



**EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA
PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LESIONES PRECANCEROSAS DE
CUELLO UTERINO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE
INDIAS Y CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO**

ELSA CRISTINA DIAZ BARRIOS

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2019**

**EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA
PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LESIONES PRECANCEROSAS DE
CUELLO UTERINO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE
INDIAS Y CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO**

Autor

ELSA CRISTINA DIAZ BARRIOS

Estudiante de Postgrado,
Tercer año Ginecología y Obstetricia

**Trabajo de investigación para optar el título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

TUTORES

ELIANA MARGARITA RETAMOSO PAZ.

Esp. Ginecología y obstetricia

ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON

MD. M. Sc. Salud Pública

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.**

2019

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., junio de 2019

DEDICATORIA

A Dios el cual ha sido mi eje central y la fuerza que cada día me impulsa a salir adelante y a ti Gregoria mi madre ya que has sido el pilar fundamental y mi apoyo, has formado todo lo que soy como persona: mis valores, mis principios, mi perseverancia y empeño. A ti que todo te lo debo.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS... quien ha sido mi guía, quien me ha regalado de su gracia y amor para que cada uno de mis actos sean bajo su dirección, gracias a su divina misericordia porque ha guiado las decisiones de mi vida y porque a través de mis manos, puedo compartir el testimonio de su obra, reflejado en cada paciente y en cada nueva vida.

A mi MADRE, a la que todo le debo, a ella por ser el eje de mi familia, por demostrarme que con dedicación todo se puede lograr; gracias por enseñarme que no hay límites para alcanzar lo que sueñas, por ser mi apoyo en cada una de los pasos que doy

A mi FAMILIA que con su apoyo y sus oraciones diarias me daban fuerzas para seguir adelante; a Estella, mi hermana, gracias por estar ahí incondicionalmente y ser mi soporte.

A mis asesores: Dr Ramos, Dra retamoso, Dr lopez; sin ustedes esto no hubiese sido posible

GRACIAS A MIS MAESTROS Y COLEGAS; a Uds. Por su entrega, consejos y enseñanzas, gracias por ayudar a forjar en mí carácter.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	14
3. 1. OBJETIVO GENERAL	14
3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4. 1. DESCRIPCION TEORICA	15
4. 2. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)	21
5. METODOLOGÍA	24
5. 1. TIPO DE DISEÑO	24
5. 3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	26
5. 4. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
5. 4. 1. Fuentes	30
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSIÓN	39
8. CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
TABLAS	55
ANEXOS	59
Medición y evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica nacional para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino en la ciudad de Cartagena.	59

RESUMEN

Introducción: La mortalidad, incidencia y prevalencia derivados del cáncer de cérvix permite la formulación y evaluación de diferentes políticas en salud pública, cuyo propósito es reducir dicho impacto, mediante la detección temprana y tratamiento de las alteraciones epiteliales, llevado a cabo mediante La aplicación de una GPC, cuyo objetivo del Ministerio de Salud y Protección Social es hacer que estas cumplan con las características generales para ser válidas y reproducibles, que esto se vea reflejado en las diferentes conductas establecidas por el personal médico..

Objetivos: Evaluar el grado de adherencia y conocimiento a la GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA LA DETECCION DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO por parte de los profesionales de la salud y especialistas en ginecología- obstetricia del Distrito de Cartagena

Métodos: Se desarrolló un estudio con metodología cuantitativa, de tipo observacional descriptivo con las Enfermeras, Médicos Generales y Ginecólogos vinculados al servicio de P Y P de la E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo y la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias, durante el periodo noviembre 2018 y marzo de 2019, mediante la aplicación de una encuesta de las guias de practica clinica de lesiones premalignas de cérvix.

Resultados: Se entrevistaron 23 centros de salud, de los cuales 36 eran médicos, 12 enfermeras y 18 ginecologos, se evaluó el conocimiento de la guia mediante puntuacion de 0 a 10 clasificandose como bajo, básico, alto y superior, partiendo inicialmente de la lectura de la gpc donde los medicos obtubieron nivel alto, ginecologos nivel basico y enfermeras nivel superior. Con respecto a los diferentes ítems acerca de las conductas terapéuticas, teniendo en cuenta la profesión de los encuestados, existe una gran variabilidad de criterios diagnóstico y de tratamiento; ya que cada profesional de la salud es independiente desde sus criterios, su experiencia y su experticia personal.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio se evidencia un bajo conocimiento y por ende una baja adherencia médica a guías y protocolos de atención por parte de los profesionales y Especialista de atención hospitalaria, observando que, Los ginecólogos tuvieron tasas bajas de conocimiento de la GPC y eso impacta negativamente en el manejo de las pacientes con lesiones premalignas de cáncer de cérvix.

Palabras clave: (cáncer cervicovaginal, ascus, neoplasias intraepiteliales)

ABSTRACT

Introduction: Mortality, incidence and prevalence from cervical cancer allow for the formulation and evaluation of different public health policies, the purpose of which is to reduce this impact, by early detection and treatment of epithelial alterations, carried out by the application of a PCG, whose objective of the Ministry of Health and Social Protection is to ensure that these meet the general characteristics in order to be valid and reproducible, that this is reflected in the different behaviours established by medical personnel.

Objectives: To evaluate the degree of adherence and knowledge to the CLINICAL PRACTICE GUIDE FOR THE DETECTION OF PRECANCEROUS UTERINE LESIONS by health professionals and specialists in gynaecology-obstetrics of the District of Cartagena.

Methods: Developed a study with quantitative methodology, descriptive observational type with the Nurses, Physicians General and Gynecologists linked to the service of P and P of the E.S.E. Clinic of Maternity Rafael Calvo and the E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias, during the period November 2018 and March 2019, by applying a survey of the Clinical Practice Guidelines for premalignant cervix lesions.

Results: 23 health centers were interviewed, of which 36 were doctors, 12 nurses and 18 gynecologists, the knowledge of the guide was evaluated by means of a score from 0 to 10, classified as low, basic, high and superior, initially starting from the reading of the gpc where the doctors got high level, basic level gynecologists and higher level nurses.

With respect to the different items about therapeutic behaviors, taking into account the profession of the respondents, there is a great variability of diagnostic and treatment criteria; since each health professional is independent from their criteria, their experience and their personal expertise.

Conclusions: Taking into account the results obtained in the present study, there is evidence of low knowledge and therefore low medical adherence to guidelines and protocols of care by professionals and hospital care specialists, noting that, gynecologists had low rates of knowledge of the CPG and that negatively impacts the management of patients with premalignant lesions of cervical cancer.

Keywords: (cervical vaginal cancer, ascus, intraepithelial neoplasms)

INTRODUCCION

La mortalidad, incidencia y prevalencia derivados del cáncer de cérvix permite la formulación y evaluación de diferentes políticas en salud pública, cuyo propósito es reducir dicho impacto, mediante la detección temprana y tratamiento de las alteraciones epiteliales (1); De manera que, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino (CCU) para el año 2012 tuvo una incidencia en mujeres de 528.000 casos nuevos y un 50% de mortalidad ocurre en los países en vía de desarrollo (2).

La Organización Mundial de la Salud en un reciente informe admite que unas 529.409 mujeres reciben un diagnóstico de cáncer de Cuello Uterino en el mundo y 274.883 mueren por esta enfermedad. No menos del 80% de esta carga se produce en los países menos desarrollados.(3). Aun en Colombia el cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública que impone un reto para los sistemas de salud de modo que éste logre generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para disminuir aún más la incidencia y mortalidad relacionada. Colombia espera en un futuro próximo tener una reducción mayor en la carga de enfermedad por cáncer de cérvix y para ello ha realizado ajustes a la estrategia de tamizaje con modificaciones específicas para las regiones de difícil acceso, ha incorporado programas de vacunación contra la infección de VPH en niñas adolescentes que prometen impactar esta enfermedad (3-4)

En Colombia se registran altas tasas de cáncer de cérvix y de mortalidad por dicha causa, en el año 2016 se notificaron 425 casos, en el 2017 se notificaron 1.050 casos y en el año 2018 fueron 1.728 casos confirmados; el promedio de casos notificados en los tres años fue 18, 44 y 72 respectivamente, esto implica esfuerzos en salud pública necesarios para realizar diferentes estrategias de promoción y prevención para la detección temprana con el fin de disminuir estos índices. (4)

1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año, el cáncer cervicouterino (CCU) es responsable de la muerte de 270.000 mujeres, en su mayoría del mundo en desarrollo y en la plenitud de sus vidas productivas. Sin embargo, el cáncer cervicouterino es prevenible mediante el tamizaje de las mujeres asintomáticas cuya base es detectar y tratar las lesiones cervicouterinas precancerosas antes de que progresen a enfermedad invasora. En otras palabras, esas muertes son en buena medida evitables. La investigación realizada por la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP) ha mostrado que, en la mayoría de las situaciones, el tamizaje de las mujeres al menos una vez en la vida, entre los 30 y 40 años de edad, constituye la estrategia más coste- efectiva y con mayor impacto en salud.(5)

Se estima que para 2030 la mortalidad por CCU será de aproximadamente 474.000 mujeres/año de las cuales el 95% ocurrirán en países de bajos y medianos ingresos. La progresión de estos eventos se podría evitar si se tomasen las medidas preventivas y correctivas necesarias de forma efectiva dentro de los sistemas de salud para el control de la enfermedad (1-3).

Se ha demostrado que la reducción de las tasas de mortalidad del CCU no ha sido significativa en países en desarrollo, dado que los programas de CCU presentan baja cobertura y bajos estándares de calidad en comparación con la de los países en desarrollo (Canadá, USA) (6). En Colombia, las actividades de detección temprana de CCU presentan bajas coberturas de tamización y falencias en el

seguimiento de las mujeres tamizadas (7-8); como se demuestra en los informes de

la Resolución 4505 de 2012; lo cual impacta negativamente en la prestación de servicios de salud con calidad y por ende en la morbimortalidad por esta causa. Según indicadores de la Resolución 4505, la cobertura de tamización para el año 2014 a nivel nacional fue del 12,7%(9). Para 2013, la mortalidad de CCU en Colombia fue de 7,08 por 100.000 mujeres en comparación a años anteriores en los que presentó tasas más altas como lo fue en el 2010 con 10 por 100.000 mujeres

(10) y con un descenso para el 2014 con 6,77 por 100.000 mujeres (11), teniendo en cuenta que la meta nacional para el 2021 es reducir la mortalidad por CCU a 5,5 por 100.000 mujeres(12).

