

EDITORIAL

Formación en Colposcopia

Uno de los principales objetivos de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) es conseguir el mas elevado nivel de calidad en la asistencia a las mujeres de nuestro país, dentro del área médica que nos es específica, el tracto genital inferior (TGI). Este objetivo incluye promover actuaciones en el campo de la formación continuada para que el medico residente o el especialista con años de ejercicio profesional, puedan actualizar sus conocimientos y desarrollar las habilidades específicas necesarias para poder evaluar, diagnosticar y tratar con la máxima calidad y eficacia las diversas enfermedades que afectan al TGI de la mujer. Para cumplir este objetivo la AEPCC ha organizado desde su fundación, Cursos, Reuniones y Congresos y ha elaborado un material docente propio, como el curso de colposcopia básica, publicado en CD-ROM y en la web.

Consideramos prioritario en nuestro país profundizar en el tema de la formación en patología del TGI y colposcopia, definir estándares y abordar el tema del control de calidad. En este número del Boletín, el Dr. C.W. Redman, Presidente del Grupo de Formación de la Federación Europea de Colposcopia (EFC) presenta los objetivos y la estructura del Programa Europeo de Formación en Colposcopia en la que se detallan las 45 competencias esenciales que forman el núcleo del currículo en colposcopia. Siguiendo estas directrices europeas, cada Sociedad Nacional federada debe elaborar una guía de estudios para la formación en colposcopia, que complemente la formación clínica según las peculiaridades de su país. Presentamos también un documento de consenso de la EFC, con las pautas actuales para el tratamiento de la CIN. Recientemente, además, se ha publicado en la web de la Sociedad Americana de Colposcopia la Conferencia de consenso que tuvo lugar en Bethesda para determinar el manejo óptimo de la paciente con neoplasia cervical intraepitelial. Se puede consultar una versión en español, preparada por nuestro socio correspondiente extranjero Dr. Ramón M. Cestero en la dirección: “http://www.asccp.org/pdfs/consensus/histo_spanish.pdf”.

En la XVI Reunión de la AEPCC que se celebrará en Alicante, se dedicara una sesión a tratar temas de formación. Los orígenes e historia de la AEPCC serán expuestos por uno de nuestros fundadores, Fernando Bonilla. La formación colposcópica en España será tratada por otro de los fundadores de la AEPCC y actual presidente de la EFC, Santiago Dexeus. El uso clínico y control de calidad en colposcopia lo expondrá un buen conocedor de esta problemática, Xavier Cortés. Finalmente se presentará el nuevo material docente en CD-ROM “Atlas digital de Enfermedades de la Vulva” de Luis M. Puig-Tintoré, Jaume Ordi, Aureli Torné, Montserrat Cararach y José Palou Aymerich, editado por la AEPCC, con el patrocinio de 3M Farmacéutica.

Hacemos votos para que, con todo este bagaje, podamos afrontar eficazmente el reto inaplazable de la formación en patología del TGI y colposcopia en nuestro país.

Luis M. Puig-Tintoré
Presidente AEPCC

Presidente

Ll. M. Puig-Tintoré

Presidente electo

M. Cararach

Ex-Presidente

X. Cortés

Secretario

A. Torné

Secretario adjunto

J. Ponce

Tesorero

M. Quilez

Vocales

A. Alba

C. Centeno

Ll. Chiva

R. Comino

J. C. Martínez-Escoriza

P. Miranda

J.C. Morín

Dirección Secretaría:

Srta. Cristina Pons

Institut Universitari Dexeus
Departamento de Obstetricia
y Ginecología

Calatrava, 83, sótano 1.

08017 BARCELONA

Tel.: 93 227 47 18

Fax: 93 418 78 32



Federación Europea de Colposcopia (EFC)

Programa Europeo de Formación en Colposcopia

Introducción

Una de las finalidades de la EFC es promover un elevado nivel de calidad de la colposcopia en toda Europa. Una premisa esencial para conseguirlo es una adecuada formación. Durante los últimos años el Comité de Formación de la EFC se ha afanado por establecer un marco que posibilite una formación uniforme y de alta calidad. La meta es hacer posible que todas las Sociedades federadas en la EFC ofrezcan programas de formación con objetivos comunes y una estructura similar.

