

## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

### Situación de las Unidades de Patología Cervical en España. Resultados de una encuesta nacional

Javier Cortés<sup>a,\*</sup>, Aureli Torné<sup>b</sup>, Daniel Andía<sup>c</sup>, Cristina Centeno<sup>d</sup>, Pluvio Coronado<sup>e</sup>,  
Damián Dexeus<sup>f</sup>, Carmen Morillo<sup>g</sup> y Jordi Xercavins<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Ginecología Oncológica, Práctica Privada, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Basurto, Bilbao, España

<sup>d</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>f</sup> Somdex Ginecólogos, Clínica Tres Torres, Barcelona, España

<sup>g</sup> Sanofi Pasteur MSD, Madrid, España

Recibido el 25 de mayo de 2013; aceptado el 27 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2013

#### PALABRAS CLAVE

Unidades de colposcopia  
y patología cervical;  
Colposcopia;  
Patología cervical;  
Control de calidad;  
Acreditación

#### Resumen

**Objetivos:** Conocer el grado de implementación de las Unidades de Patología Cervical (UPC) en los hospitales españoles. Describir su organización asistencial y volumen de trabajo, así como sus necesidades formativas, de protocolización y control de calidad, como base para la elaboración de un proyecto conjunto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) de Acreditación de UPC.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo de los resultados de una encuesta dirigida a los Servicios de Ginecología de los hospitales españoles, entre noviembre del 2012 y enero del 2013.

De las 220 encuestas enviadas, se obtuvo respuesta en 128 (58%), representando a todas las comunidades autónomas españolas.

**Resultados:** El 70% de los hospitales encuestados disponen de UPC.

La media de ginecólogos que trabajan a tiempo completo en la UPC es de 3 y a tiempo parcial, de 20.

El promedio de actividad anual reportada fue de 178 nuevos diagnósticos, 79 casos de neoplasia intraepitelial de cérvix 2 positivas y 87 cirugías de conización cervical.

El 60% de los hospitales disponen de registros de complicaciones y de correlaciones citológicas, colposcópicas e histológicas.

Un 90% sigue las recomendaciones de AEPCC y SEGO para la prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix. Más del 90% de los médicos consultados considerarían adecuado que la AEPCC y la SEGO promoviesen la acreditación de las UPC.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cortes@oceca.es](mailto:cortes@oceca.es), [mccenten@vhebron.net](mailto:mccenten@vhebron.net) (J. Cortés).

**KEYWORDS**

Colposcopy clinics;  
Colposcopy;  
Cervical pathology;  
Quality assurance;  
Accreditation

**Conclusiones:** La situación global de las UPC en España es buena pero mejorable en algunos aspectos. La mayoría de los centros ven adecuada la existencia de una acreditación para las UPC.  
© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**Cervical Pathology Units in Spain today. Results of a national survey****Abstract**

**Objectives:** To determine the extent to which Cervical Pathology Units (CPU) are implemented in Spanish hospitals and to describe their organization and workload and requirements for training, standardization, and quality assurance, as a basis for a joint project of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology (SEGO) and the Spanish Association of Cervical Pathology and Colposcopy (AEPCC) for CPU accreditation.

**Material and methods:** We performed a descriptive analysis of the results of a survey of Gynecology Services at Spanish hospitals between November 2012 and January 2013. A total of 220 surveys were sent and replies were received from 128 services (58%) representing all the Spanish regions.

**Results:** A total of 70% of the hospitals in the survey had a CPU. There was an average of 3 full-time gynecologists and 20 part-time gynecologists at each CPU. The mean annual reported activity was 178 new cases, 79 cervical intraepithelial lesions 2 positive, and 87 conizations. Sixty percent of the hospitals had a register of complications and cytological, colposcopic and histological correlations. Ninety percent followed the recommendations of the AEPCC and the SEGO for primary and secondary prevention of cervical cancer. More than 90% of the gynecologists believed it would be appropriate for the AEPCC and the SEGO to promote CPU accreditation.

**Conclusions:** The overall situation of CPU in Spain is good but could be improved. Most hospitals in the survey believe that implementing the accreditation process would not be difficult.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) puso en marcha el año 2005 un programa de acreditación para los colposcopistas miembros de dicha sociedad<sup>1</sup>. No se trataba de ofrecer un título de subespecialidad, sino de proporcionar un mecanismo de autoevaluación de los conocimientos teóricos y la calidad en la práctica colposcópica. Esta iniciativa se inscribía dentro de una acción iniciada en el seno de la European Federation of Colposcopy (EFC), compartida con las sociedades nacionales miembros de la federación.