En los países desarrollados se han puesto en marcha programas de tamizaje para detectar los signos de lesiones precancerosas y tratarlas de forma precoz. En nuestro país, estos programas requieren un alto grado de organización y gestión, la captación activa de las mujeres en edad de riesgo, la garantía de la calidad del diagnóstico y el tratamiento, así como un riguroso seguimiento de la atención prestada. En los países en desarrollo, estos servicios de tamizaje y tratamiento por lo general no están disponibles o no son accesibles. Y en aquellos lugares donde están presentes, los programas pueden resultar ineficaces debido a problemas de capacitación, control de calidad o logística.(13-14).

La citología como método de screening pese a que se considera no ser un buen método para tamizaje de patología cervical ha disminuido notablemente la mortalidad por esta patología y ha mejorado el diagnóstico temprano en países desarrollados convirtiéndose en el segundo cáncer en la mujer luego de cáncer de

mama. Estos mismos resultados desafortunadamente no se han observado en nuestra población, según los estudios realizados anteriormente se ha observado

que es un método más específico que sensible, es decir que habrán muchos enfermos que pasen como sanos (falsos negativos) pero los individuos que le reporte positiva muy seguramente tendrán alguna lesión realmente (verdaderos positivos).

Según la **Liga Colombiana Contra el Cáncer**, un Cáncer que se puede prevenir, diagnosticar en sus estadios iniciales y ser curado si se trata de manera adecuada Es un "Cáncer excepcional"; si se compara con otros tumores malignos que no son prevenibles, ni se pueden diagnosticar en fases tempranas; siendo este el caso de cáncer de cérvix, es por esto que a través del presente estudio identificaremos y mediremos cual es **LA ADHERENCIA A LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

2. JUSTIFICACIÓN

La implementación de una guía de práctica clínica, concierne diferentes actividades (educativas, administrativas) dirigidas a influir en el comportamiento de los destinatarios de la guía, en nuestro caso médicos generales, enfermeras y ginecologos , por ello, corresponde a un proceso planificado y sistemático para la introducción de una innovación o cambios de valor probado para superar las barreras o dificultades al cambio en el comportamiento de los usuarios de la guía de practica clinica de lesiones premalignas de cervix. Es por esto, que se hace necesario realizar una identificación del conocimiento y adherencia en nuestro caso a las **GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO UTERINO**, y poder generar recomendaciones teniendo en cuenta las barreras para su cumplimiento.

3. OBJETIVOS

3. 1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de adherencia y conocimiento a la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA DETECCION DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO

UTERINO por parte de los profesionales de la salud y especialistas en ginecología-obstetricia del Distrito de Cartagena

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar conocimiento de la guía de práctica clínica en médicos generales, enfermeras de la ESE Cartagena de Indias y Ginecólogos de la clínica maternidad Rafael Calvo.
- Evaluar los resultados de la aplicación del instrumento e. identificar los componentes con mayor nivel de adherencia
- Presentar informe de los resultados durante el estudio a ESE cartagena de indias para que la institución a partir de planes de mejoramiento debidamente implementados garantice mayores niveles y sostenibilidad de la adherencia por parte de los profesionales de salud.

4. MARCO TEÓRICO

4. 1. DESCRIPCION TEORICA

La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es la causa necesaria pero no suficiente para la infección y desarrollo de enfermedad cervical en la mujer (1, 2, 3, 4) A nivel mundial, el cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del cáncer de mama. Anualmente se diagnostican cerca de 500.011 casos y mueren 274.000 mujeres por esta causa. Un 83% de estos casos y de estas muertes ocurren en países del tercer mundo. Para el año 2002, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), estimó 71.862 nuevos casos y 32.639 muertes por cáncer del cuello uterino en América latina y el caribe (19), región donde el cáncer de cuello uterino contribuye a más años de vida perdidos que la tuberculosis, la mortalidad materna o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

En muchos países industrializados la mortalidad por cáncer cervical ha disminuido hasta 70%, sobre todo por los programas de tamización bien organizados (20). Estos programas, que se basan en la citología vaginal como prueba de tamización, han cubierto periódicamente a la mayoría de las mujeres en riesgo, y se complementan por un buen diagnóstico y tratamiento precoces de las lesiones precancerosas y por un buen control de calidad de todas las etapas. Los programas de tamización con estas características no son fáciles de organizar y son costosos. En Colombia no existen programas con tales características. Se

prevé que en las actuales circunstancias, la incidencia de cáncer cervical continuará aumentando en

los países del tercer mundo debido al aumento en la esperanza de vida de la población y a la ausencia de programas de tamización eficientes. Se estima para el año 2020 un aumento de casos de cáncer cervical de 51% en mujeres menores de 65 años y del 80% en mujeres mayores de 65 años, es decir que de 409.000 casos por año que ocurrieron en el 2002, se pasaría a 640.000 casos en el 2020 (21) En Colombia, el cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más frecuente entre la población femenina y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en esta población.

En los últimos cinco años se han registrado en Colombia entre 4500 y 5000 casos nuevos y entre 2000 y 2200 muertes anuales por esta enfermedad. (9) ,de este modo al tratarse de una infección ampliamente esparcida en la comunidad, adquiere importancia a nivel de salud pública, como se evidencia en el plan decenal de salud Pública 2012-2021 con la inclusión de la vacuna contra los serotipos de alto riesgo y la realización periódica de la citología vaginal de las mujeres en edad fértil, dando un espacio clave para la sustentación y relevancia de este tipo de proyectos como el que se está presentando.

Los VPH incluyen aproximadamente 200 tipos descritos que se han detectado en los seres humanos. Se clasifican en cutáneos y mucosos; y según su potencial demalignidad son clasificados como de alto, mediano y de bajo riesgo. Varios estudios consideran de alto riesgo a los tipos VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67, 68, 73, 82; riesgo probable o intermedio a los tipos 26, 53 y 66; riesgo

bajo 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 81, 83, 84 [5].

En el país se ha avanzado en la implementación de alternativas diferentes a la citología para lograr disminuir la incidencia y la mortalidad. En relación con la tamización, se han introducido pruebas alternativas a la citología que incrementan la sensibilidad y reducen los problemas de control de calidad (pruebas de ADN-VPH) (22), y métodos que permiten abordajes programáticos en los que se tamiza y se trata a una mujer en una única visita (técnicas de inspección visual) (23).

Las recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino se basan en revisiones de pruebas sistemáticas y son en gran medida consistentes en las principales organizaciones médicas, incluidas ACS, ACOG y USPSTF.

La Guía de práctica clínica nacional sugiere que la tamización de lesiones premalignas en mujeres que hayan iniciado actividad sexual se realice en el siguiente esquema:

1. Recomienda el uso de pruebas de ADN-VPH que detecten los tipos virales de alto riesgo para la tamización de cáncer de cuello uterino en población general
2. Recomienda el uso de citología de cuello uterino para la clasificación diagnóstica (triage) de las pacientes positivas a la tamización con pruebas de ADN-VPH, con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino invasivo
3. sugiere iniciar la tamización con pruebas de ADN-VPH a los 30 años de edad y finalizarla a los 65 años de edad.

4. sugiere realizar la tamización con pruebas de ADN-VPH en población general cada cinco años ante resultados negativos
5. recomienda realizar la tamización con pruebas de inspección visual con ácido acético y lugol (VIA-VILI), seguido de tratamiento inmediato ante resultados positivos, en población entre los 30 y 50 años con difícil acceso a los servicios de salud, en intervalos que no deben superar los 3 años.

Ante resultados positivos de citología la guía de practica clinica del instituto nacional de cancerología recomienda lo siguiente:

1. El hallazgo de ASC-US en la citología debe ser confirmado con un prueba de ADN-VPH. Si esta es positiva, debe realizarse colposcopia, y si es negativa se continúa con el esquema de tamización de rutina para su grupo etáreo
2. El hallazgo de LEI-BG o mayor en la citología debe ser confirmado directamente con colposcopia.
3. No se recomienda tratar a las mujeres con diagnóstico por primera vez de lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG / (NIC I)
4. Se sugiere realizar procedimientos ablativos (de destrucción local) en mujeres con diagnóstico de lesión de bajo grado (NIC I) persistente y paridad no satisfecha
5. Se sugiere realizar procedimientos escisionales en mujeres con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) persistente y paridad satisfecha

6. Se sugiere realizar conización clásica con bisturí frío en mujeres con diagnóstico de lesión de alto grado (NIC II - III) donde los procedimientos con radiofrecuencia no estén disponibles
7. En mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II – NIC III), la estrategia de seguimiento más adecuada es realizar pruebas de ADN-VPH cada año para el seguimiento de una paciente previamente tratada por una lesión de alto grado y con márgenes quirúrgicos negativos (borde interno, vértice y cubo); con el fin de detectar persistencia o progresión de la lesión.
8. En mujeres con resultado de biopsia de adenocarcinoma in situ, la estrategia de manejo más adecuada para prevenir la progresión a cáncer de cuello uterino invasivo es la conización clásica, ya que permite un estudio patológico detallado de los márgenes de sección a comparación de las otras técnicas, sin embargo se enfatiza que, a pesar de la falta de evidencia directa, la histerectomía sigue siendo el manejo estándar en nuestro medio dado el alto riesgo de enfermedad residual posterior a una conización, incluso con márgenes negativos.
9. El seguimiento a pacientes con adenocarcinoma in situ debe hacerse con prueba de ADN-VPH y raspado endocervical, este debe realizarse cada seis meses durante los dos primeros años y posteriormente cada año hasta que la mujer declare satisfecha su paridad, momento en el cual se debe discutir el tratamiento con histerectomía
10. En mujeres embarazadas con resultados de biopsia de lesión intraepitelial

escamosa de bajo y alto grado (NIC I, II y III), la estrategia de manejo

propuesta, teniendo en cuenta el riesgo de complicaciones obstétricas que excede los beneficios de las intervenciones están todas condicionadas, se basan en que los beneficios de las intervenciones superan el riesgo de complicaciones obstétricas de las mismas en esos casos específicos.

11. Se sugiere remitir a colposcopia después del primer trimestre del embarazo a las pacientes con citologías ASC-US y test de VPH positivo, ASC-H o mayor
12. Se sugiere reevaluar a las mujeres gestantes con lesión de bajo o alto grado (NIC I - III) 6 a 8 semanas después del parto con nueva colposcopia y biopsia y de acuerdo a este resultado tomar la decisión terapéutica.
13. En mujeres postmenopáusicas con resultado de biopsia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (NIC I), la estrategia de manejo más adecuada se basa en el uso de las pruebas de ADN-VPH para la identificación y seguimiento de las pacientes
14. Se sugiere hacer prueba de ADN-VPH a los 18 meses para el seguimiento de LEI-BG en mujeres postmenopáusicas cuya citología de triage inicial haya sido negativa o ASC-US.
15. Se sugiere hacer conización diagnóstica y terapéutica para el manejo de LEI-BG en mujeres postmenopáusicas cuya citología de triage inicial haya sido ASC-H, LEI-BG o peor.