Objetivos

Cualquier programa de formación debe tener, en primer lugar, unos objetivos claros. Una técnica clínica como la colposcopia exige un periodo de práctica supervisada durante el cual los alumnos puedan aprender y practicar junto a tutores. La educación y evaluación son, también, partes importantes del programa para conseguir que, al finalizar su formación, los alumnos sean competentes en colposcopia.

El objetivo principal es la preparación de colposcopistas competentes en diagnóstico, que es la base de la conducta clínica. Si bien en toda Europa la colposcopia puede realizarse en diferentes entornos y con indicaciones distintas, se exige un conjunto común de competencias. Se decidió identificar y usar estas competencias esenciales como base del diseño del currículo. Luego cada competencia identificada constituiría un objetivo de aprendizaje para el programa. Es decir, el programa de formación se centra más bien en la capacidad práctica de un colposcopista formado competente, que en una lista de cosas que debería saber.

Durante 2001, el Comité de Formación realizó un análisis de consenso a fin de identificar estas competencias fundamentales. Se desarrolló utilizando la técnica consultiva Delphi, solicitando el parecer de colposcopistas expertos de toda Europa. En total, participaron 28 personas de 21 países. Se presentó la lista de competencias fundamentales identificadas en la reunión científica de la EFC en Rodas, en octubre de 2001. Se aceptó como una base para el diseño de los programas de formación en cada una de las sociedades afiliadas

Estructura de los programas

Desde entonces, ha habido mucha discusión sobre la estructura de los programas europeos de formación en colposcopia. Actualmente hay 4 países con un programa de formación en colposcopia, los cuales tienen muchos características en común. Fue importante reconocer la necesidad de la flexibilidad, sin perder de vista ciertos principios compartidos. Tras una reunión del Comité de Formación en Munich en febrero de 2002, se acordó que cada país identificaría qué criterios debían cumplirse para facilitar la formación de un colposcopista. Además, se pidió a cada sociedad que determinase la cantidad mínima de experiencia clínica supervisada necesaria para que cada alumno pudiese acabar el programa de formación, y que describiese cómo se realizaría la evaluación.

¿A dónde vamos ahora?

En octubre de 2002, se aceptó un programa consensuado de 45 competencias esenciales (ver cuadro adjunto). Además de establecer el marco de formación, necesitamos considerar la manera en que esta formación puede impartirse. A este respecto, es probable que las guías de estudio desempeñarán un papel importante ya que pueden facilitar la comunicación no sólo entre los formadores y los alumnos, sino también entre los responsables de los programas de formación y los formadores. Permiten a todos los interesados familiarizarse con los objetivos del programa, así como comprender cómo se conseguirán.

(continua en pag. 3)

Se propone que durante los próximos meses, se elabore una guía de estudios para la formación en colposcopia europea que complemente a la formación clínica. Esta guía de estudios hará uso de CDs y de la Web para ofrecer un paquete didáctico verdaderamente interactivo para colposcopia. El método de aprendizaje adoptado por la guía estará basada en la resolución de problemas, sobre la base del currículo de la EFC, lo cual permitirá aprovechar al máximo el potencial interactivo de este enfoque del tema.

CONOCIMIENTOS ESENCIALES EN COLPOSCOPIA

1. Conocimientos básicos.

- 1.1 - Anamnesis.
- 1.2 - Colocación de la paciente.
- 1.3 - Inserción del espéculo vaginal.
- 1.4 - Realización de citología cervical (incluyendo cepillado endocervical).
- 1.5 - Toma de frotis bacteriológicos.
- 1.6 - Toma de muestras para diagnóstico de VPH.
- 1.7 - Técnica de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Nacional.
- 1.8 - Técnica de acuerdo con el Protocolo Nacional de Cribado Cervical.

2. Exploración colposcópica.

- 2.1 - Posición y ajuste del colposcopio.
- 2.2 - Determinar si la zona de transformación es completamente visible.
- 2.3 - Determinar si la colposcopia es satisfactoria.
- 2.4 - Reconocimiento de imágenes vasculares anormales.
- 2.5 - Examen de la zona de transformación con suero fisiológico y filtro verde.
- 2.6 - Examen de la zona de transformación con ácido acético.
- 2.7 - Cuantificación y descripción de las zonas con alteraciones acéticas.
- 2.8 - Uso del espéculo endocervical.
- 2.9 - Test de Schiller.
- 2.10 - Examen de la vagina con ácido acético.

