



Encuesta

“ CAP de situación sobre la prevención y manejo de lesiones intraepiteliales de cérvix en Latinoamérica “

Comité de Tracto Genital Inferior (TGI)

Dra. Yolanda Ramírez Vanegas 1

Dra. Angie Mora Calderón 2

Dra. Natalia Pérez Pérez 3

Dr. Alvaro Erramuspe PhD 4

1. Ginecóloga Oncóloga, Nicaragua. Coordinadora Región Centroamericana Comité TGI.

2. Ginecóloga Oncóloga, Costa Rica. Coordinadora General Comité TGI.

3. Ginecóloga especialista en TGI y Colposcopia, Uruguay. Coordinadora Región Cono Sur Comité TGI.

4. Consultor Planeación Estratégica, Uruguay

RESUMEN:

Objetivo: Identificar la situación actual de los países de Latinoamérica en el proceso de detección y tamizaje de la patología del Tracto Genital Inferior a través de una encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas).

Metodología: Se efectuó una encuesta CAP de 24 preguntas enviada en forma digital a los médicos especialistas en ginecología y obstetricia de las 19 sociedades que integran FLASOG desde el 21 de abril del 2022 al 27 de enero del 2023, la cual fue respondida por 630 colegas. Análisis descriptivo y discusión de los resultados por los autores.

Resultados: La mayoría de los ginecólogos sólo cuenta con citología como estrategia de tamizaje, en menor proporción IVAA, sin embargo, más de la mitad opina que la estrategia que se debe implementar para ayudar a ampliar la cobertura debería ser el test de VPH. Inician el tamizaje con el inicio de vida sexual o a los 21 años y lo suspenden entre 65 y 70 años. Casi en todos los centros se cuenta con un programa de seguimiento de tamizajes positivos pero la mayoría reporta que menos de un tercio lo recibe y el tiempo que toma recibirlo es más de un mes. Más de la mitad de ginecólogos cuenta con el entrenamiento y los equipos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con tamizajes positivos. Los colegas opinan que la mejor alternativa de manejo de LIEBG es la observación y para LIEAG la conización cervical la cual es recibida por la gran mayoría de pacientes con este diagnóstico.

Discusión: En la mayoría de los países de Latinoamérica contamos con esquemas de tamizaje basados en citología que es el estudio estándar en la mayoría de protocolos, aunque los colegas consideran que debería implementarse el test de VPH de acuerdo a lo recomendado en las más recientes estrategias de tamizaje de las organizaciones de salud relacionadas. Los planes de manejo se corresponden con las líneas de manejo de la mayoría de normas internacionales como las guías de la ASCCP. Los

inconvenientes en seguimiento y captación de las pacientes son similares a todo lo largo de los países encuestados a pesar de las múltiples diferencias que se viven entre ellos. Se giran recomendaciones en relación a los problemas de manejo.

Palabras Clave

prevención cáncer cérvix, tracto genital inferior, lesión intraepitelial cervical, tamizaje cáncer cérvix, tratamiento lesiones precancerosas cérvix, cáncer cérvix

INTRODUCCIÓN:

El cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas, y el cáncer de cuello uterino es uno de los diagnosticados con más frecuencia en las mujeres de América Latina y el Caribe. Esta neoplasia puede ser prevenida mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), así como mediante la detección temprana y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas¹.

En la Región de la Latinoamérica y el Caribe, el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar en la lista de las neoplasias malignas que afectan a las mujeres, y cerca de la mitad de las mujeres diagnosticadas mueren a causa de esta enfermedad según datos del 2020².

El 17 de noviembre de 2020, la OMS lanzó oficialmente la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino³

En este contexto, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) tiene claro que para el desarrollo de estas directrices los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y trabajadores comunitarios de la salud, juegan un rol fundamental para el incremento de estos programas de tamizaje. En este sentido, la participación de los profesionales de la salud es clave para incrementar el número de mujeres que se realizan tamizaje⁴. La recomendación directa por parte de los profesionales de realizarse su tamizaje, ha demostrado ser uno de los factores más influyentes en la decisión favorable de las mujeres⁵.

Nos propusimos, a través de esta encuesta en línea a los miembros de la FLASOG, el objetivo de crear un documento destinado a comprender un poco más sobre el proceso y desarrollo de los programas en nuestras regiones, pues es determinante identificar las

¹ *Cervical cancer*. (n.d.). PAHO/WHO | Pan American Health Organization.
<https://www.paho.org/en/topics/cervical-cancer>

² The International Agency for Research on Cancer (IARC). (n.d.). Global Cancer Observatory.
<https://gco.iarc.fr/>

³ Una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino/estrategia-mundial-para-eliminacion-cancer-cervicouterino#:~:text=La%20Estrategia%20Global%20tiene%20tres,el%20manejo%20del%20c%C3%A1ncer%20invasivo>.