4. 2. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)

El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública en el país y en la región, que impone un reto para los sistemas de salud de modo que éste logre generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para disminuir aún más la incidencia y mortalidad relacionada. Colombia espera en un futuro próximo tener una reducción mayor en la carga de enfermedad por cáncer de cérvix, enfocado a generar acciones coordinadas entre los actores del sistema con rectoría nacional; monitorear cobertura, calidad y seguimiento al acceso al diagnóstico , al tratamiento y finalmente estandarizar lenguajes, procesos y procedimientos que mejoren la calidad del programa de tamización en general; teniendo en cuenta lo anterior el artículo 5 de la Ley 1384 del 2010, donde se establecen las “acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional.(15), dada la carga creciente de enfermedad asociada al cáncer, tal y como se indica en el análisis de la situación de salud de los colombianos y, al constituirse el cáncer como una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. Según un análisis de la situación de salud colombiana, el Instituto Nacional de Cancerología (INC) elaboró y publicó el “Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021”; este modelo define el control del cáncer como: Conjunto de actividades que de forma organizada se orientan a disminuir la carga de esta enfermedad en Colombia, mediante la reducción del riesgo para desarrollar los diferentes tipos de cáncer, la reducción del número de

personas que mueren por

esta causa y el incremento en la calidad de vida para quienes tienen la enfermedad.(16)

Los marcos específicos de acción desarrollados para el control de este, se basan en gran medida en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y en la efectividad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y el negativo desarrollo social.(17) Un aspecto que motiva la formulación de acciones de control es la posibilidad que tiene este tipo de enfermedades de ser prevenidas, teniendo en cuenta que el 30% de los cánceres son prevenibles(18).

Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Ordena la creación del Sistema de Información, a través del establecimiento de los Registros Nacionales de Cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros institucionales; Establece el Observatorio de Cáncer como parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública; consagra la necesidad de captar datos de diversas fuentes, así como efectuar las adaptaciones necesarias al actual SIVIGILA para la captura, procesamiento, almacenamiento y consulta de la información que capta en cáncer, en trabajo conjunto del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, bajo la asesoría del Instituto Nacional de Cancerología

Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014. “Ley Consuelo Devis Saavedra”. Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo

integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e

irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección

5. METODOLOGÍA

5. 1. TIPO DE DISEÑO

Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo de corte transversal

Se desarrolló un estudio con metodología cuantitativa, de tipo observacional descriptivo con las Enfermeras, Médicos Generales y Ginecólogos vinculados al servicio de P Y P de la E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo y la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias para evaluar su conocimiento y adherencia a la guía de práctica clínica nacional para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Se aplicó de manera trasversal durante el periodo de noviembre 2018 y marzo de 2019, lapso que se tuvo como referencia para la obtención de información y la formulación de conclusiones. Se evaluó el conocimiento de la guía mediante puntuación de 0 a 10 clasificándose como: puntuación: 0-5.9 bajo, 6-7.9 básico, 8-9.4 alto, 9.5 a 10 nivel superior.

5.2 población

5.2.1. Población Marco o referencia

Todos los profesionales de enfermería, médicos generales, Ginecólogos que laboren en los servicios Hospitalarios de P y P. De la ciudad de Cartagena.

Las encuestas fueron realizadas en 23 centros de salud de los 26 dispuestos por la ESE Cartagena de Indias, con un total de 46 médicos de los cuales se lograron entrevistar 36, total de enfermeras 33 y entrevistadas: 12 y ginecólogos de la ESE maternidad Rafael Calvo se entrevistaron 18 de 22 trabajadores

5.2.2. Población de estudio

Todos los profesionales de enfermería, médicos generales y Ginecólogos de los servicios de P y P. que se encuentre vinculados a la E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo y la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias.

Criterios de Inclusión

Profesionales de Enfermería, Médicos Generales vinculados a los programas de P y P de la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias durante el periodo noviembre 2018 y marzo de 2019.

Ginecólogos vinculados a los servicios asistenciales de la E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo y la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias durante el mismo periodo.

Criterios de exclusión

- no aceptación por parte de los profesionales para la realización de la encuesta

5. 3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición de variable	tipo de variable	nivel de medición o categoría
Edad	Tiempo de vida en años teniendo en cuenta la fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	1. 25-30 2. 31-45 3. 46-65
Años de ejercicio	Tiempo desde egreso de la universidad hasta la fecha	Cuantitativa continua	1. 1-5 2. 5-20 3. 20-30
Profesión	Título universitario	Cualitativa ordinal	1. Enfermera 2. Medico 3. Ginecólogo
Ha leído usted la guía nacional para detección de lesiones precancerosas de cuello uterino	Conocimiento de la GPC	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
Edad de inicio del tamizaje	Número en años vividos a los que se inicia el tamizaje para cancer	Cuantitativa de interval	1. A cualquier edad una vez se inicie vida sexual 2. A partir de los 15 años hasta resultados negativos 3. A partir de los 21 años hasta los 65 4. A partir de los 30 hasta los 65
cómo se debe realizar la tamización para detección de lesiones precancerosas de cuello uterino	Cuál ha sido el mejor método para tamizar cáncer según la evidencia	Cualitativa ordinal	1. Citología 2. colposcopia 3. ADN-VPH 4. Todas 5. ninguna

Frecuencia tamizaje	Número de veces en que se debe realizar la prueba	Cuantitativa discreta	1. cada 5 años con prueba ADN VPH negativo 2. 1-1-3
---------------------	---	-----------------------	--

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Cada 3 años con CCV negativo 4. Cada 6 meses
<p>Qué estrategias utiliza con un resultado positivo en una prueba de tamización ADN-VPH?</p>		Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Triage con CCV y continuar según hallazgos 2. Colposcopia cada 6 meses 3. Colposcopia anual 4. Repetir tamización con ADN-VPH
<p>¿Cómo se debe realizar la tamización con VIA-VILI</p>		Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. DNA-VPH + colposcopia 2. CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positivo 3. Inspección visual con ácido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos

<p>Se debe hacer tamización en mujeres con histerectomía por patología no maligna para detectar lesiones precancerosas y cáncer vaginal</p>		<p>Cualitativa ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none">1. se considera necesario reiniciar el cribado en caso de nueva(s) pareja(s) sexual(es).2. No deben continuar siendo tamizadas para cáncer de la cúpula vaginal, ni con citología
---	--	----------------------------	--

			<p>ni con cualquier otro método de cribado.</p> <p>3. Es necesario continuar cribado anual hasta los 65 años.</p>
<p>conducta a seguir en mujeres cuyo resultado es una lesión de bajo grado por primera vez</p>		<p>Cualitativa ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colposcopia 2. No se recomienda ningún tratamiento 3. Repetir prueba de tamización 4. Escisión/ablación
<p>lesión de bajo grado persistente</p>		<p>Cuantitativa de interval</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 3 meses de diferencia entre los mismos 2. el hallazgo de dos NIC I en histología consecutiva tras 1 año de diferencia entre los mismos. 3. el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 6 meses de diferencia entre los mismos 4. el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 18 meses de diferencia entre los mismos

<p>Cuál es la conducta a seguir en mujeres con lesiones de alto grado</p>		<p>Cualitativa ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Se sugiere realizar conización donde los procedimientos con radiofrecuencia no estén disponibles.2. Se recomienda realizar histerectomía para el tratamiento de
---	--	----------------------------	---

			<p>mujeres con lesión intraepitelial de alto grado.</p> <p>3. Se recomienda repetir colposcopia + biopsia como prueba confirmatoria</p> <p>4. No sabe</p>
cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada para detectar la persistencia de la lesión en mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado: A	realizar citología cada seis meses para el seguimiento de una paciente previamente tratada por una lesión de alto grado con márgenes quirúrgicos negativos	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada para detectar la persistencia de la lesión en mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado: B	realizar pruebas de ADN-VPV cada año para el seguimiento de una paciente previamente tratada por una lesión de alto grado con márgenes quirúrgicos negativos	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada para detectar la persistencia de la lesión en mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado: C	No hacer ningún tipo de seguimiento	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO

Qué se debe hacer con una embarazada después del primer trimestre del embarazo con citologías ASC-US, test de VPH +, ASC-H		Cualitativa ordinal	1. Se sugiere remitir a colposcopia a las pacientes con citologías ASC-US y
--	--	---------------------	---

			test de VPH positivo, ASC-H o mayor 2. Manejo expectante hasta finalizar gestación 3. Se sugiere realizar conización diagnóstic a 4. Ninguna de las anteriores
--	--	--	---

5. 4. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5. 4. 1. Fuentes

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta de Conocimientos a Enfermeras y Médicos generales vinculados a los servicios de P y P de la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias y a los Ginecobstetras de la E.S.E. Clínica Maternidad Rafael Calvo en el periodo comprendido entre noviembre 2018 y marzo de 2019.

El estudio divido en 3 fases: en la primera fase se realizó reunión con personal administrativo de la ESE Cartagena de indias (líder docencia servicio-coordinadora de promoción y prevención y subdirector científico), se expuso la

hipótesis del estudio, el consentimiento por parte de la directiva para la realización de la encuesta, se obtuvo aprobación para su realización en todos los centros de atención permanentes –CAP del distrito de Cartagena.

En la segunda fase se ejecutaron las visitas a los Centro de Atención Permanentes que conforman la E.S.E Hospital Cartagena de indias y a la E.S.E. Clínica de maternidad Rafael calvo. Para seleccionar los profesionales de Enfermería, Médicos Generales y Ginecobstetras del servicio de consulta externa adscritos al programa de promoción y prevención. Posteriormente se conformaron dos grupos de apoyo: constituidos por dos miembros, un encuestador y un facilitador, asignándose uno a cada escenario clínico y se procede a la aplicación de la encuesta estructurada a los participantes previamente seleccionados mediante técnica de auto diligenciamiento, Esta información fue consignada en el Registro de Encuesta Individual. En la fase 3, se evaluaron los datos obtenidos tabulados en un formato de Excel y se realizó el análisis estadístico en el Programa epi-info. Se realizaron las formulas de chi cuadrado y test de spenser.

6. RESULTADOS

La población objeto de estudio fueron profesionales del área de la salud (médicos y enfermeras encargados de los programas de promoción y prevención) y especialistas (Ginecólogos) que laboran en la ESE Cartagena de Indias.

Un total de 66 personas fueron encuestadas de las cuales, n=36 (54.6%) fueron médicos, n=18 (27,3%) Ginecólogos y n=12 (18,2%) enfermeras.

La distribución por grupos etarios mostró que el grupo de las enfermeras se ubican en el rango de 31 a 45 años en un 50%. El grupo de médicos tuvo una mayor frecuencia en el grupo etario entre 25 y 30 años con 38,9% seguido del de 31 a 45 años con 36,1%, mientras que, el grupo de ginecólogos presenta una frecuencia de 55,6% en la categoría entre 46 y 55 años siendo esta frecuencia estadísticamente mayor que en los médicos y enfermeras observada en 25% y 0% respectivamente $p < 0,05$.