3. Identificación de las características colposcópicas del cérvix normal.

- 3.1 - Epitelio escamoso original.
- 3.2 - Epitelio columnar.
- 3.3 - Epitelio metaplásico.
- 3.4 - Zona de transformación.
- 3.5 - Cérvix post-menopáusico.
- 3.6 - Efectos del embarazo.

4. Características colposcópicas del tracto genital inferior anormal.

- 4.1 - Alteraciones cervicales pre-cancerosas de bajo grado.
- 4.2 - Alteraciones cervicales pre-cancerosas de alto grado.
- 4.3 - Características sugestivas de invasión.
- 4.4 - Neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN).
- 4.5 - Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN).
- 4.6 - Extensión del epitelio anormal.
- 4.7 - Cambios inflamatorios agudos.
- 4.8 - Infección por HPV, incluyendo condilomas planos y acuminados.
- 4.9 - Cambios asociados con tratamientos previos.
- 4.10 - Pólipos cervicales benignos.

5. Procedimientos prácticos.

- 5.1 - Analgesia local.
- 5.2 - Biopsias cervicales dirigidas.
- 5.3 - Biopsias vaginales dirigidas.
- 5.4 - Biopsias vulvares dirigidas.
- 5.5 - Control de la hemorragia tras la biopsia.

6. Administración.

- 6.1 - Búsqueda de documentos.
- 6.2 - Manejo de los pacientes según los protocolos.

7. Comunicación.

- 7.1 - Proporcionar información adecuada.
- 7.2 - Obtener un correcto consentimiento informado.
- 7.3 - Informar de las malas noticias.
- 7.4 - Buena comunicación con otros profesionales sanitarios.

Dr. C. Redman

Presidente del Grupo de Formación, EFC.



Documento de Consenso

Pautas para el Tratamiento de la Neoplasia Cervical Intraepitelial (CIN)

1. No hay ninguna técnica quirúrgica conservadora que sea claramente mas efectiva que otras para tratar y erradicar la neoplasia cervical intraepitelial (CIN).
2. Las técnicas destructivas solamente son adecuadas cuando:
 - Se puede visualizar la totalidad de la zona de transformación
 - No hay evidencia de anormalidad en el epitelio glandular
 - No hay evidencia de enfermedad invasiva
 - No hay discrepancia entre citología e histología

Evidencia: Revisión Cochrane de 28 estudios clínicos controlados y randomizados comparando las siete técnicas quirúrgicas siguientes: conización con bisturí, conización con láser, exéresis de la zona de transformación con asa (LLETZ), vaporización con láser, crioterapia, cauterización fría y electro-cauterización diatérmica radical [1]. Un reciente estudio clínico prospectivo y randomizado que comparaba las técnicas de exéresis con las destructivas mostró un porcentaje menor de casos de CIN-2 posteriores a la exéresis. [2]

3. La crioterapia debería utilizarse sólo para lesiones de bajo grado (cambios por VPH y CIN-1), mediante la técnica de doble congelación.

Evidencia: El porcentaje de curación de las lesiones de alto grado (CIN-2 y CIN-3) es bajo [2, 3]. La técnica de doble congelación tiene menor incidencia de enfermedad residual comparada con la congelación única. [4, 5]

4. Cuando se utiliza el tratamiento mediante técnicas de exéresis, se debería intentar por todos los medios eliminar la lesión en un solo espécimen. El informe histológico ha de registrar las dimensiones del espécimen y el estado de los márgenes de resección en cuanto a la enfermedad intraepitelial o invasiva.

Evidencia: Es una buena práctica, ya que es menos probable cometer un error de interpretación en los especímenes bien presentados. Se mejora así la orientación de la lesión dentro de la pieza de exéresis, hay menos artefacto térmico en el tejido y en consecuencia es más fiable la interpretación.

5. En las lesiones ectocervicales, las técnicas de exéresis deberían extirpar el tejido en una profundidad mayor de 8 mm.