⁴ Delgado-Aguayo, J. Vergara-Wekselman, E. (2017) Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 10(3), 142-147 Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052844/rcm-v10-n3-2017_pag142-147.pdf

⁵ Urrutia S, María Teresa, Araya G, Alejandra, & Poupin B, Lauren. (2010). ¿POR QUÉ LAS MUJERES NO SE TOMAN EL PAPANICOLAOU? RESPUESTAS ENTREGADAS POR LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO- AUJE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 284-289.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500002>

posibles barreras, los facilitadores y las estrategias de implementación en los diferentes países, que facilite la incorporación de cambios en los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino y que permitan lograr un impacto positivo sobre la carga de enfermedad.

En nuestros países, con alta incidencia de cáncer cervicouterino, cuanto más conozcamos de nuestras debilidades y fortalezas como sector salud, mayor será el beneficio. Lograr que los profesionales de salud del área ginecológica se sientan más involucrados en reforzar estas medidas preventivas al momento de dar atención de salud puede significar una herramienta muy valiosa puesto que se necesita de un enorme esfuerzo para superar los desafíos y lograr los mayores beneficios en la salud y calidad de vida de nuestras mujeres.

La región se encuentra en un punto de inflexión en esta lucha, en el que se debe tratar de reunir las condiciones oportunas para implementar programas sostenibles y efectivos para la prevención del cáncer cervicouterino y lograr un abordaje integral.

Es importante comprender cómo se desarrollan las estrategias de prevención, detección y tratamiento del cáncer uterino en los diferentes países que componen nuestra región y cómo nuestros profesionales de la salud lo enfrentan en sus diferentes áreas de trabajo, por lo que este documento será informativo y proporcionará evidencia que podría ser de ayuda en la implementación de estas estrategias en programas efectivos y lograr un abordaje integral para el beneficio de todas las mujeres.

OBJETIVO:

Identificar la situación actual de los países de Latinoamérica en el proceso de detección y tamizaje de la patología del Tracto Genital Inferior a través de una encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas).

METODOLOGÍA:

Se efectuó una encuesta que se envió por correo electrónico y WhatsApp en formato Google Forms a los médicos especialistas de las 19 sociedades que integran FLASOG desde el 21 de abril del 2022 al 27 de enero del 2023. Esta encuesta estaba constituida por un formulario con 24 preguntas con los diversos aspectos que se consideraron relevantes en el tema (Responder a las 24 preguntas tomaba un promedio de 5 minutos) (Ver Anexo 1).

Se envió la consulta vía electrónica por correo y WhatsApp a las 19 Sociedades que integran FLASOG con un público de más de 30.000 mil gineco obstetras⁶.

Dichas Sociedades fueron: Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica, Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, Sociedad de Ginecología de Honduras, Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Nicaragüense de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Dominicana Obstetricia y Ginecología, Sociedad de Ginecotocología del Uruguay y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

El trabajo fue evaluado desde el punto de vista ético por la dirección ejecutiva de FLASOG y aprobado por la misma para su realización.

Al inicio del formulario de la encuesta había un texto explicativo de la misma y de la finalidad de esta para la persona que la iba a realizar y así consentir el uso de datos.

Los resultados fueron tabulados y el análisis descriptivo fue realizado por los autores.

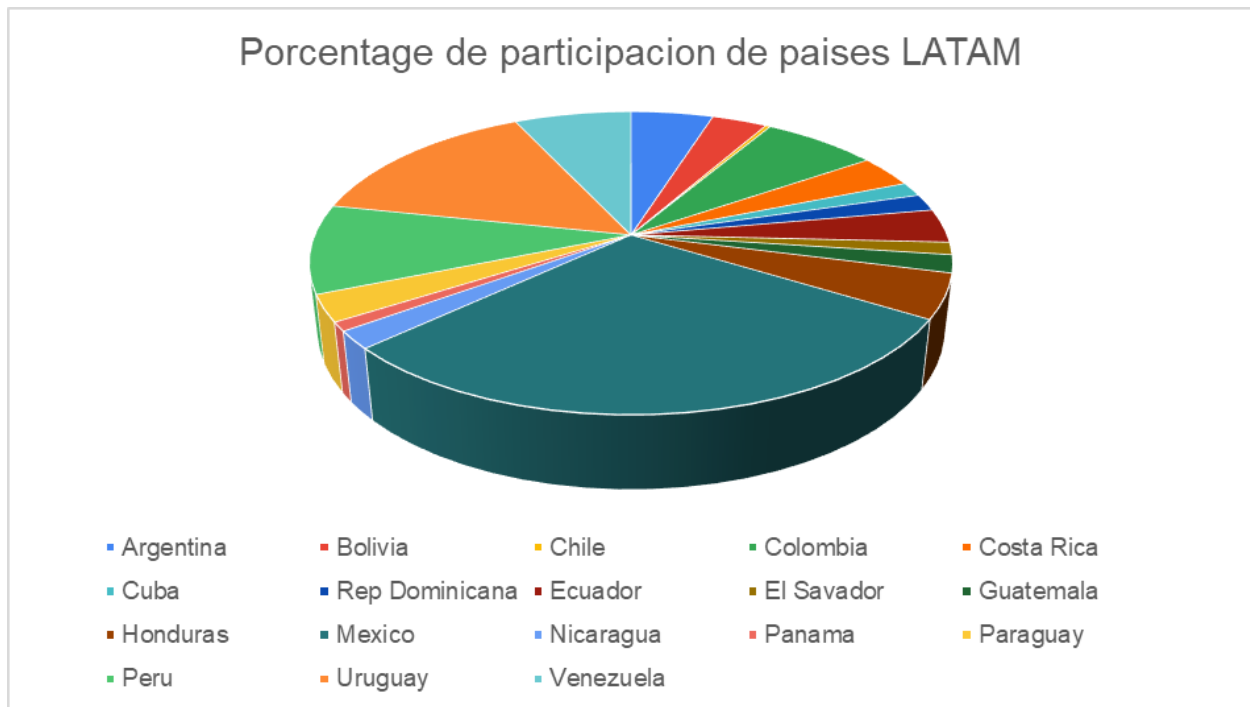
RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 630 ginecólogos integrantes de FLASOG.