El Programa de Acreditación de la AEPCC fue muy bien recibido por sus asociados, que le dieron soporte y participaron activamente en su desarrollo y mantenimiento. En el momento actual, después del último examen celebrado en el XXIV Congreso de la AEPCC en San Sebastián, en noviembre del 2012, y de las últimas actualizaciones de las acreditaciones concedidas —que se realizan cada 5 años—, 301 ginecólogos españoles cuentan con su acreditación en colposcopia (Memoria 2013 de la Acreditación en colposcopia. Datos en archivo no publicados. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Disponibles a demanda en: secretaria@aeppc.org).

La consolidación de este proceso ha permitido plantear la posibilidad de acreditar también a las UPC, que soportan la gran mayoría de la actividad colposcópica asistencial y docente. Esta idea fue debatida en el seno de la Junta Directiva de la AEPCC y presentada como propuesta en una reunión monográfica de la EFC sobre Control de Calidad en Colposcopia<sup>2</sup>.

En el momento actual, el debate sigue abierto, tanto en el seno de la AEPCC como en el de la EFC. Para disponer de información que sustentara el proyecto, representantes del Comité de Acreditación de la AEPCC y miembros de la SEGO diseñaron una encuesta dirigida a constatar la realidad de las UPC en España.

**Material**

La encuesta se estructuró en una secuencia de preguntas, las primeras para identificar a los hospitales que contaban con UPC. Las siguientes pretendían investigar cuestiones relacionadas con aspectos organizativos y de carga de trabajo, seguidas de otras relativas a control de calidad y capacidad docente. Las últimas preguntas se referían a la aplicación de las recomendaciones preventivas del cáncer de cérvix promulgadas por AEPCC y SEGO, y el posicionamiento del responsable de la UPC en relación con las futuras acciones en discusión por ambas sociedades.

La encuesta remitida, con un total de 21 preguntas, figura en el anexo 1.

**Método**

Se trata de un estudio descriptivo de la situación de las UPC en España, elaborado a partir del análisis de los resultados de la encuesta. Se ha utilizado la base de datos de hospitales públicos y privados disponible en las secretarías de SEGO y AEPCC. Desde las secretarías de ambas sociedades, se remitieron un total de 220 encuestas por correo electrónico o

postal a los ginecólogos responsables de los correspondientes Servicios de Ginecología o de sus UPC.

A las 2 semanas del envío, se procedió a un rescate telefónico de los responsables de los hospitales que aún no habían respondido.

Todo el procedimiento se llevó a cabo entre noviembre del 2012 y enero del 2013.

## Resultados

Se obtuvieron 40 respuestas al primer envío. En la acción de rescate se consiguieron 88 respuestas más para un total de 128 hospitales, que corresponde al 58% de los 220 inicialmente incluidos. La [figura 1](#) muestra en detalle la distribución de los hospitales participantes, con y sin UPC, por comunidad autónoma.

La muestra obtenida y su distribución, que cubre todas las comunidades autónomas, exceptuando Ceuta y Melilla, confieren representatividad estatal a la encuesta.

## Implantación de las Unidades de Patología Cervical en los hospitales

Las preguntas 1 a 4 se refieren a la existencia de dichas unidades. De las respuestas obtenidas, 89 Servicios de Ginecología (70%) disponen de UPC, frente a las 41 que existían en 2007. Los motivos de la no presencia de dichas unidades dados por los 39 hospitales restantes, teniendo en cuenta que se aceptaba más de una contestación a la pregunta, son, en su mayoría, de organización y necesidades del servicio. Dieciséis hospitales no consideran necesaria una UPC en su servicio, 12 aducen un volumen de trabajo insuficiente y 13 no disponen del equipamiento necesario para su puesta en marcha. Únicamente 5 casos responden no poseer especialistas cualificados en colposcopia.

De los 39 hospitales sin UPC, 4 derivan la afección del tracto genital inferior (TGI) a otro centro hospitalario de referencia y en el resto la enfermedad es atendida mayoritariamente (87% de hospitales) en la consulta de Ginecología General y ocasionalmente en la Unidad de Ginecología Oncológica.