Evidencia: La valoración histológica de la profundidad de afectación de los fondos glandulares por CIN-3 ha mostrado una media de 1 a 2 mm, con un máximo de 5,22 mm y una desviación típica media +3 de 3,80 mm, (que incluye al 99,7% de los casos). [6, 7]

6. Se puede seguir el protocolo de tratamiento en la primera visita (see and treat) cuando la revisión del propio material identifique CIN en la mayoría de especímenes extirpados. Esto significa que se encuentra CIN en $\geq 90\%$ de las piezas de exéresis. Sólo en casos excepcionales se debería realizar un tratamiento en la primera visita cuando la citología sea de ASC-US o lesión de bajo grado.

(continua en pag. 5)

Evidencia: Es práctica común tratar a las mujeres en la primera visita basándose en la citología y los resultados de la colposcopia. Esta práctica no resulta apropiada si la proporción de especímenes libres de CIN es alta, ya que se trataría de un tratamiento innecesario. Las clínicas que ofrecen tratamiento en primera visita tienen que revisar la proporción de casos con CIN. Se puede alcanzar el objetivo de $\geq 90\%$ siguiendo un protocolo selectivo. [18]

7. Las CIN que se extienden hasta los márgenes de resección en la exéresis con asa tienen una mayor incidencia de recidiva pero esto no justifica repetir la exéresis siempre y cuando:
- se visualice toda la zona de transformación
 - no haya evidencia de anormalidad del epitelio glandular
 - no haya evidencia de enfermedad invasiva
 - las mujeres sean menores de 50 años

Evidencia: Se ha demostrado que las CIN que se extienden hasta los márgenes de una exéresis con asa (LLETZ) constituyen un factor de riesgo para la recidiva de la CIN tanto a corto como a largo plazo [8-10]. Este riesgo es debido principalmente a la presencia de CIN en el margen endocervical [11]. A pesar de un aumento en la incidencia de recidiva, la mayoría de mujeres de los estudios citados no muestran evidencia de enfermedad residual y se recomienda que se sometan a una colposcopia y una citología en la primera visita de seguimiento y, si resultan negativas, a una citología anual en los cinco años siguientes.

8. Las mujeres mayores de 50 años con una exéresis incompleta de la CIN en el margen endocervical, mediante LLETZ, tendrían que repetir la exéresis para intentar obtener márgenes negativos.

Evidencia: En una serie de 3.426 procedimientos LLETZ, las mujeres de edad ≥ 50 con CIN en los márgenes de exéresis constituyeron un grupo minoritario de alto riesgo. Se propuso que estas mujeres recibieran tratamiento en lugar de seguimiento. [11]

9. Las mujeres con adenocarcinoma in situ o atípia de células glandulares pueden ser sometidas a una exéresis local, si desean seguir fértiles. La exéresis incompleta en el margen endocervical requiere un procedimiento de escisión adicional, para obtener márgenes negativos y excluir la posibilidad de enfermedad invasora oculta.

Evidencia: Varios estudios han demostrado que las mujeres con adenocarcinoma in situ con márgenes negativos pueden recibir tratamiento conservador [12-15]. Un estudio indica que hasta un 15% de estas mujeres requieren tratamiento adicional durante cuatro años siguientes debido a anomalías citológicas recurrentes. [14]

10. El cáncer escamoso microinvasivo en estadio FIGO Ia1 puede tratarse mediante técnicas de exéresis si:
- Los márgenes de escisión están libres de CIN y enfermedad invasiva.

Si se extirpa la lesión invasiva pero la CIN se extiende hasta el margen del corte, debe realizarse una nueva exéresis a fin de confirmar la eliminación de la CIN y excluir toda posible invasión. Esta conducta debe seguirse incluso si se planea una histerectomía, para descartar una enfermedad invasiva oculta que requiriera cirugía radical.

- Un patólogo especializado en ginecología ha examinado la histología.

Evidencia: Diversos estudios proponen tratamiento conservador para el cáncer en estadio FIGO Ia1 [16, 17]. Resulta bien conocida la variación en el diagnóstico histológico de la enfermedad micro-invasiva y todos los casos deberían ser examinados por un patólogo independiente interesado en la patología ginecológica