De los ginecólogos que respondieron la encuesta ejercen su práctica diaria: 5,2% Argentina, 3,5% Bolivia, 0,3% Chile , 7,3% Colombia, 3,6% Costa Rica , 1,6% Cuba , 1,9% República Dominicana , 3,8% Ecuador, 1,4 % El Salvador , 2% Guatemala, 5% Honduras, 31% México, 2% Nicaragua, 1% Panamá, 3% Paraguay, 10% Perú, 15,5% Uruguay y 7,4% Venezuela. (ver gráfica 1)

⁶ <https://flasog.org/paises-miembros-2/>

Gráfico 1 . Porcentaje de participación de los países en la encuesta



En cuanto al sexo de los médicos participantes el 56.5% fueron de sexo femenino y un 43,5% sexo masculino con un rango etario de 31.3% entre 30 y 40 años seguidos del grupo de 41 a 50 años con un 26.6%.

El 87% de los médicos ginecólogos laboran en área urbana y 2.6% en área rural. De ellos, 51.3% trabajan simultáneamente en atención pública y privada y 33,2% solo en la privada. Del nivel de atención, el 28.5% están en simultáneo en segundo y tercer nivel, 22,6% en segundo nivel y 9.9% trabajan en atención primaria (ver Tabla 1).

Tabla 1: Datos descriptivos de la población encuestada

Sexo	Porcentaje
Femenino	43.5%
Masculino	31.5%
No responde	25%
Área de trabajo	
Urbana	87.1%
Semirural	3%
Rural	2.6%
Varias	7.3%
Tipo atención	
Pública	15.5%
Privada	33.2%
Mixta	51.3%
Nivel de atención	
Segundo y Tercer nivel	28.5%
Segundo nivel	22.6%
Atención primaria	9.9%

El 37.5% de los médicos ginecólogos atiende 10 o menos pacientes por semana, casi en igual porcentaje, con 36.8% los que atienden entre 11 y 30 pacientes por semana, sin embargo, cuando en la pregunta de la encuesta se especifica la atención a pacientes con patología cervical el 68.2% ven menos de 10 pacientes por semana seguido en 21.6% por los que ven de 11 a 29 pacientes por semana.

Cuando se investigó sobre las estrategias de tamizaje, solo el 35% de los encuestados cuenta con todas las estrategias de tamizaje, el 38% cuenta únicamente con citología cervical para realizar su tamizaje y 24% con citología + IVAA. (ver Gráfico 2)

Referente a la disponibilidad o preferencia del método la distribución fue: 39.1% citología cervical y 22.3% cotest.

El 88.1% de los médicos tienen la posibilidad de tomar el Papanicolau en la consulta, sin embargo, cuando se preguntó cuál estrategia considera que podrá ayudar a ampliar la cobertura el 42.5% expresó que el cotest, seguido del 28.1% el test de VPH. (ver Gráfico 3)

Gráfico 2

7. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos de tamizaje están disponibles en su área de trabajo?

