellos

con un estado clínico francamente patológico que incluso abarque procesos oncológicos invalidantes y con una alta morbimortalidad asociada: las infecciones asociadas a VPH tienden a ser transitorias, aproximadamente un 90% de las mismas tienden a remitir de manera espontánea en un lapso de 7 a 24 meses, un pequeño grupo de pacientes debutará con condiciones premalignas y con neoplasias francas. La persistencia de un proceso infeccioso asociado a un serotipo de alto riesgo resulta ser una condición necesaria mas no suficiente para el desarrollo de lesiones malignas, el ADN se puede encontrar en forma episomal o integrada; cabe mencionar que la primera es característica de las infecciones productivas, la segunda es esencial para llevar a cabo el proceso de malignización; el episoma viral circular pierde su estructura en la región temprana (E1 y E2) y se integra al componente génico celular; por otra parte se conservan los genes E6 y E7, su activación provee de un sustrato descontrolado y de una expresión anómala de sus oncoproteínas asociadas, "inmortalizando" a las células implicadas (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018) (Vargas-Hernández, 2018).

No debemos olvidar que además del potencial asociado según el serotipo de VPH estudiado, existen otras condiciones que pueden modificar el curso del padecimiento, como lo son (Franco-Herrera,

Cuadrado-Ayuso, Sánchez-Arteaga, Alías-Jiménez, Ruíz-Tovar, & Lago-Oliver, 2018):

- Toxicomanías, tabaquismo y alcoholismo.
- Uso de esteroides por periodos prolongados, como en la terapia hormonal de reemplazo y los anticonceptivos orales.
- Infecciones genitales concomitantes, herpes virus simple, citomegalovirus, Chlamydia trachomatis, entre otras.
- Proceso inflamatorio asociado.
- Microbiota cérvicovaginal alterada (Vargas-Hernández, 2018)

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades de transmisión sexual representan una carga importante para los diversos sistemas de salud a nivel global, se estima que el 75-80% de la población en edad fértil padecerá alguna condición relacionada, siendo mayor esta prevalencia en adolescentes y jóvenes de 15-25 años. En nuestro país estos procesos infecciosos se ubican entre las 10 principales causas de morbilidad asociadas al grupo etario de 14 a 44 años; según lo reportado en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la incidencia anual de infecciones de esta índole en adolescentes es del 15%, se estima que el 70% de las muertes prematuras en la edad adulta se relacionan a conductas de riesgo de inicio en la adolescencia (Palacios & Álvarez, 2018).

PROBABILIDAD DE TRANMISIÓN A PAREJA DE INDIVIDUO INFECTADO		
Hameophilus ducreyi	80%	
Virus de Papiloma Humano	75%	
Sífilis	50%	
Virus Hepatitis C	10%	

FUENTE: (Palacios & Álvarez, 2018)

El cáncer cérvicouterino se posiciona como el segundo padecimiento oncológico más frecuente en las mujeres, a nivel global con 86% de los casos y se le atribuye una mortalidad del 88% en países subdesarrollados (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018), representa la causa de mayor importancia de años de vida perdidos por cáncer en Latinoamérica y el Caribe, en donde se sitúan el 13% de los casos; se estima que de no implementar adecuadamente estrategias de tamizaje y prevención, las cifras aumentarán de 68,000 en el 2008 a 126,000 en el 2025 (Almonte, et al., 2010); dicha condición es representativo de la inaccesibilidad a bienes y servicios, de la marcada polaridad social y económica que hacen de esta condición un reto en términos de salud pública (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017); por ejemplo en Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia reportan tasas de incidencia que superan los 35 casos por cada 100,000 habitantes; comparado con Puerto Rico donde es

de 7.5 por cada 100,000 (Almonte, et al., 2010). En México, el cáncer continúa representando una de las principales problemáticas en materia de salud pública, representa el cáncer cervicouterino uno de los principales padecimientos neoplásicos ginecológicos, por lo que es conveniente estudiar su distribución e impacto sociodemográfico (Romero-Morelos, et al., 2017), (Romero-Morelos, et al., 2017).