Los años de ejercicio de la profesión fueron en el grupo de las enfermeras 50% en el rango de 1-5 años y el otro 50% en el rango de 6-20 años; los médicos por su parte, tuvieron una mayor frecuencia de 1 a 5 años con 41,7% seguido de 6 a 20 años con 36,1%, mientras que, 22,2% se encontraron en el rango de 21-30 años Tabla 1. Por el contrario, los años de experiencia de los ginecólogos se encuentran en los intervalos de 6-20 años y de 21-30 años con 38,9% en cada categoría, esta última fue estadísticamente significativa al compararse con el grupo de enfermeras en las cuales este rango de años de experiencia fue nulo como se puede observar en la Tabla 1.

La evaluación de los criterios generales de tamización iniciando con la pregunta de si ha leído la Guía de Práctica Clínica para Lesiones Premalignas de Cérvix emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mostro, que en total el 83% de los profesionales encuestados manifestaron haber leído la guía; entretanto, dentro del grupo de enfermeras el (100%) respondió haber leído la

guía, en el grupo de los médicos, de un total de 36, 29 correspondiente a un (80.6%) respondieron

afirmativamente a la pregunta; ubicando en el último lugar a los ginecólogos que de un total de 18, 14(77,8%) respondieron positivamente a la pregunta.

La segunda pregunta planteada fue: con que prueba tamiza las lesiones premalignas para Cáncer de Cervix. Las 3 opciones de respuesta fueron (ADN-VPH, CCV y todas las anteriores). De las 3 opciones a escoger, la citología cervico vaginal (CCV) fue la respuesta más frecuente entre los grupos ocupacionales, con un 76%. Dentro del grupo de las enfermeras 83,3% respondió CCV y 16,7% todas las anteriores; el grupo de los médicos respondió: ADN-VPH, 2,8%, CCV 66,7% y todas las anteriores 30,6%, por último el grupo de los ginecólogos respondieron para CCV 88,9% y para todas las anteriores 11,1%.

Con respecto a la pregunta de las edades del inicio y finalización de la tamización se ofrecieron 5 rangos de edades como opciones de respuesta. La opción más frecuente entre los grupos ocupacionales encuestados fue desde que inicia la vida sexual hasta los 70 años con un 41%. Dentro del grupo de las enfermeras el rango de edad reportado con mayor frecuencia fue la de 21 – 65 años con un 91,7%, seguido del rango de edad comprendido entre los 25 – 65 años (8,3%). Por su parte, el intervalo de edad más frecuente escogido por los médicos fue: Inicia vida sexual

– 70 años 61,1%, seguido del intervalo de 21 años – 65 años con 13,9%, 11,1% de 25- 70 años, 8,3% de 25-65 años y 5,6% de 15- 70 años. Mientras tanto los ginecólogos respondieron de la siguiente manera: 61,1% de 21-65 años, 33,3% inicia vida sexual – 70 años y 5,6% de 25-65 años. El intervalo de edad más frecuente en la totalidad de los grupos fue el comprendido entre el inicio de la vida sexual y los 70 años con un 42,4%, seguido de cerca por el intervalo de 21-65 años con 40,9%.

Como respuesta a la cuarta pregunta, el 91% de las personas encuestadas respondió CCV, discriminando por grupos ocupacionales tenemos que en el grupo las enfermeras un 91,7% escogió CCV, mientras que, un 8,3% escogió ADN-VPH, en el grupo de los médicos un 86,1% CCV, 11,1% ADN-VPH y 2,8% todas las

anteriores; finalmente el 100% de los ginecólogos respondió CCV.

Siguiendo con la quinta pregunta, la respuesta escogida con mayor frecuencia en la totalidad de los grupos fue el intervalo de a partir de los 21 hasta los 65 años con un 62%. En el grupo de las enfermeras un 58,3% escogió dicho intervalo, seguidamente un 25% que escogió a cualquier edad una vez resultado de VPH, mientras que un 16,7% a partir de los 15 años hasta cualquier resultado negativo. Para los médicos un 58,3% a partir de los 21 hasta los 65 años, 16,7% a cualquier edad una vez resultado de VPH, 13,9% a partir de los 15 años hasta cualquier resultado negativo y 11,1% a partir de los 30 años hasta los 65 años. Para los ginecólogos los resultados fueron 72,2% a partir de los 21 hasta los 65 años, 16,7% a cualquier edad una vez resultado de VPH y 11,1% a partir de los 15 años hasta cualquier resultado negativo.

A la pregunta número 6 la respuesta más frecuente fue 1.- 1. – 3 años en todos los grupos encuestados con un 70%. Siendo para el grupo de las enfermeras, de 75% para dicha respuesta, seguido de un 25% para la respuesta Cada 5 años con resultado ADN-VPH negativo. En cuanto a los médicos un 75% escogieron la opción 1.- 1. – 3, seguida de un 16,7% para la opción, Cada 3 años con CCV negativo y un 8,3% para la opción, Cada 5 años con resultado ADN-VPH negativo. Para los ginecólogos la respuesta más frecuente fue 1.- 1. – 3 con un 55,6%, seguido de un 27,8% para la opción cada 3 años con CCV negativo y 16,7% para la respuesta Cada 5 años con resultado ADN-VPH negativo.

Siguiendo con la pregunta número 7, la opción de respuesta número uno fue la más frecuente entre los grupos encuestados con un 52%. En el grupo de las enfermeras 83,3% escogieron como respuesta: a cualquier edad una vez se inicie vida sexual activa, seguida de las opciones; a partir de los 21 años hasta los 65 años y a partir de los 30 años hasta los 65 años cada una con porcentaje de 8,3. Por su parte los médicos escogieron la opción número 1 con una frecuencia de 55,6%, seguida de la opción; a partir de los 21 años hasta los 65 años con un 22,2%. Mientras que, los ginecólogos respondieron realizarla a partir de los 30 y hasta los 65 años; con el 44,4%, seguido del 22% para la opción, a cualquier edad

una vez inicie vida sexual y un 17,6% para las otras 2 opciones de respuesta.
Comparando el conocimiento

del cribaje con ADN-VPH, entre los grupos de enfermeras y ginecólogos, se encontró, que las opciones de respuesta más frecuentes en dichos grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre estos 2 grupos con valores de $p=0,010$ y $p=0.0492$ como se pueden observar en la tabla 2. No obstante, al comparar los valores de p para los grupos de médicos y enfermeras no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

A la pregunta: ¿cuál es la estrategia que utilizan con un resultado positivo de ADN VPH? la totalidad de las personas encuestadas escogieron la opción colposcopia cada 6 meses en un 47%. Discriminando entre grupos, las enfermeras refirieron triage con CCV y continuar según hallazgos en un 50%, seguido de colposcopia cada 6 meses en un 41.7 %, mientras que un 8,3% escogió repetir tamización con ADN-VPH. Por su parte, los médicos refirieron triage con CCV y continuar según hallazgos y colposcopia cada 6 meses con 41.7 % cada uno; seguido por la opción colposcopia anual con un 13,9% y un 2,8% para la opción, repetir tamización con ADN-VPH. Los ginecólogos en 61.1% refirieron colposcopia cada 6 meses, seguido de triage con CCV y continuar según hallazgos con un 33.3% y 5,6% escogieron colposcopia anual.

Ante la pregunta de, cómo se debe realizar la tamización con VIA-VILI, la totalidad de personas encuestadas respondió en mayor proporción DNA-VPH + colposcopia con un 44%; por su parte, las enfermeras respondieron en un 41,7% inspección visual con acido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos, seguido de la opción CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positivo con un 33,3% y un 25% para DNA-VPH + colposcopia, en cuanto a los médicos, escogieron con mayor frecuencia la opción DNA-VPH + colposcopia en un 50%, seguida de inspección visual con acido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos en un 33,3% y un 16,7% para CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positivo, mientras que, los ginecólogos respondieron en un 50%, Inspección visual con acido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos, seguido de un 44.4 %, para, DNA + colposcopia; por ultimo un 5,6%

escogió CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positivo. (Tabla 2).

Acerca de la pregunta sobre la tamización en mujeres con histerectomía por patología no maligna para detectar lesiones precancerosas y cáncer vaginal, en general la opción más escogida fue cribado anual hasta los 65 años con un 52%. La totalidad de enfermeras escogieron la opción de respuesta; Es necesario continuar cribado anual hasta los 65 años. Para los médicos esta también fue la opción más frecuente con un 55.6 %, seguido de un 27,8% para: no deben continuar siendo tamizadas para cáncer de la cúpula vaginal, ni con citología ni con cualquier otro método de cribado y 16,7% para la opción, se considera necesario reiniciar el cribado en caso de nueva(s) pareja(s) sexual(es). Por su parte, los ginecólogos escogieron la segunda opción de respuesta un 77.8%, seguida de un 11,1% para la opciones 1 y 3. Comparando los valores de p para las opciones 2 y 3 se observan diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$ entre los grupos ocupacionales comparados Como se puede observar en la tabla 3.

Con respecto a la pregunta sobre la conducta a seguir en mujeres cuyo resultado es una lesión de bajo grado por primera vez, los tres grupos comparados escogieron en mayor proporción la opción de respuesta número 1 (colposcopia) con un 74%. Las enfermeras con 83.3 %, los médicos con un 80.6 % y los ginecólogos en 55.6

%. Las demás opciones escogidas para cada grupo fueron respectivamente: 16,7% opción 3; 13,9% opción 3, 5,6% opción 2; 38,9% opción 3 y 5,6% opción 2 como se observa en la tabla número 3.

La pregunta formulada número 12 hizo referencia a la definición de una lesión de bajo grado persistente. En la totalidad de los grupos la opción escogida con mayor frecuencia fue: hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 6 meses de diferencia con un 49%. Las enfermeras escogieron la opción de respuesta número 3 (hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 6 meses de diferencia entre los mismos) con un 58.3 %, seguido de un 25% para la opción 2, (hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 1 año de diferencia entre los mismos), mientras que, un 16,7% para la primera opción. Por su parte los médicos con un

44.4 % escogieron la opción numero 3, seguido de un 22,2% para las opciones 1 y 2, y un 11,1% para la opción numero 4. Así también el grupo de los ginecólogos escogieron

con mayor frecuencia la opción número 3 con un 50%, seguido de un 27,8% para la opción 2 y un 11,1% para las opciones de respuesta 1 y 4.