## Aspectos organizativos y asistenciales

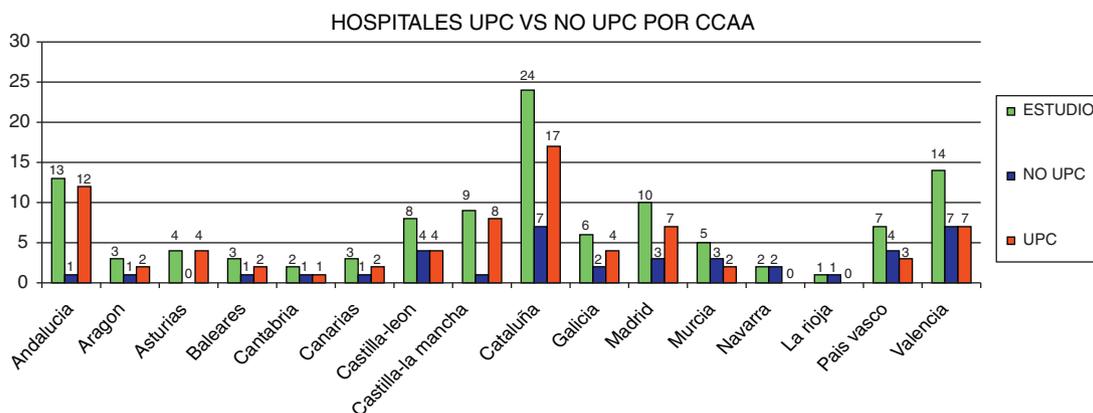
A la pregunta 5, que hace referencia a la organización del personal de la UPC, los Servicios de Ginecología con UPC disponen de una media de 3 ginecólogos ejerciendo a tiempo completo en dicha unidad. El número de ginecólogos que trabajan a tiempo parcial es elevado, con una media de 20 facultativos por servicio, y en 24 hospitales más de 25 especialistas ejercen parte de su actividad en la UPC.

En cuanto al tipo de afección atendida, las respuestas a la pregunta 6 reflejan que prácticamente todas las UPC (89%) abarcan todas las afecciones del TGI, incluyendo vulva y vagina. Los criterios de admisión a la UPC, en general, no son selectivos, sino más bien al contrario. En la [figura 2](#), correspondiente a la pregunta 7, se detallan los criterios de admisión: el 12% de las unidades atienden únicamente a pacientes con diagnóstico anatomopatológico de lesión intraepitelial, mientras que el 72% lo hace ante cualquier anomalía citológica a partir de atipia de células escamosas (ASC), el 38% a partir de lesión intraepitelial de bajo grado, el 37% acepta a pacientes con cualquier sintomatología del TGI y el 24% a pacientes de riesgo para presentar enfermedad del TGI.

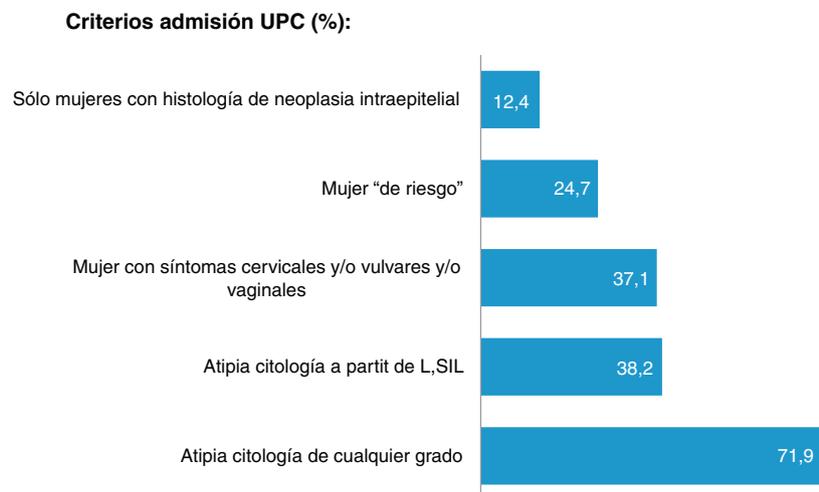
Inquiridas acerca del volumen de trabajo realizado en la UPC anualmente (preguntas 8 a 10), de media, las UPC encuestadas diagnostican al año 178 nuevos casos de neoplasias intraepiteliales de TGI, de las cuales 46 UPC declaran atender más de 100 casos y 9 entre 50 y 100. Veinte hospitales no contestaron a esta pregunta.

Se realizan 86 conizaciones de media al año en las UPC de los 75 hospitales que responden a esta pregunta. En 48 UPC se practican más de 50 al año y en 18 entre 30 y 50. El número de neoplasias intraepiteliales de cérvix grado 2 o superior (CIN 2+) que se diagnostican al año de media es de 79.