Como se mencionó anteriormente, existen mútilples factores que tienen cierta asociación causal con el desarrollo de este antecedente oncológico, por lo que no podemos atribuir causalidad absoluta y debemos de estudiar todo el contexto en el cual se presenta el padecimiento, podemos definir como perfil de riesgo para infecciones de transmisión sexual:

• Aquellas pacientes con inicio de vida sexual temprano, antes de los 14 años de edad; incluso en México se reporta que la primera relación sexual en promedio se suscita a los 13 años de edad, se sabe que los adolescentes no tienen conocimientos

adecuados acerca de la sexualidad, así como una deficiente comunicación interpersonal que dificulta una adecuada cobertura anticonceptiva (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018). Los diversos factores externos y el perfil social, cultura, económico y demográfico favorecen estilos de vida poco responsables (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

- Menarca tardía, despúes de los 17 años.
- Múltiples parejas sexuales.
- Multiparidad, dos o más partos.
- Antecedente de infección de virus de papiloma humano, en el 98.8% de los casos de cáncer cérvicouterino (Romero-Morelos, et al., 2017).
- Otras infecciones concomitantes: Chlamydia trachomatis, trichomonas, Gardnerella vaginalis, herpes simple tipo II (HSV-2)
 - No uso de anticonceptivos de barrera.
- Terapia de reemplazo hormonal, anticonceptivos hormonales por más de 5 años.
- Toxicomanías, tabaquismo. (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018) (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018)

El pico de incidencia del CaCU se presenta en los 40-60 años, con un promedio de 45 a 55 años, que tiene a disminuir importantemente pasados los 60 años (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018).

MICROBIOTA CERVICOVAGINAL

No existe información suficiente que respalde que la composición de la microbiota cervical modifique el curso natural de la infección por VPH, en concreto respecto a debutar con lesiones cervicales y neoplásicas (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018), el tracto genital femenino, puntualmente el canal vaginal y el exocérvix albergan millones de microorganismos anaerobios como aerobios que se encuentran en un estado de balance dinámico, es decir que existe un constante cambio por lo que no se puede establecer un rango de normalidad, aunque existe predominancia por especies del género Lactobacillus, mismas que ejercen una función de protección frente a diversas infecciones de transmisión sexual, por lo que cualquier deseguilibrio o disbiosis en dicho microambiente por efecto de agentes patógenos se denominará vaginosis bacteriana, condicionando un ambiente inflamatorio y que aumenta la susceptibilidad a desarrollar estados patógenos por bacterias como Prevotella spp. Porphyromonas spp. Bacteoides spp. Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis y A. Vaginae (Romero-Morelos, et al., 2017).

COMPOSICIÓN DE LA MICROBIOTA CÉRVICOVAGINAL EN CONTEXTO DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO DIAGNÓSTICO BACTERIAS MÁS PREVALENTES L. iners, L. crispatus, L. gasseri, L. jensenii, Streptococcus agalactiae, Gardnerella vaginalis, Prevotella sneathia L. insers, L. crispatus, L. gasseri, Gardnerella vaginalis, Pseudomonas oleovorans, Fusobacterium spp. Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales Cáncer cérvicouterino Sin lesión cervical, VPH positivo L. insers, L. crispatus, L. gasseri, Gardnerella vaginalis, Pseudomonas oleovorans, Fusobacterium spp. Sneathia spp., Fusobacterium spp., Atopobium vaginae, Megasphaera elsdenii, Shuttleworthia satelles, L. crispatus, L. iners, Gardnerella vaginalis Fusobacterium necrophorum, Fusobacteria spp., Streptococcus agalactiae

FUENTE: (Madrid-Marina & Torres-Poveda, 2018)

DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE TAMIZAJE

El abordaje mediante citología cervicovaginal convencional nos ha apoyado importantemente a disminuir la mortalidad asociada a cáncer de cervicouterino en naciones subdesarrolladas. tanto cuando se realiza mediante programas específicos o campañas así como cuando se establece como modalidad de tamizaje poblacional, desgraciadamente en Latinoamérica, a pesar de contar con disponibilidad de papanicolaou, cerca de 32,000 pacientes mueren al año a consecuencia de esta entidad neoplásica; ciertos protocolos informan que a pesar de contar con un buen control de calidad, el estudio convencional tiene una sensibilidad de 53% (95%IC: 48.6-57.4%) en Europa y Estados Unidos, suponiendo entonces que el éxito o fracaso no reside en la sensibilidad

del estudio, sino que no se ha sistematizado adecuadamente su aplicación, existe una heterogeneidad importante en las diferentes cohortes estudiadas y no siempre se puede dar seguimiento a los casos detectados (Almonte, et al., 2010).