Con respecto a la conducta ante lesiones de alto grado se encontró como principal respuesta entre los grupos la repetición de colposcopia +biopsia en un 52%. Por su parte las enfermeras con un 47.1 % escogieron la repetición de colposcopia +biopsia (opción # 3), seguida de realizar conización cuando los procedimientos con radiofrecuencia no estén disponibles (opción 1) con un 33,3% y un 25% para la Histerectomía (opción 2). Los médicos generales escogieron la opción 1 con 44,4%, en segundo lugar con un 27,8% la opción 3, la opción 2 con 16,7% y por último, un 11,1% manifestaron no saber la respuesta. Por otro lado, los ginecólogos escogieron en un 83.3 % la conización cuando los procedimientos con radiofrecuencia no estén disponibles (opción 1) y un 5,6% para las demás opciones de respuesta. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$ al comparar el grupo de los ginecólogos frente a los médicos y a las enfermeras entre las opciones de respuesta más frecuentes tal como se observa en la tabla 3.

Ante la pregunta acerca de la estrategia de seguimiento más adecuada para detectar la persistencia de la lesión en mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado? en la totalidad de los grupos realizar la citología cada 6 meses fue la opción de preferencia con un 71%. Discriminando por grupos el 75 % de las enfermeras, el 69.4 % de los médicos y el 72.2 % de los ginecólogos, consideraron esta opción como estrategia de seguimiento, sobre la estrategia de realizar pruebas de ADN-VPH cada año el 58.3 %, el 50 % y el 33 % de enfermeras, médicos y ginecólogos respectivamente estuvieron de acuerdo con esta opción y no hacer ningún tipo de seguimiento fue considerada en los médicos generales con un 2.8 % y un 11.1 % de los ginecólogos estuvieron de acuerdo a esta opción.

Finalmente ante la pregunta acerca de que se debe hacer con una embarazada después del primer trimestre del embarazo con citologías ASC-US, test de VPH +, ASC-H, la opción 2 fue la más frecuente entre los grupos (55%) (manejo

expectante hasta finalizar gestación). El 66.7 % de las enfermeras, el 52.8 % de los médicos y el 50% de los ginecólogos optaron por dicha respuesta; en segundo

lugar la opción de remitir a colposcopia a las pacientes con citologías ASC-US y test de VPH positivo, ASC-H o mayor. Fue 25%, 44,4% y 33,3% para enfermeras, médicos y ginecólogos respectivamente. Los porcentajes para la opción: se sugiere realizar conización diagnóstica fueron 8,3; 2,8 y 11,1 respectivamente para enfermeras, médicos y ginecólogos. Por último el 5,6% de los ginecólogos manifestaron escoger la opción (ninguna de las anteriores).

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se formularon una serie de preguntas basadas en la guía de práctica clínica (GPC) nacional para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino al personal de enfermería, médicos generales del servicio de P y P de la ESE Hospital Cartagena de indias y médicos especialistas en ginecología y obstetricia de la ESE Clínica maternidad Rafael calvo; permitiendo de esta manera evaluar el grado de adherencia y conocimiento de dicha guía.

Sólidos conocimientos por parte de los profesionales de la salud, son claves para facilitar la aceptación de estas prácticas, al igual que la anticipación a la información errónea y factores de confusión; logrando determinar la audiencia que requiere mayor intervención y al mismo tiempo favorecer la toma de decisiones en salud sobre la enfermedad y las conductas de prevención.

Los resultados obtenidos muestran que, la lectura de la GPC fue más frecuente en el grupo de enfermeras observada en el 100%, seguido de las médicos con 80,6% ubicando en el último lugar a los ginecólogos con 77,8%, estos resultados coinciden con el estudio de Teoh DG y cols en Minnesota (EE.UU.) (Teoh et al., 2015)(28), donde el 87.9 % de los encuestados conocían y estaban familiarizados con los cambios realizados en la guía del 2012, Sin embargo, en función del tema o los diferentes ítems que aborda cada una de los diferentes apartes de la GPC, según los resultados el nivel de conocimiento general es bajo en los tres grupos, a pesar que el grupo de enfermeras reportó en su totalidad conocer la guía; en

contraste a los datos encontramos en el estudio de VV Anantharaman, y S Sudharshini en india que mostró que el conocimiento sobre la detección del cáncer cervical fue bueno

entre médicos (incluyendo médicos generales y gineco-obstetras (83,3%) y enfermeras del sector de la salud (66,7%) (24-25).

Esto es comprensible debido a que la guía de práctica clínica específica afecta a un número más reducido de profesionales en función del ámbito de aplicación, con respecto a esto, en una encuesta de California 2016 Algunos proveedores de atención médica desconfían de las pautas, el 35% de la atención primaria y el 59% de los ginecólogos no sentían que las guías actuales fueran clínicamente apropiadas (26) así también, a mayor tiempo de experiencia se tiende a dar menor credibilidad a las guías (Pedraza, Ortiz, Vargas, & Ardila, 2004)(35); particularmente en nuestro estudio no hubo diferencias significativas con respecto al conocimiento de la guía.

En relación a la utilización de las GPC teniendo en cuenta las recomendaciones de esta, dos tercios de los participantes respondieron de acuerdo a lo planteado en la GPC, lo que indicaría un aparente buen nivel de utilización, Principalmente los médicos generales y enfermeras, sin embargo el desempeño no superó el nivel básico. Este resultado está en consonancia con los resultados del estudio llevado a cabo por Perez y colaboradores en España (Pérez Irazusta et al., 2009) en el cual, entre los profesionales de atención primaria en el que se recoge también la preferencia de guías consideradas de mayor confianza para el ejercicio de su práctica médica.(27)

En el año 2012 se llevó a cabo un estudio piloto cuyo objetivo era evaluar las adherencias a las pautas de detección del cáncer cervical, teniendo en cuenta las recomendaciones de la sociedad americana de cáncer, sociedad de colposcopia y

patología cervical y la sociedad americana de patología clínica (28).

Queda claro que el nivel de conocimiento de las guías reseñado es negativo, por lo que se considera importante y necesario incidir en las estrategias de difusión e implementación de las mismas.

Con respecto al método de tamización el 88 % de los encuestados lo hace con CCV, si bien la guía de práctica clínica contempla como método de tamización las pruebas moleculares ADN-VPH, podríamos declarar que el proceso de transición a tamización con pruebas moleculares es ya un hecho irreversible, dada la inclusión de dichas pruebas en el plan de beneficios del país, la alta sensibilidad que muestran y la introducción de la vacunación masiva contra el VPH, que implica, a su vez, un cambio en la estrategia de tamización.

Estados Unidos fue el país que más tempranamente introdujo la tamización con VPH de manera simultánea con la citología (co-testing) y con intervalo de cada tres años; México, por su parte, cuenta con una política nacional que recomienda como prueba primaria las pruebas de VPH, y la citología, como técnica de clasificación de mujeres positivas (29). Argentina ha iniciado la introducción de pruebas moleculares mediante el desarrollo de un programa piloto de tamización (30).

EN COLOMBIA, NO SE HA IMPLEMENTADO LA POLÍTICA DE TAMIZACIÓN SUGERIDA POR LA GPC; A PESAR DE QUE, LA TAMIZACIÓN BASADA EN LA CITOLOGÍA NO HA LOGRADO LOS RESULTADOS ESPERADOS, Y LAS TASAS DE MORTALIDAD CONTINÚAN EN ASCENSO EN LA MAYORÍA DE ESTOS ESCENARIOS.

**EN RELACIÓN A LO ANTERIOR VARIOS ARGUMENTOS SUSTENTAN LAS
BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRUEBA ADN-VPH**

COMO TÉCNICA DE TAMIZACIÓN PRIMARIA PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN COLOMBIA; DE LAS CUALES HALLAMOS: 1) LA INFECCIÓN POR VPH SE ASOCIA A UNA ENFERMEDAD VENÉREA; 2) SUBREREGISTROS EPIDEMIOLÓGICOS: LA AUSENCIA DE UN ADECUADO REGISTRO DE DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS; 3) BARRERAS DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA, TALES COMO LA NO CENTRALIZACIÓN DE LA LECTURA DE CITOLOGÍAS, LABORATORIOS NO HABILITADOS QUE PRESTAN SERVICIOS Y LA NO ESTANDARIZACIÓN DE LA COLPOSCOPIA NI EL TRATAMIENTO; 4) BARRERAS EDUCACIONALES: LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBREESTIMAN LA SENSIBILIDAD DE LA CITOLOGÍA Y LES PREOCUPA DEMASIADO LA INFECCIÓN POR VPH EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS, Y 5) BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE ACCESO A LA COLPOSCOPIA Y A LA BIOPSIA DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS. (WIESNER ET AL., 2013)(36)

A la pregunta acerca de la conducta de una paciente posthisterectomizada, la respuesta correcta según la guía de práctica clínica del instituto nacional de cancerología (no realizar ningún tipo de intervención), coincide en nuestro estudio por parte del grupo de ginecólogos, con lo encontrado por Teoh dg y cols (26) donde la mayor proporción de los encuestados 99.2 % respondieron positivamente a esta pregunta, sin embargo, en un estudio de 2010 con datos de la national health; Muestran que las mujeres con bajo riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino continúan sometiéndose a cribado, este estudio mostró que el 58,4% de las mujeres mayores de 65 años de edad y 34.1% de las mujeres después de la histerectomía continuaban realizándose pruebas de papanicolaou, ordenados por sus médicos tratantes.(31)

Teoh DG y cols también coincide con nuestro estudio en las edades del inicio y finalización de la tamización referida por los encuestados, teniendo en cuenta que en nuestro estudio fue más frecuente entre 21 y 65 años con 61,1% (ginecólogos),

las enfermeras 91,7%, el autor encontró que los encuestados también identificaron

los grupos de edades que requieren screening, Incluyendo 21 años (92.7%) y 65 años con cribado normal previo (87,1%).(30), este hallazgo difiere del estudio de VV Anantharaman, y S Sudharshini (24), donde encontraron que alrededor del 63.2% de los encuestados sugirió que la evaluación debería Comenzar en mujeres >30 años. Este hallazgo está en contraste con el estudio de Arulogun y Maxwell (32) donde el 81.7% de los encuestados mencionó que la detección debe comenzar cuando una mujer empieza a tener relaciones sexuales, lo que representa en nuestro estudio un 33.3 % por parte de los ginecólogos y del 61.1% por parte de los médicos.

El intervalo de realización de la citología más frecuente descrito en el estudio de Teoh DG y cols difiere de nuestro estudio, teniendo en cuenta que en su mayoría el 89.3 % realizan prueba de tamizaje con citología sola cada 3 años, contrario a lo encontrado en nuestro estudio donde la mayor tasa de detección se realiza en intervalo 1-1-3 en una proporción de 75% descrito por médicos y enfermeras y 55,6% los ginecólogos; esto se refleja en la atención de las pacientes, como lo confirma los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, en donde destaca que el 94,6% de las mujeres se han realizado la citología en algún momento de su vida; de estos, el 66,5% se la realizaron cada año y el 6,4% se la realizaban cada 3 años; coincidiendo a los encontrados en el estudio de Meissner y cols donde la mayor proporción de los encuestados el 68.2%

recomendó la prueba de Papanicolaou anualmente.(33);

La prueba inicial de tamización utilizada por el 86 y 100% de los encuestados en

tamización con un 80.5% fue con citología de base líquida a diferencia de la citología convencional con un 14.6 % realizada por los encuestados.