626 respuestas

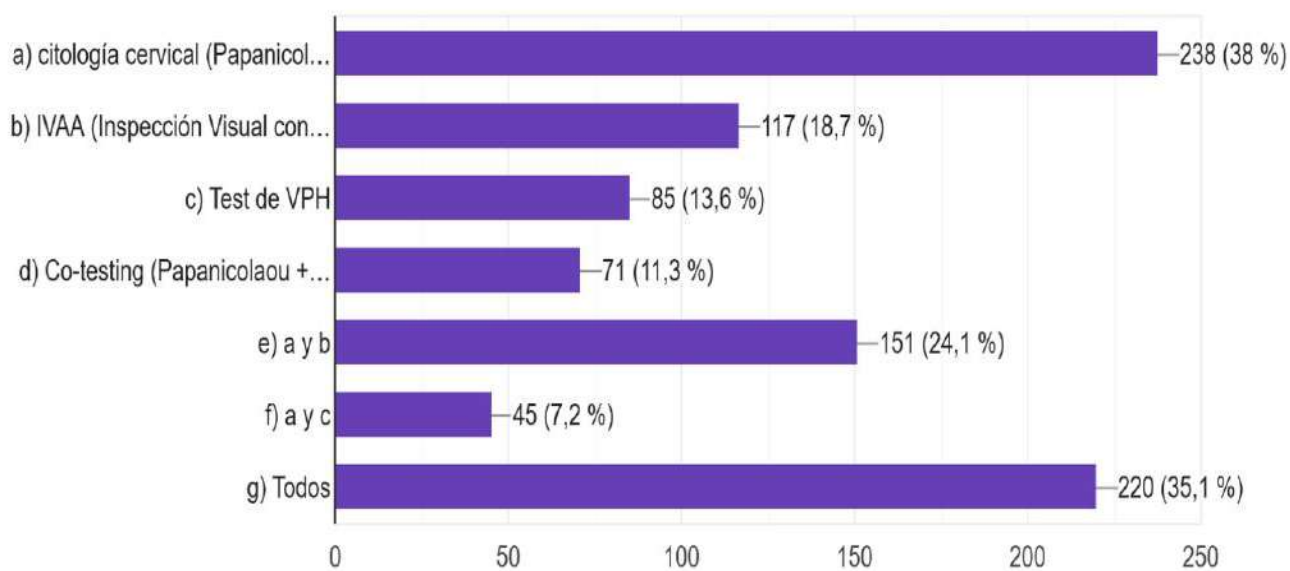
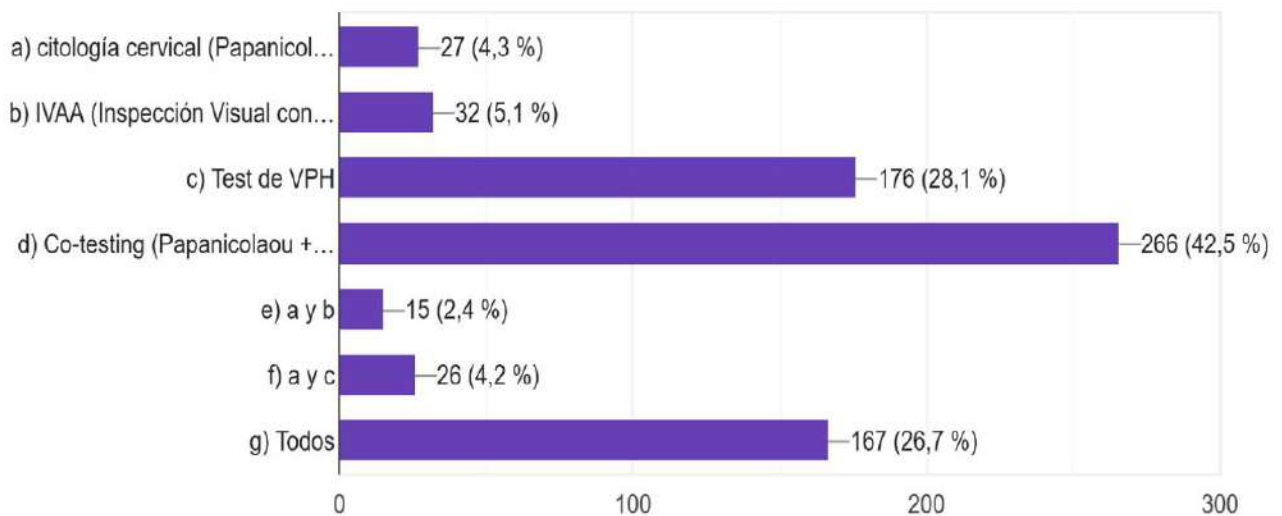


Gráfico 3

9. ¿Cuál de estos cree o considera que podría ayudar a ampliar las coberturas en su área de trabajo ?

626 respuestas



En cuanto a la edad de inicio del tamizaje, 41.9% lo realiza en cuanto inician su actividad sexual y el 31.6% inicia el tamizaje a los 21 años y respecto a la finalización del tamizaje, el 42.2% suspende el tamizaje a los 65 años seguido del 30.4% a los 70 años y solo el 26% no lo suspende por edad.

Del seguimiento de las mujeres con resultado positivo para pruebas de tamizaje, el 84% respondió contar en su centro con un programa de seguimiento.

Un 10% respondió que el 100% de sus pacientes reciben su resultado de patología positiva y 62.1% refirió que menos del 30% de pacientes lo recibe.

Del tiempo de comunicación del resultado positivo a la paciente, el 32.3% lo realiza dentro del mes, un 31.2% no sabe el tiempo que toma esa comunicación y solo un 22.2% lo recibe en una semana.

Con respecto a la capacidad de manejo de patología cervical, 55.9% de los médicos cuenta con entrenamiento en las diferentes técnicas de diagnóstico y tratamiento de la patología cervical, seguidos por el grupo que solo cuenta con entrenamiento en colposcopia + IVAA.

Un 59.6% cuenta con disponibilidad de equipos en sus instituciones para poder realizar el adecuado diagnóstico y tratamiento de paciente con patología cervical seguidos del 10.9% que solo cuenta con coloscopia + IVAA en su institución.

En la selección del tratamiento, más de la mitad de ginecólogos opina que la mejor alternativa de manejo de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado (LIEBG) es la observación, seguido del grupo que opina que se puede considerar la observación y la crioterapia.