Se ha estudiado extensamente el valor y precisión del estudio que identifica 13 serotipos de alto riesgo de VPH, misma que representa una modalidad con mejor esquema de sensibilidad que la citología convencional y la colposcopía con tinción con ácido acético, aunque menos específica para lesiones de alto grado, también podemos observar baja especificidad en pacientes menores de 30 años, por lo anterior en Estados Unidos de América y México se ha establecido la aplicación de dicha prueba como complementaria al abordaje citológico o incluso como método primario en

mujeres que superan los 30 años de edad; incluso algunos países postulan la posibilidad de establecerlo como modalidad de tamizaje primaria para VPH (Mateos-Lindemann, Pérez-Castro, Rodríguez-Iglesias, & Pérez-Gracia, 2016) (Almonte, et al., 2010).

Existen infinidad de pruebas para identificar material genético de VPH, por lo que es muy difícil por establecer su utilidad, se ha propuesto mediante un consenso de expertos en 2009 que cualquier estudio debe de ser al menos igual de preciso como las técnicas utilizadas como estándar de oro (PCR GP5+/GP6+ y captura de híbridos) también deben de garantizar la reproducibilidad, la ausencia de reactividad cruzada, contaminación o arrastre, para poder ser utilizada como estrategia de tamizaje en mujeres de 30 años o más (Mateos-Lindemann, Pérez-Castro, Rodríguez-Iglesias, & Pérez-Gracia, 2016).

VACUNACIÓN EN CONTEXTO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, POLÍTICAS Y PROCESOS EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

La vacunación representa uno de los más importantes logros históricos de las diferentes estrategias en salud pública, con la capacidad de prevenir infinidad de enfermedades y con una disminución en la morbimortalidad importante, desafortunadamente, a pesar del adecuado

establecimiento de diferentes programas vacunales, existe la preocupación popular sobre el perfil de seguridad de las mismas, que lejos de informarse de fuentes confiables, se crean falsas creencias acerca de los efectos deletéreos asociados a la aplicación de éstas (Domínguez, Astray, Castilla, Godoy, Tuells, & Barrabeig, 2018) (Morales, Rincón, & Rincón Orozco, 2016).

En específico, la composición de las diferentes vacunas contra el VPH se basan en sistema de partículas semejantes a virus (VLP's, virus like particles); se basa en clonar la L1 o proteína mayoritaria de la cápside, favoreciendo un ambiente adecuado para permitir el autoensamblaje y formación de VLPs morfológicamente idénticas al virus con la característica de no poseer el genoma viral; es decir, tenemos una importante capacidad antigénica con un adecuado perfil de seguridad, incluso la respuesta inmunógena persiste por más de 10 años (Morales, Rincón, & Rincón Orozco, 2016). En la actualidad, existen tres vacunas con intención profiláctica aprobadas por la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) (Quiroga, Vega, Maris-Fungo, & Naeko-Uema, 2015), en términos generales se recomiendan esquemas de 3 a 4 dosis (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017).

Producida por GlaxoSmithKline Biologicals SA® •Bivalente: Genotipos 16 y 18 •Protege contra los serotipos causantes del 70% del cáncer cervicouterino Gardasil® •Producida por Merck® •tetravalente: Genotipos 6, 11, 16 y 18 •Protege contra los serotipos causantes del 70% del cáncer cervicouterino (16 y 18), además confiere protección contra las los genotipos que condicionan la aparición del 90% de las verrugas vulgares (6 y 11). Gardasil9®, nonavalente •Producida por Merck® •Nonavalente: Genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58

FUENTES: (Villarreal-Ríos, Benítez-Benítez, Vargas-Daza, Martínez-González, Galicia-Rodríguez, & Escorcia-Reyes, 2018) (Morales, Rincón, & Rincón Orozco, 2016) (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018) (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018) (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017) (Quiroga, Vega, Maris-Fungo, & Naeko-Uema, 2015).