Con respecto a los años de ejercicio de la profesión estos mismos autores encontraron que la reciente graduación de la escuela de medicina fue asociado con el cumplimiento de intervalos de detección menos frecuentes, siendo estos más propensos a practicar el intervalo de cada 3 años, tal vez porque los médicos más jóvenes tienen menos probabilidades de tener prácticas consolidadas con respecto a la selección anual y estar más recientemente expuestos a la formación clínica actualizada, en contraste con nuestro estudio en donde la profesión fueron en los ginecólogos de 6 a 20 años y de 21 a 30 años de ejercicio profesional con 38,9%, Los médicos por su parte tuvieron una mayor frecuencia de 1 a 5 años con 41,7% viéndose reflejado en la frecuencia de tamización anual por ambos grupos de encuestados.

Con respecto a la tamización VIA-VILI, los ginecólogos describieron la inspección visual con ácido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos en un 50%, los médicos describieron esa respuesta con un 33.3 %, nuestro hallazgo difiere en términos de frecuencia a lo encontrado por VV Anantharaman, S Sudharshini (24), donde el 95,3% de los médicos estaban al tanto de la prueba de Papanicolaou, y VIA / VILI. De estas personas que eran conscientes, el 62,1% y 78.4% conocía el propósito exacto de la prueba de Papanicolaou y VIA / VILI respectivamente.

De acuerdo a la estrategia que utilizan con un resultado positivo de ADN VPH

encontramos que los ginecólogos en 61.1% refirieron colposcopia cada 6 meses,

cada 6 meses con 41.7 %,en contraste con el estudio de D Montano, D Kasprzyk donde hallaron que una mayor proporción de los encuestados (95%) informó que recomendarían una colposcopia a los pacientes con los resultados de la prueba de Papanicolaou de ASC-US y una prueba de HPV positiva.(34)

En el estudio realizado por Pedraza y colaboradores se muestran como principales barreras: aplicabilidad reducida, falta de flexibilidad en el escenario clínico, consideración de que la experiencia personal era más importante que una Guías de Práctica Clínica, limitaciones en su disponibilidad en nuestro medio, falta de cultura para utilizarlas y falta del componente multidisciplinario en los grupos encargados de su elaboración (Pedraza et al., 2004)(35).

8. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio se evidencia un bajo conocimiento y por ende una baja adherencia médica a guías y protocolos de atención por parte de los profesionales y Especialista de atención hospitalaria de la

E.S.E. Clínica De Maternidad Rafael Calvo y la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias, según normatividad vigente a nivel nacional. Impactando negativamente nuestro Modelo de Atención Integral en Salud, en contravía con la ejecución de las Rutas Integrales de Atención para la prevención y atención oportuna de CCU, el cumplimiento de coberturas óptimas de tamización, búsqueda activa de casos positivos, seguimiento en las líneas de acción de tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

Según datos finales, en nuestro estudio Los ginecólogos al igual que médicos generales y enfermeras tuvieron tasas bajas de conocimiento de la GPC, no alcanzando datos significativos para clasificar como superior, estos datos impactan negativamente en el manejo de las pacientes con lesiones premalignas de cáncer de cérvix, según las diferentes respuestas, podemos inferir que existe una gran variabilidad de criterios de diagnóstico y de tratamiento; ya que cada profesional de la salud es independiente desde sus criterios, su experiencia y su experticia personal. En el componente de prestación de los sistemas de salud, el acto y el procedimiento médico son los procesos principales que impactan en la salud de las personas, por ello se hace menester tener un nivel de estandarización de los

mismos con la finalidad de evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad, teniendo en cuenta esto, aunque según nuestros resultados el conocimiento es deficiente, y al

tratarse de algo subjetivo, considero que se requiere de rigurosidad metodológica para garantizar que al emplear un instrumento en este caso las GPC, se mida realmente lo propuesto, Pese a esto, no se han desarrollado ni implementado cuestionarios para establecer el conocimiento de las GPC Y por otro lado, existe gran controversia sobre la manera más adecuada de hacerlo teniendo en cuenta los diferentes métodos de tamización que estos recomiendan.

A pesar de la relevancia e impacto que tendría la aplicación de las guías en los escenarios clínicos, son escasos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre su percepción y uso.

Nuestros hallazgos se correlacionan con datos epidemiológicos nacionales, se esperaría que con el conocimiento de la guía se viera reflejado en la adherencia y en la disminución de la morbimortalidad de dicha enfermedad, enfatizándose en un diagnóstico temprano y en un tratamiento dirigido, sin embargo desde el lanzamiento de estas directrices ,los estudios Sugieren que la adherencia es subóptima; Si bien es cierto La aplicación de una GPC es un proceso complejo que depende de múltiples factores y tiene resultados variables es claro que el objetivo del Ministerio de Salud y Protección Social es hacer que estas cumplan con las características generales para ser válidas y reproducibles, también es cierto que en nuestro medio y más específicamente en nuestro estudio la sola GPC no es suficiente y que se requieren diferentes actividades, esto es generar procedimientos establecidos para su conocimiento y puesta en marcha, mediante la socialización y actualización y que esto se vea reflejado en las diferentes conductas establecidas por el personal médico.

RECOMENDACIONES

Según lo que se desprende del estudio realizado, en relación a las posibles acciones a introducir para mejorar el conocimiento y la utilización de las GPC, se pueden mencionar unas de carácter instrumental, otras que inciden más sobre el aspecto cultural, es decir, sobre la sensibilización y formación de los profesionales en este ámbito y finalmente, las que ponen el acento en la estrategia de difusión. Asimismo es necesario identificar las barreras que puedan dificultar el logro de los objetivos de un programa organizado de tamización y la ejecución de las GPC, y de esta manera tratar de minimizar su impacto.

Entre las acciones dirigidas a la mejora y potenciación del uso de las guías podemos recomendar las siguientes:

- Promover la participación de los profesionales de salud en la ejecución de GPC
- Generar Estrategias de difusión adaptadas a cada contexto.
- Difundir desde el ámbito institucional las ventajas derivadas de la aplicación de las GPC.
- Explorar y mejorar la metodología y herramientas para el aprendizaje/enseñanza de las GPC.

Es necesario a partir de esta investigación establecer cuáles son las barreras y las limitaciones para implementar un programa organizado de tamización según las recomendaciones del ministerio de protección social a través de las GPC y, por consiguiente, mejorar la dificultad de lograr el impacto esperado con el cambio tecnológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escohost, N. C., Merchant, M. L., Helm, C., Jenson, A. B., Klein, J. B., & Chaires, J. B. Detection of Cervical Cancer Biomarker Patterns in Blood Plasma and Urine by Differential Scanning Calorimetry and Mass Spectrometry. *Plos ONE*, 2014. 9(1), 1-12.
2. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, *et al*. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2016. (16)31392-7.
3. Castellsagué X., Sanjosé de S., Aguado T., Louis K., Bruni L., Muñoz J., Diaz M., Irwin K., Gacic M., Beauvais O., Albero G., Ferrer E., Byrne S., Bosch FX. Editors. HPV and Cervical Cancer in the World . 2007.
4. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, Lazcano-Ponce E, Herrero R. (2010) Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Publica Mex* 2010;52: 544-559
5. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Palliative Care: Supporting Women with Advanced Cancer. Seattle, WA: ACCP; 2003. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet
6. Instituto Nacional de Cancerología. La seguridad de la vacuna del VPH (Edición Colombia). Bogotá. 2018.
7. Ministerio de salud Gobierno de Colombia. Resolución 412 de 2000: Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de

atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. 2000 febrero;25:1---26.

8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia epidemiológica en salud pública de cáncer de mama y cuello uterino 2018.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información (SISPRO) --- seguimiento actividades de protección específica y detección temprana Resolución 4505 de 2012. 2016
10. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas. Medellín-Colombia. Rev Gerenc Polít. Salud. 2014;13:200---11.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información (SISPRO) --- Indicadores Observatorio Nacional de cáncer en Colombia. 2014
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia 2012-2021. Colombia. 2015: 1-59
13. Katz IT, Wright AA. Preventing cervical cancer in the developing world. The New England Journal of Medicine. 2006;354(1 1):1 110
14. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. Cancer Detection and Prevention. 2003;27)
15. Vergara-Dagobeth, E., Suárez-Causado, A., & Gómez-Arias, R. D. (2017). Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 6-18.
16. Murillo R, Quintero Á, Piñeros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C y cols. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Serie de documentos técnico INC (1). Bogotá: Escala Ltda.; 2006.)

17. Ospina, M. L., Huertas, J. A., Montaña, J. I., & Rivillas, J. C. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. 33(2), 262-276
18. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS; 2005.
19. Baena, J., Castañeda, D.A., Cid-Arregui, A., Aristizabal, F. y García. A. Expresión de EDNRB y CDX2 posibles biomarcadores en progresión al cáncer cervical. *Rev. Colomb. Biotecnol*, 2018, 20(1), 6 – 15
20. Trujillo E, Sánchez R, Bravo MM. Integración, carga viral y niveles de ARN mensajero de E2 de VPH 16 en la progresión de lesiones intraepiteliales cervicales. *Acta biol. Colomb.* 2018,23(1), 80-87.
21. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015,136(5), 359-386
22. Wiesner C, González M, Acosta J, Ortiz N, Rincón L, Espinosa C, . Manual para la prevención y tamización de cáncer de cuello uterino. Estrategia Pruebas de VPH. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2011
23. Murillo R, Luna J, Gamboa O, Osorio E, Bonilla J, Cendales R. Cervical cancer screening with naked-eye visual inspection in Colombia. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2010
24. Anantharaman, V. V., Sudharshini, S., & Chitra, A. (2012). A cross-sectional study on knowledge, attitude, and practice on cervical cancer and screening among female health care providers of Chennai corporation, 2013. *Journal of Academy of Medical Sciences*, 2(4), 124