En cuanto al equipamiento (preguntas 11 y 12), 74 UPC (84%) cuentan con la posibilidad de realizar tratamientos ambulatorios de la enfermedad del TGI, mientras que 10 UPC no disponen de ella. Cinco hospitales no contestaron a esta pregunta. Solo 15 hospitales disponen de Unidad de Láser (17%).



**Figura 1** Número de hospitales que entraron en el estudio, número de hospitales con UPC y sin UPC por comunidades autónomas (CCAA).



N= 89, Más de una respuesta es posible. ASC-US: citología con atipia escamosa de significado incierto. L-SIL: citología con lesión escamosa de bajo grado.

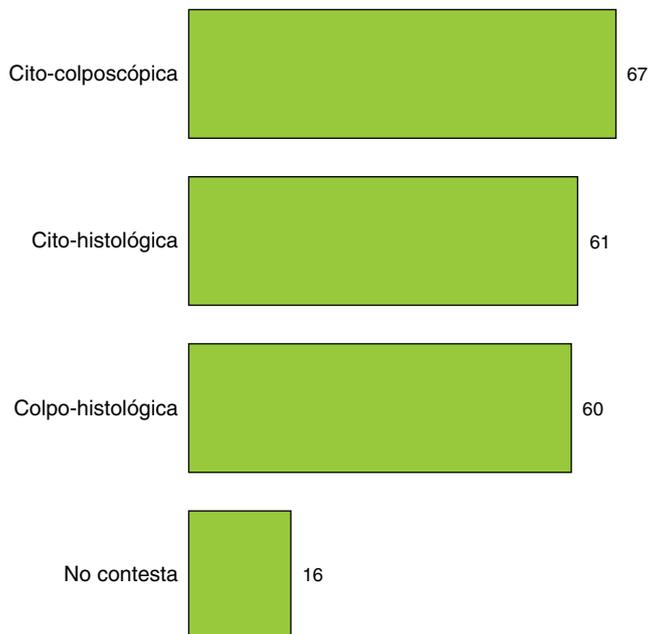
**Figura 2** Criterios de admisión en la UPC.

### Control de calidad, docencia y protocolos

Las preguntas 13 a 15 se refieren a la posibilidad de control de calidad mediante la utilización de registros de los casos tratados en la UPC. En este sentido, 53 UPC (60%) cuentan con un registro de complicaciones. Al preguntar sobre registros de correlaciones citocolposcópicas, citohistológicas y colpohistológicas de los casos diagnosticados y tratados en la UPC, entre el 67 y el 75% posee al menos uno de los 3 registros y 49 UPC refieren cumplimentar los 3 registros. Dieciséis servicios no

respondieron a la pregunta (véase la [figura 3](#)). El 51% de los responsables de las unidades están en posesión de la acreditación en colposcopia concedida por la AEPCC.

A la pregunta 16 sobre la docencia en las UPC, 68 hospitales (76% de los encuestados) contestan tener programada rotación de sus residentes por la UPC. La duración de esta rotación se especifica en la [figura 4](#). En 19 (28%) la duración es de más de 3 meses, en 34, la mitad, es de 1 a 3 meses, y en 13 (20%) es de menos de un mes. Dos hospitales no responden a la pregunta.



N = 89. Más de una respuesta es posible. 49 UPC cuentan con los 3 registros

**Figura 3** Número de UPC con registro de correlaciones.



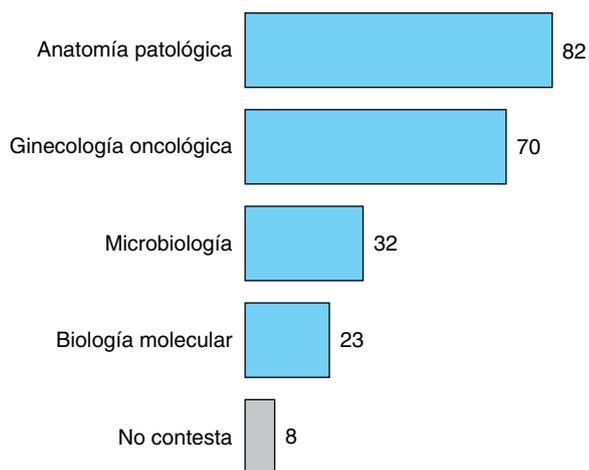
**Figura 4** Duración de la rotación de los residentes por las UPC.