El perfil de eficacia para Cervarix® y Gardasil® es muy efectivo para lesiones potencialmente malignas asociadas a serotipos 16 y 18, con una efectividad superior al 98%, la primera presenta un porcentaje de protección cruzada del 68% y la segunda un porcentaje aproximado del 33% en particular para los genotipos 31, 33, 45, 51 y 52; por su parte la modalidad nonavalente aún se encuentra en estudio por lo que se desconoce su verdadera utilidad (Villarreal-Ríos, Benítez-Benítez, Vargas-Daza, Martínez-González, Galicia-Rodríguez,

& Escorcia-Reyes, 2018) (Morales, Rincón, & Rincón Orozco, 2016), (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA APLICACIÓN DE LAS DIFERENTES VACUNAS CONTRA EL VPH

• Se debe de administrar rutinariamente en adolescentes de 11 a 12 años, incluso puede

iniciarse el esquema desde los 9 años y ampliar la cobertura a mujeres de hasta 26 años que no cuenten con el antecedente vacunal.

- La ONU extiende la recomendación de aplicar programas de vacunación masiva en niñas de 9 a 13 años, antes del inicio de vida sexual, con un adecuado perfil de seguridad (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).
- Debe de aplicarse en varones de 11 o 12 años, ampliando la cobertura a aquellos de entre 13 y 21 años que no hayan recibido con anterioridad el esquema vacunal o que no completaron el mismo (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).
- Puede ser aplicada en mujeres durante la lactancia, en condiciones leves con complicaciones asociadas como diarrea, infección de vías respiratorias superiores o fiebre; no se contraindica su aplicación en personas con estado de inmunosupresión secundario a un proceso infeccioso, condición de base o asociado a medicamentos; únicamente la respuesta inmunitaria observada y la eficacia tienden a ser menores.
- Se debe de enfatizar la importancia de que el acto vacunal es una medida de prevención primaria y no una estrategia con fines terapéuticos.
- La cobertura preventiva es dependiendo de la vacuna enfocada a los genotipos potencialmente oncogénicos, mas no abarca todas las variedades (Quiroga, Vega, Maris-Fungo, & Naeko-Uema, 2015).

TABLA 1: POLÍTICAS PUBLICAS EN RELACIÓN LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN EN LOS DIFERENTES PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE, CON FINANCIAMENTO POR PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

PAÍS	POBLACIÓN META	VACUNA	CALENDARIO	INICIO	APLICACIÓN
Argentina Niñas de 11 años	Niñas de 11 años	Bivalente	0, 1, 6 meses	2011	Escolar
	Cuadrivalente	0, 2, 6 meses	2014	Escolar	
		Cuadrivalente	0, 6 meses	2015	Escolar
	Niños de 11 años	Cuadrivalente	0. 6 meses	2017	Escolar
Brasil	Niñas de 9-13 años	Cuadrivalente	0, 6, 60 meses	2014	Escolar
		Cuadrivalente	0, 6 meses	2016	Escolar
	Niños de 12-13 años	Cuadrivalente	0, 6 meses	2016	Escolar
Chile	Niñas de 9 años	Cuadrivalente	0, 12 meses	2014	Escolar
	Niñas de 10-14 años	Cuadrivalente	0, 12 meses	2015	Escolar
Colombia	Niñas de 9-17 años	Cuadrivalente	0, 6, 60 meses	2012	Escolar
Ecuador	Niñas de 9-17 años	Bivalente	0, 6 meses	2014	Escolar, externo
México	Niñas en 5to grado de primaria, de no estar estudiando a los 11 años	Cuadrivalente	0, 6 meses	2012	Escolar, externo
Panamá	Niñas de 10 años	Bivalente	0, 1, 6 meses	2010	Escolar
		Cuadrivalente	0, 6 meses	2015	Escolar
	Niños de 10 años	Cuadrivalente	0, 6 meses	2016	Escolar
Paraguay	Niñas de 9-17 años	Cuadrivalente	0, 1, 6 meses	2013	Escolar
Perú	Niñas en 5to grado de primaria	Bivalente	0, 2, 6 meses	2011	Escolar
		Cuadrivalente		2016	Escolar
Uruguay	Niñas de 12 años	Cuadrivalente	0, 2, 6 meses	2013	Centro de salud,
					consentimiento
					informado por padres

FUENTE: (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017)

TABLA 2: INCIDENCIA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN 2012 PARA PAÍSES LATINOAMERICANOS Y DEL CARIBE CON PROGRAMAS DE VACUNACIÓN CON SUBSIDIO GUBERNAMENTAL (2012-2014)

País	CaCU por 100,000	Número de casos	Muertes
Paraguay	34.2	1,022	439
Perú	32.7	4,636	1,715
Ecuador	29.0	2,094	1,026
México	23.3	13,960	4,769
Argentina	20.9	4,956	2,127
Uruguay	19.0	402	175
Panamá	18.7	351	134
Colombia	18.7	4,661	1,986
Brasil	16.3	18,503	8,414
Chile	12.8	1,441	734
TOTAL:		52,026	21,519