Bibliografia

1. Martin-Hirsch, P.L., E. Paraskevaïdis, and H. Kitchener, Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database of Systematic Reviews [computer file], 2000(2): p. CD001318.
2. Ostergard, D.R., Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 1980. 56(2): p. 231-3.
3. Walton, L.A., et al., Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia during the reproductive years. *Obstetrics & Gynecology*, 1980. 55(3): p. 353-7.
4. Creasman, W.T., W.M. Hinshaw, and D.L. Clarke-Pearson, Cryosurgery in the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 1984. 63(2): p. 145-9.
5. Schantz, A. and L. Thormann, Cryosurgery for dysplasia of the uterine ectocervix. A randomized study of the efficacy of the single- and double-freeze techniques. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1984. 63(5): p. 417-20.
6. Anderson, M.C. and R.B. Hartley, Cervical crypt involvement by intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 1980. 55(5): p. 546-50.
7. Boonstra, H., et al., Minimum extension and appropriate topographic position of tissue destruction for treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 1990. 75(2): p. 227-31.
8. Murdoch, J.B., et al., Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow up, not retreatment. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992. 99(12): p. 990-3.
9. Dobbs, S.P., et al., Does histological incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia following large loop excision of transformation zone increase recurrence rates? A six year cytological follow up. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2000. 107(10): p. 1298-301.
10. Zaitoun, A.M., et al., Completeness of excision and follow up cytology in patients treated with loop excision biopsy. *Journal of Clinical Pathology*, 2000. 53(3): p. 191-6.
11. Flannelly, G., et al., Follow up after LLETZ: could schedules be modified according to risk of recurrence? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001. 108(10): p. 1025-30.
12. McHale, M.T., et al., Fertility sparing treatment for in situ and early invasive adenocarcinoma of the cervix. *Obstetrics & Gynecology*, 2001. 98(5 Pt 1): p. 726-31.
13. Shin, C.H., et al., Conservative management of adenocarcinoma in situ of the cervix. *Gynecol Oncol*, 2000. 79(1): p. 6-10.
14. Soutter, W.P., et al., Is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1184. 108(11): p. 1184-1189.
15. Maini, M., et al., The management and follow up of women with high grade cervical glandular intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 1998. 8: p. 287-91.
16. Morgan, P.R., et al., The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists micro-invasive carcinoma of the cervix study: preliminary results. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1993. 100(7): p. 664-8.
17. Winter, R., Conservative surgery for microinvasive carcinoma of the cervix. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*, 1998. 24(6): p. 433-6.
18. BSCCP - Glasgow April 1997 Standards and quality in colposcopy; how feasible are the National Guidelines? (Oral presentation) G Flannelly, B Bolger, A de B Lopes, JM Monaghan.

Identificar y Tratar en la Consulta de Colposcopia

J.A. López Fernández, F. Diéguez de Benito, E. Moreno Ruiz, J.C. Martínez Escoriza.

Unidad del Tracto Genital Inferior. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital General Universitario de Alicante.

El paso del tiempo ha dejado los viejos esquemas de hospitalizaciones prolongadas bajo sospecha de ineficacia. En nuestro Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante, se realizan anualmente cuatrocientas histeroscopias ambulatorias en pacientes que años atrás hubieran requerido ingreso y legrado bajo anestesia general. La cirugía sin ingreso absorbe toda la patología mamaria benigna, la pequeña cirugía vulvo – vaginal, toda la cirugía por histeroscopia y gran parte de la cirugía laparoscópica; las pacientes sometidas a estos procedimientos, permanecen en el hospital una media de cinco o seis horas. En la propia consulta de histeroscopia, sin quirófano ni anestesista, se extirpan el 40% de los pólipos, la mayoría de los septos uterinos y las sinequias, y se realizan las oclusiones tubáricas como método de esterilización permanente.

La patología del cérvix encaja bien en este esquema. En un periodo de seis años (1997 – 2002) se realizaron en la consulta todas las visitas de diagnóstico y seguimiento, así como 197 procedimientos de exéresis con asa de diatermia bajo anestesia intracervical. El mayor exponente de este concepto dinámico de la especialidad lo constituyen los procedimientos de identificar y tratar (see and treat). El colposcopista identifica una lesión y la trata antes de tener un sustrato histológico. En la guía de consenso de Bethesda 2001 [1], se acepta esta opción en pacientes con citología de alto grado y colposcopia con cambios mayores. Se entiende que el tratamiento es SIEMPRE mediante procedimiento de exéresis, ajustado al tamaño y profundidad de la lesión.