En el tratamiento de las Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado (LIEAG), dos tercios respondieron que la conización cervical es la opción de manejo más adecuado.

En cuanto a pacientes con LIEAG el 51.5 % de ginecólogos refiere tratar el total de las mismas, un 26.3% trata a más del 60%.

El 70% de médicos considera que la principal causa que tienen las pacientes para no ser tratadas frente a un resultado de LIEAG es la falta de asistencia por parte de estas, lo que podría deberse al miedo o desconocimiento de las pacientes.

Se realizó una pregunta abierta sobre cuáles opciones considera que pueden ayudar a mejorar el programa de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado: 128 médicos consideraron se debe mejorar el acceso y organización de los programas de tamizaje para ampliar coberturas, 124 que se deben abastecer con equipos y materiales para diagnóstico y tratamiento en cada centro existente para ser tratadas inmediatamente y no perderlas, así como crear nuevas unidades de tratamiento con servicio de patología en primer y segundo nivel, 118 que proponían realizar campañas de educación y concientización a las mujeres y la población general para que asistan al tamizaje y cumplan con sus citas y tratamientos. De los colegas, 117 solicitan realizar entrenamiento y educación continua al personal de salud, médicos generales, ginecólogos, patólogos y enfermeras, 74 sugieren que se inicien tamizajes con Test de VPH solo o cotest, 41 solicitan más personal o personal debidamente entrenado, 40 de ellos indican que se requiere de la búsqueda y seguimiento estricto de positivos hasta el tratamiento, 26 sugirieron bajar o exonerar los costos, así como 13 de ellos pedían más áreas de patología y mayor rapidez en resultados, 10 implementar la vacunación y 6 mostrar empatía, interés, comunicación del trabajador sanitario con la paciente.

Otras sugerencias fueron: Implementar el tamizaje obligatorio, dar a conocer y cumplir guías de tratamiento, mejorar el sistema de citas, mejorar el sistema de referencia e involucrar a la comunidad.

DISCUSIÓN:

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia con gran relevancia para nuestros países. Sigue siendo un problema de salud pública que se ha preservado en el tiempo y que en vez de incidir en su disminución, se proyectan cifras crecientes por parte de OMS, lo cual traduce probablemente un pobre impacto de nuestras estrategias, el cumplimiento de estas, como enfrentamos los trabajadores de la salud esta situación y qué limitaciones enfrentamos que podemos mejorar, además son muy pocos los trabajos publicados que evalúan estos aspectos tan importantes desde la perspectiva de los trabajadores sanitarios, la mayoría lo hacen desde la perspectiva de las mujeres usuarias de los servicios de salud, por lo que es difícil comparar estos hallazgos con otros estudios.

Con el deseo de conocer un poco más sobre este tema se realizó esta encuesta en países Latinoamericanos siendo la mayor participación de México seguido de Uruguay, Perú y Colombia, los cuales tienen tasas similares de incidencia entre el 6.7-10.4⁷. Nos llama la atención la poca participación de otros países dado que es un tema que nos preocupa a todos y que solo haciendo diagnóstico de situación podremos erradicar el mismo.

De los médicos participantes la mayoría eran mujeres, en edades menores de 50 años, lo que se corresponde con las características de los médicos que componen nuestras federaciones.

También es un hecho muy común en nuestros países que los médicos especialistas se encuentran localizados de predominio en áreas urbanas, lo que favorece el trabajo en segundo y tercer nivel de atención, así como facilitar la práctica privada, en estos centros la práctica se asocia a una menor cantidad de pacientes atendidas, al contrario de la atención primaria es donde por lo general hay más demanda de atención en patología cervical.

En la mayoría de los países de Latinoamérica contamos con esquemas de tamizaje basados en citología que es el estudio estándar en la mayoría de protocolos⁸ y en los últimos años ha venido creciendo la disponibilidad el IVAA lo cual se hizo evidente en las respuestas de los médicos donde afirman que son las dos herramientas disponibles y utilizadas, lo cual es fuertemente recomendado por la OMS⁹, siendo un porcentaje realmente bajo el uso de test de VPH, aunque la mayoría de los ginecólogos consideró

⁷ De La Salud, O. P. (2023). Síntesis de evidencia y recomendaciones: directriz para el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino. *Revista Panamericana De Salud Pública* (Impresa), 47, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.72> doi.org/10.26633/RPSP.2023.72

⁸ Arévalo B., Arturo Raúl, Arévalo Salazar, Dory E., & Villarroel Subieta, Carlos J.. (2017). EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Médica La Paz*, 23(2), 45-56. Recuperado en 30 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&Ing=es&tlng=es.

⁹ De La Salud, O. M. (2014). Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9996>

que era la estrategia con la que se podría ampliar nuestras coberturas, esta estrategia es ampliamente considerada por toda la literatura¹⁰.

La mayoría de los médicos encuestados considera como la principal indicación del inicio de tamizaje el haber iniciado la vida sexual seguido de los que piensan que hasta los 21 años lo inicia y lo suspenden en promedio 65 a 70 años que corresponde con muchas guías de manejo de tamizaje y prevención del cáncer del cuello uterino. Sin embargo no debemos olvidar que hay un porcentaje de cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de los 65 años y que solo se puede discontinuar el tamizaje en aquellas pacientes que han tenido controles regulares previamente.