La formación continuada (preguntas 17 y 18) proporcionada por el trabajo docente de la AEPCC y la SEGO es valorada como soporte satisfactorio por parte de 69 (77%) de los encuestados. Como principales sugerencias de mejora destacan claramente 2: adecuación de los protocolos a la realidad clínica y mayor difusión.

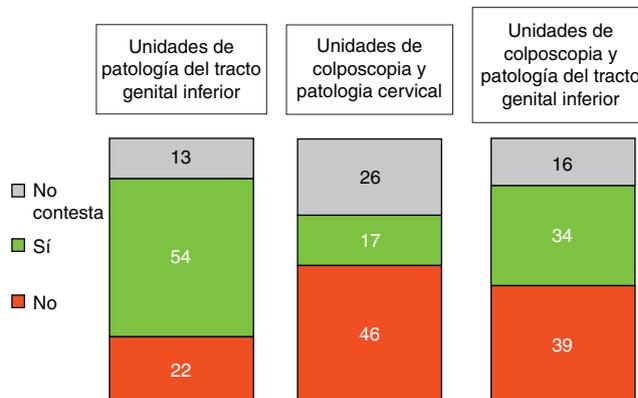
Otro punto importante en el control de calidad es la programación de sesiones clínicas conjuntas multidisciplinarias. En respuesta a esta pregunta (pregunta 19), la mayoría de los centros refiere compartir sesiones con los servicios de Anatomía Patológica y Oncología Ginecológica. En la [figura 5](#) observamos que son 82 y 70 UPC, respectivamente. Mientras que con el resto de servicios (Microbiología y Biología Molecular), la participación conjunta es mucho menor, con 32 y 23 hospitales, respectivamente.

El apoyo por parte de los responsables de las UPC a las recomendaciones de prevención *primaria* del cáncer de cuello de útero (pregunta 20), es decir, la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) formuladas por la AEPCC y la SEGO, es muy mayoritario: 80 (90%) responden que las cumplen. El 10% restante, 9 UPC, las siguen parcialmente.

El apoyo de los responsables de las UPC a las recomendaciones de prevención *secundaria* del cáncer de cuello de útero (pregunta 21) formuladas por la AEPCC y la SEGO es también muy mayoritario: 76 las siguen, un 86%; 9 las siguen



**Figura 5** Servicios con los que las UPC mantienen sesiones conjuntas.



**Figura 6** Postura ante una propuesta de cambio de nombre de las UPC.

parcialmente, y 4 no las siguen. Los motivos fundamentales están relacionados con la falta de disponibilidad de la prueba del VPH y la necesidad de seguir los protocolos propios de la comunidad autónoma, que no coinciden con los de la AEPCC y la SEGO.

En respuesta a la pregunta 22, el 92% de los responsables de las UPC participantes consideró pertinente que la AEPCC y la SEGO consensuaran unos criterios que permitieran acreditar conjuntamente las UPC.

Finalmente, las preferencias de los encuestados en relación con una nueva denominación de las UPC (pregunta 23): Unidad de Patología del TGI, Unidad de Colposcopia y Patología Cervical o Unidad de Colposcopia y Patología del TGI (véase la [figura 6](#)) se inclinaron mayoritariamente por la primera opción (Unidad de Patología TGI), con más del 50% de votos positivos.

## Discusión

### Implantación de las Unidades de Patología Cervical en los hospitales

La implantación en los hospitales españoles de UPC se ha ido incrementando en los últimos años. Un 40% de los hospitales docentes españoles disponían de ella en 2006<sup>3</sup>. Hemos detectado que este incremento ha sido particularmente importante desde 2007 (41 hospitales), justo después de que la SEGO, la AEPCC y las sociedades españolas de Citología y Anatomía Patológica publicaran el primer «Consenso español sobre prevención secundaria del cáncer de cérvix»<sup>4</sup>, recomendaciones que contribuyeron en gran medida a la normalización de la práctica clínica preventiva oncológica ginecológica. De forma paralela y gracias a esta labor, se asistió a una mejora en la organización de UPC en los hospitales, con las estimables mejoras asistenciales derivadas.