Siguiendo este esquema se han reunido 40 pacientes con lesiones intraepiteliales (LIP) de alto grado a las que se realizó exéresis en la primera visita en la consulta de patología cervical (33 LLETZ y 7 conizaciones) [2]. Todas presentaban cambios mayores en la colposcopia. La concordancia citología – histología fue del 92,5% (37 CIN II – III y 3 CIN I). En ningún caso se extirpó tejido sano; 17 pacientes completaron el tratamiento con una sola visita mientras que en las 23 restantes se programaron otros procedimientos (conización, reconización, histerectomía). La tasa de curación con asa de diatermia fue del 92,7%.

Hay que insistir que identificar y tratar no es extirpar todas las eritroplasias o leucoplasias que se ven en pacientes sin citología previa o con bajo grado; tampoco es una mutilación gratuita de la paciente joven con VPH, sino ajustarse a las recomendaciones de consenso internacional, y evitar visitas innecesarias en pacientes con alto grado citológico y alta sospecha de neoplasia intraepitelial severa (CIN II-III, Cáncer in situ). Representa una opción de manejo muy interesante en nuestro medio, en el que la patología del tracto genital inferior se estudia en una consulta especializada, que se mueve en torno al colposcopio y con experiencia en el tratamiento ambulatorio.

El progreso tecnológico (videocolposcopia, asa diatérmica, láser), nos ha invitado a simplificar gestos y descargar de dramatismo hospitalario la patología del cérvix. El camino contrario nos parece erróneo.

Bibliografía

1. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Cytological Abnormalities. JAMA 2002; 287: 2120 – 2129.
2. Diéguez FJ. Técnicas de Conización. Ponencia oficial en la XVI Reunión Anual de la Sección de Oncología de la SEGO. Alicante 2003.

Revisión Anual: ¿Hacemos lo que debemos?

Javier Cortés

Resumen de la Ponencia presentada en la Reunión de la Sociedad Argentina de Patología Cervical y Colposcopia. Buenos Aires, Octubre 2004.

La cultura preventiva anual de la mujer esta consolidada, pero los últimos informes comunican que la salud de las mujeres no es buena, peor que la de los hombres.

En España, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en mujeres, muy por encima de la segunda, el cáncer. Entre estos, el que mas muertes produce es el de mama, seguido por el colo-rectal. El de pulmón es el que demuestra una tendencia al incremento mas intensa.

Definidos los dos campos de actuación mas importantes en las tareas preventivas, la prevención primaria y la secundaria (diagnostico precoz) y delimitada en esta ultima la diferencia entre Cribados Poblacionales y Labor Asistencial, se ha realizado una encuesta entre los ginecólogos de Palma de Mallorca para conocer cuales son sus recomendaciones y cuales son las técnicas preventivas que aplican en sus consultas.

Un resumen de los resultados de esta encuesta seria:

- Ningún ginecólogo se preocupa seriamente de aconsejar sobre prevención primaria, en ninguna de sus posibilidades: tabaco, dieta, ejercicio físico y contagio del VPH. Las recomendaciones son anecdóticas y coloquiales.
- En Prevención Secundaria:
 - Vulva: 7 de cada 10 ginecólogos practican vulvosocopia bajo las indicaciones hoy recomendadas.
 - Cérvix: 1 de cada 10, citología y colposcopia simultáneas, actitud de buena practica.
 - Endometrio: 4 de cada 10, ecografía transvaginal (ETV) anual, pauta de eficacia no demostrada en la prevención secundaria del adenocarcinoma endometrial.
 - Ovario: 7 de cada 10, ETV y CA 12.5 anual, estrategia ineficaz en población general; solo 1 de cada 10 actúa exclusivamente sobre pacientes con carga familiar, tal como marca la evidencia disponible.
 - Mama: 8 de cada 10 recomiendan autoexploración mamaria, recomendación que no ha demostrado impacto sobre la mortalidad, antes al contrario, si ha demostrado la génesis de ansiedad en la mujer y frecuentación y actividad medicas innecesarias. 7 de cada 10, mamografía anual a partir de los 40 años, pauta adecuada en Labor Asistencial.
 - Únicamente 2 de cada 10 ginecólogos aconsejan sobre prevención secundaria del cáncer colo-rectal.

La “visita de revisión” debe ser reorientada hacia el cuidado multi-preventivo de salud de la mujer, adaptando sus recomendaciones de Prevención Secundaria a la evidencia disponible e incorporando consejos de Prevención Primaria, con la lucha anti-tabáquica en primer lugar.