Podemos afirmar que la mayoría de los centros cuentan con un programa de búsqueda de pacientes con resultados positivos en el tamizaje. Sin embargo se reporta que es un menor porcentaje el que verdaderamente recibe este reporte alterado, lo cual corresponde con otros investigadores que reportan un déficit importante en la entrega a las usuarias de resultados alterados^{11,12}, una parte importante de estas respuestas es que nos informan que las usuarias que sí son captadas con resultados alterados con lesiones de alto grado, la gran mayoría recibe tratamiento con cono cervical y las de LIEBG son observadas o tratadas con crioterapia, lo cual se corresponden con las líneas de manejo de la mayoría de normas internacionales como las guías de la ASCCP¹³.

Un poco más de la mitad de los médicos ginecólogos que respondieron nuestra encuesta cuenta con entrenamiento y condiciones para el diagnóstico y manejo de las pacientes con resultados alterados. Esto puede corresponder a que la encuesta fue enviada a ginecólogos generales sin tener en cuenta si eran especialistas en tracto genital inferior. Lo importante es contar con un servicio para derivar las mismas para tratamiento y manejo.

¹⁰ Wilailak, S., Kengsakul, M., & Kehoe, S. (2021). Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 155(S1), 102–106.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13879>

¹¹ Gomes Martins, L., Bezerra Pinheiro, A.K., Moreira Vasconcelos, C.T., & Pinto Falcão Júnior, J.S.. (2010). Examen de papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enfermería Global*, (20) Recuperado en 31 de julio de 2023, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300007&lng=es&tlng=es.

¹² Wiesner, Carolina, Cendales, Ricardo, Murillo, Raúl, Piñeros, Marion, & Tovar, Sandra. (2010). Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 1-13. Retrieved July 30, 2023, from
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100001&lng=en&tlng=es.

¹³ Perkins, R. B., Guido, R. S., Castle, P. E., Chelmow, D., Einstein, M. H., Garcia, F., Huh, W. K., Kim, J. J., Moscicki, A. B., Nayar, R., Saraiya, M., Sawaya, G. F., Wentzensen, N., Schiffman, M., & 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee (2020). 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *Journal of lower genital tract disease*, 24(2), 102–131.
<https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000525>

Sobre las dificultades que tienen las pacientes para darles el seguimiento con un resultado alterado la gran mayoría de médicos respondió que considera que la principal causa es la falta de asistencia por parte de ellas, sumado al miedo o desconocimiento de las pacientes, lo que se podría estar asociado un pobre conocimiento de la utilidad y la importancia de los resultados de la citología o estudio realizado.

El 70% de las respuestas sobre cuáles opciones considera que pueden ayudar a mejorar el programa de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado, se agruparon en 5 iniciativas:

- 1) Mejorar el acceso y organización de los programas de tamizaje para ampliar coberturas.
- 2) El adecuado abastecimiento de las unidades existentes y la creación de nuevas unidades de diagnóstico y tratamiento con servicio de patología en primer y segundo nivel para optimizar tiempo y evitar perder las pacientes.
- 3) Realizar campañas de educación y concientización a las mujeres y la población general para que asistan al tamizaje, cumplan con sus citas y tratamientos.
- 4) Mayor entrenamiento, educación continua al personal de salud, médicos generales, ginecólogos, patólogos y enfermeras.
- 5) Iniciar tamizajes con Test de VPH solo o cotest.

A pesar de la variedad de países Latinoamericanos que participaron en esta encuesta, es importante ver la convergencia de las respuestas con gran similitud desde los aspectos geográficos de prevalencia de los sistemas, así como en las barreras percibidas y más importante en plantear las alternativas para implementar en los programas para tratar de mejorar la prevención y control del cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los médicos ginecólogos que participaron en la Encuesta CAP de situación sobre la prevención y manejo de lesiones intraepiteliales de cérvix son originarios de México, Uruguay, Perú y Colombia, siendo mujeres más de la mitad y estos médicos tenían entre 30 y 50 años.

Casi en su totalidad laboran en el área urbana, prestan atención pública y privada en segundo y tercer nivel de atención.

En general atienden menos de 30 pacientes ginecológicas por semana y menos de 10 pacientes por semana con patología cervical.

La mayoría de los ginecólogos sólo cuenta con citología como estrategia de tamizaje, en menor proporción IVAA, sin embargo, más de la mitad opina que la estrategia que se debe implementar para ayudar a ampliar la cobertura debería ser el test de VPH.

En cuanto a la edad de inicio del tamizaje la mayoría lo inicia con el inicio de vida sexual o a los 21 años y suspendiéndolo entre 65 y 70 años.

Casi en todos los centros se cuenta con un programa de seguimiento de tamizajes positivos la mayoría reporta que menos de un tercio lo recibe y el tiempo que toma recibirlo la mayoría es más de un mes.

Más de la mitad de ginecólogos cuenta con el entrenamiento y los equipos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con tamizajes positivos.