La falta de equipamiento es la responsable de que 13 hospitales no dispongan de UPC. Si se tiene en cuenta que la tecnología de soporte a una UPC es relativamente simple y accesible, llama la atención este hecho, que quizá pueda achacarse a las difíciles circunstancias de financiación del sector sanitario que estamos viviendo. La falta de perspectiva y la falta de inversión preventiva, que recoge su

beneficio como pronto a medio plazo, pueden contribuir a esta dificultad de equipar a dichas unidades. Cabe tener en cuenta que en España el coste estimado anual del tratamiento de CIN, no siempre efectuadas bajo indicaciones y condiciones aceptables, es de 147 millones de euros<sup>5</sup>.

El escaso volumen de trabajo y «no considerarlo necesario» son, en opinión de los encuestados, la causa de la falta de implementación de la UPC en el Servicio de Ginecología y responden a la conciencia profesional de que una UPC necesita un cierto y suficiente flujo de pacientes y afecciones para ser organizada, punto que discutiremos con detalle más adelante.

Sólo 5 hospitales respondieron no contar con personal cualificado. Este es un dato relevante que subraya la pujanza de la formación continuada que la AEPCC y la SEGO han desarrollado en los últimos años. En el trabajo de Rodríguez-Mías et al. antes referenciado<sup>3</sup>, ya se documentó el importante incremento del conocimiento del manejo de la afección del TGI en los últimos años entre los residentes españoles, una realidad que permite ser muy optimistas de cara al futuro de la calidad asistencial de esta sección de la enfermedad ginecológica.

La gran mayoría (87%) de los hospitales sin UPC atienden la afección del TGI en la consulta de Ginecología General. Dado que la evaluación, el diagnóstico y el eventual tratamiento y/o seguimiento de las neoplasias intraepiteliales del TGI requieren conocimientos específicos<sup>6,7</sup>, normalmente no incluidos en la formación ginecológica general, la calidad asistencial obtenida en este ámbito no es óptima. La necesidad de revertir esta situación con programas de docencia y formación médica continuada actualizados es uno de los principales objetivos coordinados por la AEPCC y la SEGO.

### Aspectos organizativos y asistenciales

La media de facultativos integrantes de la UPC a tiempo completo es de 3, número correcto teniendo en cuenta el volumen de trabajo reportado. Sin embargo, la media de facultativos a tiempo parcial de 20 es muy elevada. Corresponde a los servicios que no disponen UPC en los que la afección del TGI se trata en la consulta de Ginecología General por personal no específico para el TGI.

La asistencia de la enfermedad vulvo-vaginal se realiza conjuntamente en la UPC en el 99% de las UPC encuestadas. Este es uno de los avances más relevantes de los últimos años. En la encuesta de médicos residentes publicada por Rodríguez-Mías et al.<sup>3</sup>, el avance más consolidado y llamativo se ha producido en el conocimiento y el manejo de la enfermedad de vulva: de un 28% de residentes en Obstetricia y Ginecología que en el 2006 se reconocían conocedores de esta afección se ha pasado a un 63%; de un 0% que comunicaba saber manejar la vulvodinia se ha aumentado a un 41%. La enfermedad vulvar requiere de novedosas aproximaciones, a menudo interdisciplinarias, y está constituyendo ya una parte importante del trabajo en las UPC.

Sesenta y cuatro de 89 UPC consideran criterio de admisión en consulta la existencia de un resultado citológico anormal de cualquier grado. La evaluación de resultados anormales citológicos es una excelente manera de acceder al diagnóstico de una CIN. La evaluación de estos resultados está muy protocolizada, con matices muy importantes<sup>8</sup>. La

existencia de un cribado oportunista en la prevención secundaria del cáncer de cérvix en España explica una mayor frecuencia del uso de la citología en mujeres muy jóvenes.

El elevado número de casos en los que dicha citología muestra atipias inciertas y lesiones de bajo grado obliga a una conducta protocolizada que impida el sobretratamiento de dichas pacientes. Confirmar que en nuestro entorno la mayoría de las mujeres que aportan alteraciones en su resultado citológico son evaluadas en las UPC es un dato positivo.

La carga asistencial de las UPC encuestadas se sitúa perfectamente dentro de las exigencias para su acreditación inicialmente consensuadas por la EFC en su Congreso de París del año 2004.