FUENTE: (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017)

PARADIGMAS, BARRERAS Y POTENCIALES PUNTOS DE OPORTUNIDAD PARA REDUCIR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A INFECCIONES POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Como ya se mencionó anteriormente, las patologías y sobre todo las condiciones oncológicas asociadas a la infección por virus del papiloma humano son totalmente prevenibles mediante adecuados sistemas de detección; cabe resaltar también que las condiciones malignas no se limitan al cérvix sino que pueden afectar también vulva, vagina, pene, boca y laringe, por lo que resulta necesario establecer sistemas de tamizaje

estandarizados que permitan a los profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención proporcionar un servicio adecuado en función a las características individuales. El enfoque debe de ser preventivo, pero nos enfrentamos a una importante barrera que es el estigma social, lo que condiciona prejuicios y finalmente debuta en la no atención de la población de riesgo (Cuesta-Cambra, Martínez-Martínez, & Niño-González, 2018), es necesario modificar estas conductas y educar a la población en general, como profesionales de la salud a su vez debemos de no juzgar a las pacientes que padecen dichas infecciones y concientizar acerca la importancia de dar un seguimiento adecuado, por lo que debemos partir de las siguientes premisas:

- Existe un desconocimiento importante con relación a la existencia del virus del papiloma humano por la población.
- Se desconoce que el virus del papiloma humano es una condicionante del cáncer cervicouterino y otras neoplasias, por lo que es necesario conocer sus principales vías de transmisión.
- El problema tiene múltiples componentes, por lo que no se puede atribuir una causalidad únicamente biológica, el abordaje debe de ser integral.
- Los perfiles de riesgo nos ayudan a identificar pacientes susceptibles a un problema invalidante si no se lleva a cabo adecuadamente su seguimiento.
- Se deben de centrar esfuerzos en la educación de la población adolescente, misma que su comportamiento es susceptible a modificarse.
- Las vacunas no curan, previenen (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).
- Las patologías crónicas asociadas no presentan una modalidad dicotómica, es decir que el diagnóstico no se limita a decir padece o no una condición, sino que existen diversos grados de afección que tienen implicaciones terapéuticas importantes por lo que es fundamental estar actualizado en la nomenclatura propuesta (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Debemos entender la perspectiva del problema de salud pública el cual representa la infección por virus del papiloma humano, mejorar las estrategias de tamizaje y proponer medidas costo-efectivas, es decir, que se obtenga el mayor beneficio mesurable en relación a la inversión monetaria realizada, es necesario diferenciar este término de las llamadas estrategias de ahorro de costos, éstas buscan únicamente disminuir los costos independientemente de los beneficios obtenidos.

Existen muchas barreras en nuestro país, las condiciones culturales y sociales son una de las principales limitantes o que fomentan el fracaso repetitivo de no alcanzar una prevención o mejor dicho una detección en tiempo y forma de las lesiones potencialmente tratables, existe una polaridad sociodemográfica marcada que resulta en un estado de inequidad de accesibilidad a servicios y educación médica, condición que de no tratarse debutará invariablemente en el fracaso terapéutico colectivo, perpetuando la ineficacia de las estrategias fallidas actuales; por lo que conviene establecer las siguientes conclusiones: (Montero Lora, Ramón Jiménez, Valverde Ramón, Escobedo Batista, & Hodelín Pozo, 2018) (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).

- Se deben de estandarizar y unificar los diferentes esquemas propuestos, específicamente en el contexto de Latinoamérica y el Caribe, la estrategia de dos dosis disminuiría susancialmente los costos relacionados, favoreciendo la introducción de nuevos países a dichos programas, incrementando la cobertura.
- Es necesario fomentar el uso de métodos de barrera, ya que en las condiciones premalignas/ preclínicas en conjunto con la vigilancia estrecha representan el tratamiento ideal, situación que difícilmente se logra si no existe apego.
- Se debe de estandarizar también la modalidad de tamizaje/detección, para hablar de mismos resultados teniendo en cuenta la utilización de un mismo instrumento de medición (De la Hoz-Restrepo, Alvis-Guzmán, De la Hoz-Gómez, & Ruíz, 2017).
- Es esperado que detectemos casos en mujeres cada vez más jóvenes a consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales, las prácticas de riesgo y la desinformación generalizada manejada por la población adolescente, por lo que es necesario implementar estrategias que fomenten la prevención y la educación sexual de calidad (Domínguez Bauta, Trujllo Perdomo, Aguilar Fabré, & Hernández Menéndez, 2018).
- La vacunación masiva antes del inicio de las relaciones sexuales tiene un potencial efecto benéfico en la disminución de la morbimortalidad asociada (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).