Próximos eventos

Paris, Francia

15-18 Diciembre 2004.
VI Congress of the International College On Gynaecological Imaging
Presidente: B. Blanc
Scientific coordinator: J.-L. Mergui
Información:
E-mail: forum@jbbsante.fr
Web: www.33docpro.com/gynecologia
International College on Gynaecological Imaging: www.icgi.info

Luso (Coimbra), Portugal

14-15 Enero 2005
2nd International Symposium of the Portuguese Section
of Colposcopy and Cervical-Vulvo-Vaginal Pathology
Presidente: José Maria Moutinho
Información: Ana Matos
Tél: + 351.963001618
E-mail: nop43515@mail.telepac.pt

Vancouver, Canadá

30 Abril - 6 Mayo 2005
22nd International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop
Organizadores: Joel M. Palefsky, Anna-Barbara Moscicki
Información:
Tel: + 1 604 681 5226
E-mail: congress@venuewest.com
Web: www.hpv2005.org

Cancún, México

5-9 Junio 2005
XII Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia
Presidente: Héctor Hurtado Reyna
Información: International Incentive Travel
Tel: (998) 884 78 80 Ext. 16
E-mail: gloria_luna@cancuntravel.com.mx
Web: www.amcpc.org.mx

Paris, Francia

2-5 Octubre 2005
31st European Congress of Cytology
Información: Cytology 2005 c/o MCI France
Tel.: 33.(0).1.53.85.82.52 - Fax.: 33.(0).1.53.85.82.83
E-mail : cytology2005@mci-group.com
Web : <http://www.cytologyparis2005.com/>



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

Información de la Web www.aepcc.org

Es propósito de la junta directiva de la AEPCC potenciar su empleo como vehículo de comunicación habitual, poniéndola a disposición de todos los asociados para comunicar sus actividades relacionadas.

Desde abril de 1998 hasta septiembre de 2004 se han producido un total de 44.234 visitas en la web de la AEPCC. El promedio actual es de 40 visitas por día.

Los cinco países con mayor número de visitantes han sido: España 34,4%, México 16,5%, Argentina 6,5%, Estados Unidos 5,4% y Brasil 3,5%.

En la web de la AEPCC pueden consultarse:

- Los boletines de la AEPCC
- Manual de Colposcopia Básica
- El Documento de Consenso sobre "La Infección por Papilomavirus"
- Las Presentaciones Científicas de las últimas Reuniones de la AEPCC
- Información de la próxima XVI Reunión Anual de la AEPCC, en Alicante

OTROS SITIOS DE INTERÉS EN LA WEB

“Conferencia de consenso de la ASCCP para determinar el manejo óptimo de la paciente con neoplasia cervical intraepitelial” *(En Español)*

http://www.asccp.org/pdfs/consensus/histo_spanish.pdf

“Documentos sobre el cáncer” National Cancer Institute USA *(En Español)*

<http://www.cancer.gov/espanol>

“European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening” *(En Inglés)*

http://www.cancer-network.de/cervical/guidelines/Guidelines_ver15_12_03.zip

“Asociación Mexicana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia” *(En Español)*

<http://www.amcpc.org.mx/index.html>

“Cáncer Ginecológico: Lo que cada mujer debe saber” Gynecologic Cancer Foundation *(En Español)*

http://www.thegcf.org/images/GCF_Lopinion.pdf

“El HPV y su conexión con el Cáncer de Cuello uterino” OBGYN.net latina *(En Español)*

<http://latina.obgyn.net/espanol/articles/Noviembre00/HPV.htm>

“HPV-Today” *(En Español)*

http://www.hpvtoday.com/_espa/index_espa.htm

“Ginecología” GineWeb *(En Español)*

<http://www.unizar.es/gine/ginecologia.htm>

“Tutorial interactivo sobre Colposcopia” (para pacientes) Medline Plus *(En Español)*

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/colposcopyspanish/og0691s1.html>

“Historia de la colposcopia” Gineconet *(En Español)*

<http://www.gineconet.com/articulos/634.htm>

“Cuello uterino” Gineconet *(En Español)*

<http://www.cpcweb.com.ar/noticias/categoria.asp?id=13>