La posibilidad de realizar tratamientos ambulatorios de la afección del TGI en el 84% de las UPC está de acuerdo con la exigencia actual para una correcta práctica clínica. Únicamente 15 hospitales (17%) cuentan con una Unidad de Láser, técnica que resuelve de forma muy adecuada —en manos entrenadas— los tratamientos destructivos y/o escisionales de las neoplasias intraepiteliales del TGI, en especial de la vulva y la vagina, en las que no siempre puede aplicarse una técnica exéretica convencional. No disponer de esta tecnología supone la necesidad del uso de otras que quizás con menor, aunque no necesariamente, y con similar o mayor número de complicaciones y menor comodidad, resuelven el problema. La disponibilidad de una Unidad de Láser significa una ventaja de rapidez y comodidad, pero sin constituir un elemento limitante para el correcto tratamiento de la patología del TGI, salvo contadas ocasiones.

### Control de validez, docencia y protocolos

Un primer comentario de introducción a este apartado: 68 hospitales (76% de los encuestados) tienen programada rotación por las UPC de sus residentes. Una rotación de duración trimestral debería considerarse adecuada: es probable que, en condiciones ideales, la rotación debiera durar entre 3 y 6 meses. Llama la atención que en 13 hospitales el residente se forma durante un periodo inferior a un mes en la UPC, tiempo que creemos insuficiente. En 34 casos, la rotación dura entre 1 y 3 meses, y que en 19 casos se alarga más allá de 3 meses. Dados la progresiva complejidad y el aumento de la afección abarcada en las UPC con la introducción de la enfermedad vulvar, vaginal y, en los últimos años, también de la afección anal, sería razonable defender un periodo de formación mínimo de 3-6 meses.

La EFC fue fundada bajo la presidencia del Prof. J. Jordan (Reino Unido) durante el Congreso que la International Federation of Colposcopy and Cervical Pathology celebró en Buenos Aires, Argentina, en 1999. La AEPCC participó directamente en el proceso fundacional, liderada en todo momento por el Prof. S. Dexeus, y desde entonces se ha involucrado muy activamente en toda su actividad. En su segundo Congreso de París, en 2004, y por iniciativa del Prof. R. Barraso (Francia), se discutieron y aprobaron unos criterios mínimos para una posible acreditación de Unidades de Colposcopia. Son, dado que no se han sido modificados, los siguientes:

1. La carga de trabajo mínima debe ser
  - Más de 100 nuevos casos por año, con más de 30 casos patológicos.

- Diagnósticos de CIN en biopsias practicadas: > 85%.
  - Predicción del CIN 2/3: > 70%.
2. Tasa de complicaciones en los tratamientos aplicados: < 2%.
  3. Los laboratorios de Anatomía Patológica, Citología y Biología Molecular deben estar acreditados y en permanente conexión.
  4. Capacidad de llevar a cabo tratamientos conservadores ambulatorios.
  5. Capacidad de seguimiento y cierre de casos con un sistema controlado y efectivo. Se aceptará una pérdida en el seguimiento de un máximo del 10% de casos.
  6. Sistema activo de registro de correlaciones:
    - Citocolposcópicas.
    - Citohistológicas.
    - Colpohistológicas.
  7. Capacidad para almacenar imágenes para su posterior uso con propósito educacional o de seguimiento: foto-vídeo-colposcopia, colposcopia digital.

Del presente estudio se desprende que la mayoría de las UPC españolas cumple estos requerimientos, por lo que una posible toma de decisiones por parte de la AEPCC y la SEGO relativa a la acreditación de UPC parece pertinente. La mitad de los responsables de las UPC poseen su acreditación personal de la AEPCC. En esta misma línea, el 92% de los encuestados defienden la acreditación de centros como mecanismo académico para demostrar, interna y externamente, la calidad de la UPC.

La acción general docente llevada a cabo por las 2 sociedades es satisfactoria para el 77% de los que respondieron a la encuesta, aunque se reclama mayor difusión y cercanía a la práctica clínica de las recomendaciones formuladas, que son seguidas por alrededor del 90% de los responsables de las UPC que han participado en este trabajo. Ambas sociedades trabajan con el objetivo de responder a esta demanda, en el nuevo escenario que sus responsables han diseñado de trabajo en común, reforzando su presencia en los vectores de formación continuada y consulta (revistas médicas, webs, congresos y reuniones de la especialidad) e intentando, si cabe, una mayor aproximación personal a sus asociados y a su práctica clínica.

Por último, debemos anotar que una mayoría cualificada de respuestas se inclina a apoyar el cambio de nombre de las

unidades, cuya designación «Patología del Tracto Genital Inferior», parece razonable y se justifica por el espectro de afecciones tratadas en su seno.