- Ya que los recursos son efímeros, conviene encontrar cuál es la mejor relación costo-beneficio, el agotar de manera temprana las herramientas disponibles y no emplearlos de una manera estratégica podría condicionar el uso de recursos quizás no tan efectivos (Aponte González, Eslava-Schmalbach, Díaz-Rojas, & Gaitán-Duarte, 2011).
- Se describen como herramientas para mejorar la promoción a la salud a nivel colectivo:
- o La información, la comprensión de la misma favorece un proceso viable, que al entender las dimensiones del problema desde una perspectiva conceptual, filosófica, política, social y cultural nos resultados serán benéficos (González Bango, Blanco Pereira, Ramos Castro, Martínez Leyva, Rodríguez Acosta, & Hernández Ugalde, 2018).
 - o La comunicación social en salud.
 - o La educación para salud.
- Se debe de concientizar a la población masculina de que no es una situación "exclusiva" de las mujeres, por lo que se deben de tomar medidas competentes al respecto; que no atenta contra la "masculinidad" y que sobre todo es una condición real que requiere de atención inmediata (Cardona Arías, Puerta Suárez, & Flórez Duque, 2011).
- Ningún sistema de salud por más perfecto que sea podrá resolver las necesidades de todos los individuos que conforman la sociedad en estudio, por lo que siempre se debe de analizar los pros y contras de nuestras acciones, favoreciendo entonces qué es prioritario atender (Aponte González, Eslava-Schmalbach, Díaz-Rojas, & Gaitán-Duarte, 2011).



• La toma de decisiones con respecto a temas de salud colectiva se llevan a cabo por políticos, economistas u otros profesionales no relacionados al área médica, como profesionales de la salud debemos de diversificar y ampliar nuestros conocimientos sobre todo en materia de epidemiología y políticas sanitarias, así como saber interpretar los estudios con enfoque en farmacoeconomía, para tomar decisiones con un adecuado sustento estadístico, que sobre todo ayuden a monetarizar los padecimientos, realmente sabiendo "cuánto cuesta" tratar una condición y sus potenciales desenlaces (Aponte González, Eslava-Schmalbach, Díaz-Rojas, & Gaitán-Duarte, 2011).

REFERENCIAS

- 1. Almonte, M., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E., y otros. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud Publica Mex , 52, 544-559.
- 2. Aponte González, J., Eslava-Schmalbach, J., Díaz-Rojas, J. A., & Gaitán-Duarte, H. (2011). Interpretación de estudios de costo-efectividad en Ginecología. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 62 (2), 177-187.
- 3. Cardona Arías, J., Puerta Suárez, J., & Flórez Duque, J. (2011). Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. Infectio, 15 (4), 268-276.
- 4. Cuesta-Cambra, U., Martínez-Martínez, L., & Niño-González, J. I. (2018). Estrategias y contenidos considerados más eficaces por los jóvenes para la prevención del virus del papiloma humano desde Facebook. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 29 (3), 1-15.
- 5. Cuevas González, M., Vega Memije, M., Zambrano Galván, G., García Calderón, A. G., Escalante Macías, L. H., Villanueva Sánchez, F. G., y otros. (2018). Virus del papiloma humano, sus implicaciones en cavidad bucal; una revisión de la literatura. Rev Nac Odontol, 14 (27), 1-18.
- 6. De la Hoz-Restrepo, F., Alvis-Guzmán, N., De la Hoz-Gómez, A., & Ruíz, C. (2017). Policies and processes for human papillomavirus vaccination in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica, 41, 1-8.
- 7. Domínguez Bauta, S., Trujllo Perdomo, T., Aguilar Fabré, K., & Hernández Menéndez, M. (2018). Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44 (1), 1-15.
- 8. Domínguez, Á., Astray, G., Castilla, J., Godoy, P., Tuells, J., & Barrabeig, I. (2018). Falsas creencias sobre las vacunas. Aten Primaria, 1-7.
- 9. Franco-Herrera, R., Cuadrado-Ayuso, M., Sánchez-Arteaga, A., Alías-Jiménez, D., Ruíz-Tovar, J., & Lago-Oliver, J. (2018). ¿Permiten la citología, el genotipado, y la anoscopia de alta resolución establecer un protocolo para la detección precoz del carcinoma epidermoide de canal anal en población de riesgo? Rev Chil Cir, 70 (5).
- 10. González Bango, M. A., Blanco Pereira, M. e., Ramos Castro, G., Martínez Leyva, G., Rodríguez Acosta, Y., & Hernández Ugalde, F. (2018). Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. Rev Med Electron , 40 (4), 1112-1125.
- 11. Madrid-Marina, V., & Torres-Poveda, K. (2018). La importancia de la microbiota cervicovaginal en cáncer cervicouterino. Mens Bioquim , 42, 57-63.
- 12. Mateos-Lindemann, M. L., Pérez-Castro, S., Rodríguez-Iglesias, M., & Pérez-Gracia, M. (2016). Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. Enferm Infecc Microbiol Clin, 1-10.
- 13. Montero Lora, Y., Ramón Jiménez, R., Valverde Ramón, C., Escobedo Batista, F. E., & Hodelín Pozo, E. (2018). Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN, 22 (5), 531-537.