25. Boone E, Lewis L, Karp M. Discontent, and confusion: primary care providers' opinions and understanding of current cervical cancer screening recommendations. *J Womens Health (Larchmt)* 2016;25:255–62.
26. Teoh, D., Vogel, R. I., Hultman, G., Monu, M., Downs, L., Geller, M. A., ... & Kulasingam, S. (2017). Single health system adherence to 2012 cervical cancer screening guidelines at extremes of age and posthysterectomy. *Obstetrics and gynecology*, 129(3), 448.
27. Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaecche del Campo R, Reviriego E. Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2012
28. Teoh, D. G., Marriott, A. E., Vogel, R. I., Marriott, R. T., Lais, C. W., Downs Jr, L. S., & Kulasingam, S. L. (2015). Adherence to the 2012 national cervical cancer screening guidelines: a pilot study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(1), 62. e61-62. e69.
29. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Salmerón J, Fernández I, Cruz A, Hernández P, et al. A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program. *Cancer Causes Control*. 2010;10:1693-700)
30. Castle P, Sanjosé S, Qiao Y, Belinson J, Lazcano Ponce E, Kinney W. Introduction of Human Papillomavirus DNA Screening in the Worlds: 15 years of Experience. *Vaccine*. 2012;30(Suppl 5): 117-22

31. Kepka, D., Breen, N., King, J. B., Benard, V. B., & Saraiya, M. (2014). Overuse of papanicolaou testing among older women and among women without a cervix. *JAMA internal medicine*, 174(2), 293-296.
32. Arulogun OS, Maxwell OO. Perception and utilization of cervical cancer screening services among female nurses in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Pan Afr Med J* 2012;11:69.
33. Meissner, H. I., Tiro, J. A., Yabroff, K. R., Haggstrom, D. A., & Coughlin, S. S. (2010). Too much of a good thing? Physician practices and patient willingness for less frequent pap test screening intervals. *Medical care*, 249-259.
34. Montano, D., Kasprzyk, D., Carlin, L., & Freeman, C. (2005). HPV provider survey: knowledge, attitudes and practices about genital HPV infection and related conditions. Executive summary submitted to the Centers for Disease Control and Prevention.
35. Pedraza, R. S., Ortiz, N., Vargas, D., & Ardila, E. (2004). Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá-Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 52(4), 250-260.
36. Wiesner, C., Rincón, L., Gamboa, Ó., Piñeros, M., González, M., Ortiz, N., . . . Robles, R. (2013). Barreras para la implementación de la prueba ADN-VPH como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 17(3), 93-102.

TABLAS

Profesión	66	100%
Enfermera	12	18,18%
Ginecólogo	18	27,27 %
Médico	36	54,55%



Tabla 1. Comparación de las características de los encuestados, criterios generales de tamización y con citología cervico vaginal (CCV), estratificado por profesión de los encuestados

	Ginecólogo N=18	Médica N=36	Enfermera N=12	Valor p*	Valor p†	Valor p‡
Edad						
25-30	1 (5,6)	14 (38,9)	6 (50,0)	0,0106	0,8624	0,5203
31-45	7 (38,9)	13 (36,1)	6 (50,0)	0,8420	0,0004	0,5007
46-65	10 (55,6)	9 (25,0)	0 (0,0)	0,0266	0,0015	0,8326
Años de ejercicio						
1 – 5	4 (22,2)	15 (41,7)	6 (50,0)	0,1583	0,1391	0,7406
6 – 20	7 (38,9)	13 (36,1)	6 (50,0)	0,8420	0,7106	0,5134
21 – 30	7 (38,9)	8 (22,2)	0 (0,0)	0,2159	0,0241	0,1767
N2. Ha leído la guía	14 (77,8)	29 (80,6)	12 (100,0)	0,8128	0,6663	0,1686
N3. Como tamiza						
ADN-VPH	0 (0)	1 (2,8)	0 (0,0)	0,4795	0,4142	0,5637
CCV	16 (88,9)	24 (66,7)	10 (83,3)	0,1057	0,6663	0,4650
Todas	2 (11,1)	11 (30,6)	2 (16,7)	0,1790	0,6663	0,4686
N4. Edad inicio y finalización Tamizaje						
15 años – 70 años	0 (0)	2 (5,6)	0 (0,0)	0,5471	0,1746	0,4091
21 años – 65 años	11 (61,1)	5 (13,9)	11 (91,7)	0,0009	0,0993	0,0000
25 años – 65 años	1 (5,6)	3 (8,3)	1 (8,3)	0,7158	0,7689	0,9999
25 años – 70 años	0 (0,0)	4 (11,1)	0 (0,0)	0,2888	0,4137	0,5596
Inicia vida sexual – 70 años	6 (33,3)	22 (61,1)	0(0, 0)	0,0541	0,4581	0,5203
N5. Prueba de tamizaje según GPC						
ADN-VPH	0 (0,0)	4 (11,1)	1 (8,3)	0,2888	0,4000	0,7872
CCV	18 (100,0)	31 (86,1)	11 (91,7)	0,1567	0,4000	0,6180
Todas	0 (0,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	0,4795	0,7728	0,5637
N6. Edad inicio y fin CCV						
A cualquier edad una vez resultado de VPH	3 (16,7)	6 (16,7)	3 (25)	0,9999	0,6598	0,6714
A partir de los 15 años hasta cualquier resultado negative	2 (11,1)	5 (13,9)	2 (16,7)	0,7765	0,6663	0,8152
A partir de los 21 años hasta los 65 años	13 (72,2)	21 (58,3)	7 (58,3)	0,8420	0,4611	0,9999
A partir de los 30 años hasta los 65 años	0 (0,0)	4 (11,1)	0 (0,0)	0,2888	0,4411	0,5596
N7 Intervalos de CCV						
Cada 5 años con resultado ADN-VPH negativo	3 (16,7)	3 (8,3)	3 (25)	0,3883	0,6598	0,1558
1.- 1. - 3.	10 (55,6)	27 (75)	9 (75)	0,1469	0,4424	0,9999
Cada 3 años con CCV negativo	5 (27,8)	6 (16,7)	0 (0,0)	0,4751	0,0656	0,3145
Cada 6 meses	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	--	--	--

* Valor p comparando Ginecólogos con Médicos; † Valor p comparando Ginecólogos con Enfermeras ; ‡ Valor p comparando Médicos con Enfermeras

Tabla 2. Comparación de los criterios para tamización con otras pruebas de cribaje, estratificado por profesión de los encuestados

	Ginecólogo N=18	Médica N=36	Enfermera N=12	Valor p*	Valor p†	Valor p‡
N8 edad de inicio y finalización ADN VPH						
A cualquier edad una vez se inicie vida sexual activa	4 (22,2)	20 (55,6)	10 (83,3)	0,1109	0,0010	0,1667
A partir de los 15 años hasta cualquier resultado negativo	3 (16,7)	1 (2,8)	0 (0,0)	0,1025	0,2551	0,5637
A partir de los 21 años hasta los 65 años	3 (16,7)	8 (22,2)	1 (8,3)	0,7331	0,6315	0,4159
A partir de los 30 años hasta los 65 años	8 (44,4)	7 (19,4)	1 (8,3)	0,1046	0,0492	0,6593
N9 Estrategia ADN VPH positive						
Triage con CCV y continuar según hallazgos	6 (33,3)	15 (41,7)	6 (50)	0,1841	0,4581	0,7406
Colposcopia cada 6 meses	11 (61,1)	15 (41,7)	5 (41,7)	0,1776	0,2959	0,9999
Colposcopia anual	1 (5,6)	5 (13,9)	0 (0,0)	0,6510	0,4142	0,3119
Repetir tamización con ADN-VPH	0 (0,0)	1 (2,8)	1 (8,3)	0,4795	0,4193	0,4414
N10 Como se usa VIA VILI						
DNA-VPH + colposcopia	8 (44,4)	18 (50)	3 (25)	0,7001	0,4424	0,1847
CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positive	1 (5,6)	6 (16,7)	4 (33,3)	0,4029	0,1282	0,2411
Inspección visual con acido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos	9 (50)	12 (33,3)	5 (41,7)	0,2362	0,6540	0,7305

* Valor p comparando Ginecólogos con Médicos; † Valor p comparando Ginecólogos con Enfermeras ; ‡ Valor p comparando Médicos con Enfermeras

Tabla 3. Comparación de las diferentes conductas terapéuticas, estratificado por profesión de los encuestados

	Ginecólogo N=18	Médica N=36	Enfermera N=12	Valor n [*]	Valor n [†]	Valor n [‡]
N10 Tamizaje en mujeres pos histerectomía patología no maligna						
se considera necesario reiniciar el cribado en caso de nueva(s) pareja(s) sexual(es).	2 (11,1)	6 (16,7)	0 (0,0)	0,7043	0,5034	0,3145
No deben continuar siendo tamizadas para cáncer de la cúpula vaginal, ni con citología ni con cualquier otro método de cribado.	14 (77,8)	10 (27,8)	0 (0,0)	0,0004	0,0	0,0480
Es necesario continuar cribado anual hasta los 65 años.	2 (11,1)	20 (55,6)	12 (100,0)	0,0017	0	0,0041
N11 Conducta con lesión de bajo grado primera vez						
Colposcopia	10 (55,6)	29 (80,6)	10 (83,3)	0,1046	0,2352	0,8326
No se recomienda ningún tratamiento	1 (5,6)	2 (5,6)	0 (0,0)	0,9999	0,4142	0,4091
Repetir prueba de tamización	7 (38,9)	5 (13,9)	2 (16,7)	0,0787	0,2487	0,8152
Escisión/ ablación,	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	--		
N12 que es una lesión de bajo grado persistente						
El hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 3 meses de diferencia entre los mismos	2 (11,1)	8 (22,2)	2 (16,7)	0,4662	0,6663	0,6846
El hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 1 año de diferencia entre los mismos	5 (27,8)	8 (22,2)	3 (25)	0,7400	0,8683	0,8444
El hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 6 meses de diferencia entre los mismos	9 (50)	16 (44,4)	7 (58,3)	0,8469	0,6540	0,4042
El hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 18 meses de diferencia entre los mismos	2 (11,1)	4 (11,1)	0 (0,0)	0,9999	0,5034	0,5599
N13 conducta lesiones de alto grado						
Conización cuando no disponible radiotrecuencia Histerectomía	15 (83,3)	16 (44,4)	4 (33,3)	0,0064	0,0086	0,7365
Repetir colposcopia + biopsia	1 (5,6)	6 (16,7)	3 (25)	0,4029	0,2742	0,6714
No sabe	1 (5,6)	10 (27,8)	5 (41,7)	0,772	0,0255	0,4760
N14 estrategia de seguimiento más adecuada para lie AG previo						
N14a realizar citología cada 6 meses	10 (55,5)	17 (47,2)	9 (75,0)	0,8346	0,8683	0,7167
N14b realizar ADN VPH cada año	6 (33,)	18 (50)	3 (25)	0,2452	0,2641	0,6167
N14c No se hace seguimiento	2 (11,1)	1 (2,8)	0 (0,0)	0,2549	0,5034	0,5637
N15 Conducta embarazada con citología ASC-US + VPH +						
Se sugiere remitir a colposcopia a las pacientes con citologías ASC-US y test de VPH positivo, ASC-H o mayor	6 (33,3)	16 (44,4)	3 (25)	0,4334	0,7035	0,5637
Manejo expectante hasta finalizar gestación	9 (50)	19 (52,8)	8 (66,7)	0,8472	0,4650	0,5100
Se sugiere realizar conización diagnóstica	2 (11,1)	1 (2,8)	1 (8,3)	0,2549	0,7689	0,4414
Ninguna de las anteriores	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,3333	0,4142	--

* Valor p comparando Ginecólogos con Médicos; † Valor p comparando Ginecólogos con Enfermeras ; ‡ Valor p comparando Médicos con Enfermeras

ANEXOS

Anexo A. Formato de recolección de datos

Medición y evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica nacional para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino en la ciudad de Cartagena.