Con respecto al manejo de pacientes los especialistas ginecólogos opinan que la mejor alternativa de manejo de LIEBG es la observación y para LIEAG la conización cervical la cual es recibida por la gran mayoría de pacientes con este diagnóstico.

Una de las principales barreras para el seguimiento de pacientes se consideró era debido a la falta de asistencia de las pacientes, así como por temor o desconocimiento.

Las principales opciones referidas por los médicos ginecólogos encuestados que consideran podrían ayudar a mejorar los programas fueron mejorar el acceso y organización de los programas de tamizaje para ampliar coberturas, acompañado de campañas de educación y concientización dirigida a la población.

Otras opciones propuestas fueron equipar las unidades existentes y crear nuevas unidades con más personal, para atención inmediata de las usuarias, así como entrenamiento y educación permanente a los trabajadores de la salud.

RECOMENDACIONES:

Futuros estudios que deben apuntar a evaluar la situación de las unidades de salud e incrementar el entendimiento de los factores que influyen en la implementación de los programas desde las perspectivas de las mujeres de las diferentes áreas geográficas de cada país.

Fortalecer los programas de detección y tratamiento de lesiones precancerosas

Campañas permanentes de educación a la población sobre la utilidad e importancia del tamizaje

Entrenamiento y educación continua al personal de salud del programa de prevención y tratamiento de patología cervical

Facilitar y potenciar las diferentes herramientas de tamizaje (IVVA, citología, test de VPH) a través de campañas que faciliten uso sostenible y efectivo, para un adecuado control y prevención del cáncer del cuello del útero.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Panamericana de la Salud . Country cancer profiles 2020. OPS; 2020. [acceso el 26 de abril de 2022]. Internet. Disponible en: [PAHO/WHO | Country cancer profiles 2020](#).
2. Organización Panamericana de la Salud . Cervical cancer is the third most common cancer among women in Latin America and the Caribbean, but it can be prevented. OPS; 2019. [acceso el 26 de abril de 2022]. Internet. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=en.
3. Cancer today. (n.d.-c). <https://gco.iarc.fr/today/home>
4. Delgado-Aguayo, J. Vergara-Wekselman, E. (2017) Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Rev. cuerpo méd. HNAAA 10(3), 142-147 Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052844/rcm-v10-n3-2017_pag142-147.pdf
5. Urrutia S, María Teresa, Araya G, Alejandra, & Poupin B, Lauren. (2010). ¿POR QUÉ LAS MUJERES NO SE TOMAN EL PAPANICOLAOU? RESPUESTAS ENTREGADAS POR LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO- AUGE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

ORIENTE. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 75(5), 284-289.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500002>

6. <https://flasog.org/paises-miembros-2/>

7. De La Salud, O. P. (2023). Síntesis de evidencia y recomendaciones: directriz para el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino. Revista Panamericana De Salud Pública (Impresa), 47, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.72>

8. Arévalo B., Arturo Raúl, Arévalo Salazar, Dory E., & Villarroel Subieta, Carlos J.. (2017). EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Revista Médica La Paz, 23(2), 45-56. Recuperado en 30 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es&tlng=es.

9. De La Salud, O. M. (2014). Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9996>

10. Wilailak, S., Kengsakul, M., & Kehoe, S. (2021). Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 155(S1), 102–106. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13879>

11. Gomes Martins, L., Bezerra Pinheiro, A.K., Moreira Vasconcelos, C.T., & Pinto Falcão Júnior, J.S.. (2010). Examen de papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. Enfermería Global, (20) Recuperado en 31 de julio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300007&lng=es&tlng=es.

12. Wiesner, Carolina, Cendales, Ricardo, Murillo, Raúl, Piñeros, Marion, & Tovar, Sandra. (2010). Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Revista de Salud Pública, 12(1), 1-13. Retrieved July 30, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100001&lng=en&tlng=es.

13. Perkins, R. B., Guido, R. S., Castle, P. E., Chelmow, D., Einstein, M. H., Garcia, F., Huh, W. K., Kim, J. J., Moscicki, A. B., Nayar, R., Saraiya, M., Sawaya, G. F., Wentzensen, N., Schiffman, M., & 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee (2020). 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Journal of lower genital tract disease, 24(2), 102–131. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000525>

Anexo 1

Encuesta CAP sobre Patología del TGI en LATAM

Estimados especialistas en Ginecología y Obstetricia. El Comité de TGI de FLASOG, creado en este período de gestión, tiene como una de las actividades del Plan Estratégico planteado, lograr un diagnóstico sobre diversos aspectos de los especialistas que integran las Sociedades de FLASOG. Para ello hemos elaborado un cuestionario anónimo para poder conocer esta realidad, lo que nos permitirá orientar con mayor precisión las diversas acciones de capacitación y contacto con todos ustedes. En tal sentido les agradecemos se puedan tomar unos minutos para completar esta Encuesta que será de gran utilidad para todos y tardará unos minutos en completarla.