- 14. Montero, P. H. (2018). Cáncer de Cabeza y Cuello asociado a Virus Papiloma Humano: Prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Clin Condes, 29 (4), 419-426.
- 15. Morales, L., Rincón, D. F., & Rincón Orozco, B. (2016). Avances en el desarrollo de nuevas vacunas profiácticas y terapéuticas contra el Virus del Papiloma Humano. Rev Univ Ind Santander Salud., 48 (3), 385-391.
- 16. Moreno-Tetlacuiloa, P. d., & Sobrevilla-Calvo, P. D. (2010). Prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino en la era de la vacuna contra el virus del papiloma humano, una revisión para el médico general. 53 (6), 28-37.
- 17. Palacios, J., & Álvarez, M. (2018). Consumo de drogas asociadas al contagio de infecciones de transmisión sexual en México. Health and Addictions, 18 (2), 111-120.
- 18. Quiroga, S. M., Vega, E. M., Maris-Fungo, M. S., & Naeko-Uema, S. A. (2015). Controversias en torno a la utilización de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Revista de Salud Pública, 19 (3), 91-103.
- 19. Roesch-Dietlen, F., Cano-Contreras, A. D., Sánchez-Maza, Y. J., Espinoza-González, J. M., Vázquez-Prieto, M. Á., Valdés de la O, E. J., y otros. (2018). Frecuencia de infección por virus del papiloma humano en pacientes con cáncer del aparato digestivo. Revista de Gastroenterología de México, 83 (3), 253-258.
- 20. Romero-Morelos, P., Bandala, C., Jiménez-Tenorio, J., Valdespino-Zavala, M., Rodríguez-Esquivel, M., Gama-Ríos, R. A., y otros. (2017). Bacterias relacionadas con vaginosis bacteriana y su asociación a la infección por virus del papiloma humano. Med Clin (Barc), 1-5.
- 21. Torres-Poveda, K., & Madrid-Marina, V. (2015). El virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino en México: una lucha continua. Rev Med Inst Mex Seguro Soc , 53 (2), 118-120.
- 22. Vargas-Hernández, V. M. (2018). La asociación de la microbiota, virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino. Rev Hosp Jua Mex 2018, 85 (1), 6-8.
- 23. Vega García, A. E., Álvarez Solorza, I., Toxqui Tlachino, M. G., Ensastegui Juárez, L., & Robles Esquivel, M. D. (2018). Conductas de riesgo para contraer el virus de papiloma humano en estudiantes. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud, 1-6.
- 24. Villarreal-Ríos, E., Benítez-Benítez, S., Vargas-Daza, E. R., Martínez-González, L., Galicia-Rodríguez, L., & Escorcia-Reyes, V. (2018). Incidencia de infecciones cervicovaginales diagnosticadas por citología y no tratadas médicamente. Ginecol Obstet Mex, 86 (3), 186-192.

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Organo de difusión científica Marzo 2019









Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología Asunción, Paraguay del 6 al 10 de septiembre 2020