## Conclusiones

Esta encuesta, representativa para el conjunto español de hospitales con UPC, demuestra que:

- El proceso de implantación de las UPC en los hospitales españoles ha sido progresivo en los últimos años hasta alcanzar porcentajes satisfactorios.
- La organización interna de las UPC y su carga de trabajo cubren en general los criterios requeridos por la EFC.
- La rotación por las UPC de los residentes se realiza por periodos en general cortos.
- El seguimiento de las recomendaciones SEGO/AEPCC es muy alto, aunque se reclama su mayor difusión y proximidad a la práctica clínica.
- Un proceso de acreditación de UPC por AEPCC/SEGO sería muy bien recibido por la gran mayoría de sus responsables.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Sanofi Pasteur MSD por su apoyo logístico y a Nielsen por el análisis de los resultados.



12. ¿Dispone la UPC de su Servicio de Unidad de Láser?
- Si                  No
13. ¿Cuenta la UPC de su Servicio con un registro de complicaciones de los tratamientos realizados?
- Si                  No
14. ¿Cuenta la UPC de su Servicio con un registro de correlaciones? (más de una respuesta es posible)
- a. Cito - colposcópica  
b. Colpo - histológica  
c. Cito - histológica
15. La/el responsable de la UPC de su Servicio, ¿está acreditada/o por la AEPCC?
- Si                  No
16. Los Residentes de su Servicio, ¿rotan por la UPC?
- a. No dispongo de Residentes  
b. No rotan  
c. Si, durante
- i. ≤ 1 mes  
ii. 1 - 3 meses  
iii. > 3 meses
17. ¿Considera suficiente el soporte en Formación Continuada que recibe actualmente desde AEPCC y SEGO en temas de patología de tracto genital inferior?
- Si                  No
18. En caso de que haya contestado "NO" a la pregunta anterior, ¿qué sugerencia haría para mejorar en contenido y formato esta Formación Continuada?
19. ¿Mantiene la UPC de su servicio un programa de protocolos y/o sesiones conjuntas con (más de una respuesta es posible)
- a. Anatomía Patológica  
b. Microbiología  
c. Biología Molecular  
d. Ginecología Oncológica
20. ¿Se siguen en la UPC de su Servicio las recomendaciones AEPCC / SEGO de Prevención Primaria del Cáncer de Cuello de Útero (vacunación VPH)?
- Si  
Parcialmente (Especifique)  
No (Razón)
21. ¿Se siguen en la UPC de su Servicio las recomendaciones AEPCC / SEGO de Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello de Útero (Diagnóstico Precoz, cribado)?
- Si  
Parcialmente (Especifique)  
No (Razón)
22. ¿Consideraría adecuado que AEPCC y SEGO consensuaran unos criterios de calidad que permitieran acceder a una Acreditación por ambas Sociedades de las UPC?
- Si                  No
23. ¿Creería adecuado proponer el cambio de nombre de las UPC por
- a. Unidades de Patología del Tracto Genital Inferior?  
Si                  No
- b. Unidades de Colposcopia y Patología Cervical?  
Si                  No
- c. Unidades de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior?  
Si                  No

## Bibliografía

1. Cortés J. Acreditación en colposcopia. Ponencia a la XVII Reunión Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Bilbao, noviembre del 2005.
2. Cortés J, Dexeus D, Dexeus S. EFC training: How is competency assessed? The Spanish experience. Ponencia al 1 st EFC Satellite Meeting on Quality Assurance in Colposcopy. Berlin, 8-9 de abril del 2011.
3. Rodríguez-Mias NL, Cortés J, Xercavins J, Lailla JM. Situación actual: docencia en patología del tracto genital inferior y colposcopia en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56:15–9.
4. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsagué X, Torné A, Ordi J, deSanjosé S, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49 Supl 2:5–62.
5. Castellsagué X, Rémy V, Puig-Tintoré LM, de la Cuesta RS, González-Rojas N, Cohet C. Epidemiology and costs of screening and management of precancerous lesions of the cervix in Spain. *J Low Genit Tract Dis*. 2009;13:38–45.
6. Cortés J, Martínón-Torres F, Ramón y Cajal JM, de Sanjosé S, Gil A, Velasco J, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53 Supl 1:S1–9.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en ginecología. Diagnóstico precoz y cribado del cáncer de cuello de útero. Noviembre del 2012. [consultado 12 Feb 2013]. Disponible en <http://www.sego.es>
8. Cortés J. La prevención secundaria del cáncer de cuello de útero. Ponencia al IV Foro Español VPH. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sevilla, 26 de octubre del 2012.