COMITÉ TGI FLASOG

1. El país en el que usted brinda atención:

Uruguay

Argentina

México

Brasil

Cuba

Dominicana

2. Área geográfica de trabajo:

Panamá

Costa Rica

a. Urbana

El Salvador

b. Rural

Honduras

c. Semirural

Guatemala

d. Más de un área geográfica

Nicaragua

Venezuela

3. El área en que ejerce su práctica médica:

Colombia

Ecuador

a. Privada

Perú

b. Pública/ONG

Bolivia

c, Ambos

Paraguay

Chile

4. Nivel de atención médica en que ejerce su práctica médica:

- a. Atención Primaria
 - b. Segundo nivel
 - c. Tercer nivel
- a) y b)
- b) y c)

5. ¿Cuántas mujeres para tamizaje de patología cervical atiende por semana?

- a. 0 a 10
- b. 11 a 29
- c. 30 a 49
- d. 50 a 69
- e. 70 y más

6. ¿Cuántas mujeres con patología cervical atiende por semana?

- a. 0 a 10
- b. 11 a 29
- c. 30 a 49
- d. 50 a 69
- e. 70 y más

7. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos de tamizaje están disponibles en su área de trabajo?

- a) citología cervical (Papanicolaou)
- b) IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético)

- c) Test de VPH
- d) Co-testing (Papanicolaou + Test de VPH)
- e) a y b
- f) a y c
- g) Todos

8. ¿Cuál es el método de tamizaje que más utiliza o prefiere?

- a) citología cervical (Papanicolaou)
- b) IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético)
- c) Test de VPH
- d) Co-testing (Papanicolaou + Test de VPH)
- e) a y b
- f) a y c
- g) Todos

9. ¿Cuál de estos cree o considera que podría ayudar a ampliar las coberturas en su área de trabajo?

- a) citología cervical (Papanicolaou)
- b) IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético)
- c) Test de VPH
- d) Co-testing (Papanicolaou + Test de VPH)
- e) a y b
- f) a y c
- g) Todos

10. ¿Usted tiene la oportunidad de tomar la muestra para tamizaje en el mismo momento de la consulta?

a. Si

d) 100%

b. No

11. ¿A qué edad comienza el tamizaje de sus pacientes?

15. ¿Si existen pautas de las autoridades de su país en cuanto al tiempo de comunicación de tamizaje alterado, cuánto tiempo es este?

a. 18 años

a) Una semana

b. 21 años

b) Un mes

c. 25 años

c) No tiene tiempo límite

d. 30 años

d) No sabe/ No responde

e. Desde el inicio de las relaciones sexuales

12. ¿A qué edad suspende el tamizaje de patología cervical si la paciente ha cumplido con el tamizaje regular?

16. Usted Tiene entrenamiento en:

a, 65 años

a) -IVAA

b. 70 años

b) -Colposcopia

c. No corta el tamizaje por la edad

c) -Crioterapia y/o termocoagulación

d) - Conización (con asa o cono frío

13. ¿Existe un programa de seguimiento a paciente con tamizaje positivo por patología cervical?

e) Solo a y b

f) Solo a y c

g) Todas las anteriores

h) Ninguno

a. Si

17. En su unidad Usted tiene disponibilidad de :

b. No

a) -IVAA

b) -Colposcopia

c) -Crioterapia y/o termocoagulación

d) - Conización (con asa o cono frío

e) Solo a y b

f) Solo a y c

g) Todas las anteriores

h) Ninguno

14. ¿Qué porcentaje de pacientes reciben sus resultados positivos?

a) Menos de 30 %

b) 30- 60 %

c) Mayor del 60%

18. ¿Cuál considera es la mejor o son opciones de manejo de lesiones de bajo grado ?

- a) - Observación
- b) - Crioterapia/ termocoagulación
- c) – Conización / láser
- d) Todas las anteriores
- e) Solo a y b
- f) Ninguna

19. ¿Cuál considera es la mejor o son opciones de manejo de lesiones de alto grado ?

- a) -Observación
- b) -Crioterapia/ termocoagulación
- c) -Conización / láser
- d) Histerectomía
- e) Todas las anteriores
- f) Solo b y c
- g) Ninguna

20. ¿ Qué porcentaje de pacientes con lesiones de alto grado reciben tratamiento?

- a) -Menos de 30 %
- b) -30- 60 %
- c) -Mayor del 60%
- d) Todas
- e) Ninguna

21. ¿ En su opinión, cuáles son las dificultades que tienen las pacientes para recibir

seguimiento luego de su resultado alterado en el tamizaje?

- a) Falta de asistencia de la paciente a su seguimiento
- b) Costos muy altos para las pacientes
- c) Miedo o desconocimiento por parte de la paciente.
- d) Falta de unidades con métodos diagnóstico y/o tratamiento de lesiones temprana en el área
- e) Poco personal entrenado en métodos diagnóstico y/o tratamiento de lesiones tempranas en el área
- f) Desabastecimiento o falta de recursos para el tamizaje y/o tratamiento.
- g) Todas las anteriores
- h) a, b y c
- i) d, e y f

22. ¿Cuáles opciones considera que pueden ayudar a mejorar el programa de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado?

23. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino
- c. No responde

24. Edad

- a) Menos de 30
- b) Entre 31 y 40
- c) Entre 41 y 50
- d) Entre 51 y 60
- e) Más de 60