Edad del medico	25-30	31-45	46-65

Años ejerciendo la profesión.	1-5	5-20	20-30

¿Ha leído usted la guía nacional para detección de lesiones precancerosas de cuello uterino?

SI	NO

¿cómo se debe realizar la tamización para detección de lesiones precancerosas de cuello uterino?

CITOLOGIA	COLPOSCOPIA	ADN-VPH	TODAS	NINGUNA

¿A qué edad se debe iniciar y debe finalizar la tamización?

A cualquier edad una vez se inicie vida sexual activa	A partir de los 15 años hasta cualquier resultado negativo	A partir de los 21 años hasta los 65 años	A partir de los 30 años hasta los 65 años

¿Qué intervalos debe tener dicho esquema?

Cada 5 años con resultado ADN-VPH negativo	1-1-3	Cada 3 años con CCV negativo	Cada 6 meses

¿Qué estrategias utiliza con un resultado positivo en una prueba de tamización ADN-VPH?

Triaje con CCV y continuar según hallazgos	Colposcopia cada 6 meses	Colposcopia anual	Repetir tamización con ADN-VPH
--	--------------------------	-------------------	--------------------------------

--	--	--	--

¿Cómo se debe realizar la tamización con VIA-VILI?

DNA-VPH + colposcopia	CCV + crioterapia si resultado de ADN VPH positive	Inspección visual con acido acético y lugol y posterior crioterapia según hallazgos positivos

¿Se debe hacer tamización en mujeres con histerectomía por patología no maligna para detectar lesiones precancerosas y cáncer vaginal?

se considera necesario reiniciar el cribado en caso de nueva(s) pareja(s) sexual(es).	No deben continuar siendo tamizadas para cáncer de la cúpula vaginal, ni con citología ni con cualquier otro método de cribado.	Es necesario continuar cribado anual hasta los 65 años.

¿Cuál es la conducta a seguir en mujeres cuyo resultado es una lesión de bajo grado por primera vez?

Colposcopia	No se recomienda ningún tratamiento	Repetir prueba de tamización	Escisión/ ablación,

¿Qué es una lesión de bajo grado persistente?

el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 3 meses de diferencia entre los mismos	el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 1 año de diferencia entre los mismos	el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 6 meses de diferencia entre los mismos	el hallazgo de dos NIC I en histología consecutivos tras 18 meses de diferencia entre los mismos

¿Cuál es la conducta a seguir en mujeres con lesiones de alto grado?

Se sugiere realizar conización donde los procedimientos con radiofrecuencia no estén disponibles	se recomienda realizar histerectomía para el tratamiento de mujeres con lesión intraepitelial de alto grado	Se recomienda repetir colposcopia + biopsia como prueba confirmatoria	No sabe

¿cuál es la estrategia de seguimiento más adecuada para detectar la persistencia de la lesión en mujeres previamente tratadas por una lesión intraepitelial escamosa de alto grado?

realizar citología cada seis meses para el seguimiento de una paciente previamente tratada por una lesión de alto grado con márgenes quirúrgicos negativos	realizar pruebas de ADN-VPH cada año para el seguimiento de una paciente previamente tratada por una lesión de alto grado con márgenes quirúrgicos negativos	No hacer ningún tipo de seguimiento	A Y B son ciertas

¿Qué se debe hacer con una embarazada después del primer trimestre del embarazo con citologías ASC-US, test de VPH +, ASC-H ?

Se sugiere remitir a colposcopia a las pacientes con citologías ASC-US y test de VPH positivo, ASC-H o mayor	Manejo expectante hasta finalizar gestación	Se sugiere realizar conización diagnóstica	Ninguna de las anteriores

Anexo B:

Validacion de preguntas correctas

De	Hasta	Nivel
0	5,9	bajo
6	7.9	basico
8	9.4	alto
9.5	10	superior

Anexo C

Resultados correctos segun profesión

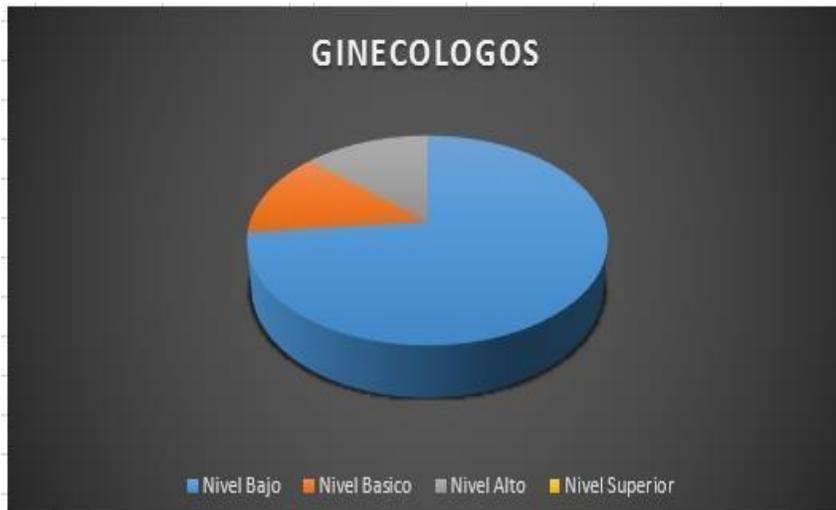
GINECOLOGOS							
	preguntas correctas	preguntas incorrectas	total encuestados	porcentaje de aprobacion	porcentaje no aprobacion	calificacion	nivel
PREGUNTA 1	11	7	18	61,1%	38,9%	6,1	basico
PREGUNTA 2	16	2	18	88,9%	11,1%	8,9	alto
PREGUNTA 3	1	17	18	5,6%	94,4%	0,6	bajo
PREGUNTA 4	0	18	18	0,0%	100,0%	0,0	bajo
PREGUNTA 5	13	5	18	72,2%	27,8%	7,2	bajo
PREGUNTA 6	3	15	18	16,7%	83,3%	1,7	bajo
PREGUNTA 7	8	10	18	44,4%	55,6%	4,4	bajo
PREGUNTA 8	6	12	18	33,3%	66,7%	3,3	bajo
PREGUNTA 9	9	9	18	50,0%	50,0%	5,0	bajo
PREGUNTA 10	14	4	18	77,8%	22,2%	7,8	basico
PREGUNTA 11	1	17	18	5,6%	94,4%	0,6	bajo
PREGUNTA 12	2	16	18	11,1%	88,9%	1,1	bajo
PREGUNTA 13	15	3	18	83,3%	16,7%	8,3	alto
PREGUNTA 14	10	8	18	55,6%	44,4%	5,6	bajo
PREGUNTA 15	9	9	18	50,0%	50,0%	5,0	bajo

MEDICOS							
	preguntas correctas	preguntas incorrectas	total Encuestados	porcentaje de aprobacion	porcentaje no aprobacion	calificacion	nivel
PREGUNTA 1	29	7	36	80,6%	19,4%	8,1	Alto
PREGUNTA 2	24	12	36	66,7%	33,3%	6,7	basico
PREGUNTA 3	3	33	36	8,3%	91,7%	0,8	Bajo
PREGUNTA 4	4	32	36	11,1%	88,9%	1,1	Bajo
PREGUNTA 5	21	15	36	58,3%	41,7%	5,8	Bajo
PREGUNTA 6	3	33	36	8,3%	91,7%	0,8	Bajo
PREGUNTA 7	7	29	36	19,4%	80,6%	1,9	Bajo
PREGUNTA 8	15	21	36	41,7%	58,3%	4,2	Bajo
PREGUNTA 9	12	24	36	33,3%	66,7%	3,3	Bajo
PREGUNTA 10	10	26	36	27,8%	72,2%	2,8	Bajo
PREGUNTA 11	2	34	36	5,6%	94,4%	0,6	Bajo
PREGUNTA 12	4	32	36	11,1%	88,9%	1,1	Bajo
PREGUNTA 13	16	20	36	44,4%	55,6%	4,4	Bajo
PREGUNTA 14	17	19	36	47,2%	52,8%	4,7	Bajo
PREGUNTA 15	19	4	36	52,8%	11,1%	5,3	Bajo

ENFERMERAS							
	preguntas correctas	preguntas incorrectas	total preguntas	porcentaje de aprobacion	porcentaje no aprobacion	calificacion	nivel
PREGUNTA 1	12	0	12	100,0%	0,0%	10,0	superior
PREGUNTA 2	10	2	12	83,3%	16,7%	8,3	alto
PREGUNTA 3	1	11	12	8,3%	91,7%	0,8	bajo
PREGUNTA 4	1	11	12	8,3%	91,7%	0,8	bajo
PREGUNTA 5	7	5	12	58,3%	41,7%	5,8	bajo
PREGUNTA 6	3	9	12	25,0%	75,0%	2,5	bajo
PREGUNTA 7	1	11	12	8,3%	91,7%	0,8	bajo
PREGUNTA 8	6	6	12	50,0%	50,0%	5,0	bajo
PREGUNTA 9	5	7	12	41,7%	58,3%	4,2	bajo
PREGUNTA 10	6	6	12	50,0%	50,0%	5,0	bajo
PREGUNTA 11	0	12	12	0,0%	100,0%	0,0	bajo
PREGUNTA 12	0	12	12	0,0%	100,0%	0,0	bajo
PREGUNTA 13	4	8	12	33,3%	66,7%	3,3	bajo
PREGUNTA 14	9	3	12	75,0%	25,0%	7,5	bajo
PREGUNTA 15	8	4	12	66,7%	33,3%	6,7	bajo

Tabla 5: comparativo general

MEDICOS			GINECOLOGOS			ENFERMERA		
Total		%	Total		%	Total		%
Nivel Bajo	13	86,7%	Nivel Bajo	11	73,3%	Nivel Bajo	13	86,7%
Nivel Basico	1	6,7%	Nivel Basico	2	13,3%	Nivel Basico	0	0,0%
Nivel Alto	1	6,7%	Nivel Alto	2	13,3%	Nivel Alto	1	6,7%
Nivel Superior	0	0,0%	Nivel Superior	0	0,0%	Nivel Superior	1	6,7%
	15	1		15	1		15	1



ENFERMERAS



■ Nivel Bajo ■ Nivel Basico ■ Nivel Alto ■ Nivel Superior

