



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**“IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CERVICAL  
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO. PERIODO OCTUBRE 2010  
– MARZO 2011”.**

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN  
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL*

**AUTOR:**

**DR. FRANCISCO VITERI HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA:**

**DRA. JANETH LUDEÑA**

**AMBATO- ECUADOR**

**2011**

## **CERTIFICACIÓN**

Doctora  
Janeth Ludeña  
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CERVICAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO. PERIODO OCTUBRE 2010 – MARZO 2011”, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, agosto de 2011

.....  
Dra. Janeth Ludeña  
DIRECTORA DE TESIS

## **AUTORÍA**

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis e interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo, son de absoluta responsabilidad de su autor.

Ambato, agosto de 2011

.....

Autor

## **CESIÓN DE DERECHO**

Yo, Francisco Viteri Hernández, declaro conocer y aceptar la disposición del Artículo 67 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de Grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Ambato, agosto de 2011

.....

Autor

## **DEDICATORIA**

**A Elva y Bolívar, forjadores de un destino.**

**A Janett, Sarahi, Briana, compañeras en este  
Viaje cósmico.**

## **AGRADECIMIENTO**

**A JEHOVÁ, por la oportunidad de adquirir conocimiento,**

**A Aída y Lucía, por su paciencia y enseñanza,**

**A todos quienes de una y otra manera, me alentaron y apoyaron para conseguir este objetivo.**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
<b>Preliminares</b>	
Certificación	II
Autoría	III
Cesión de derecho	IV
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
<b>Índice</b>	VII
Resumen	IX
Abstract	XI
Introducción	XIII
Problematización	1
Justificación	6
Objetivos	9
Marco teórico	10
Marco Institucional	10
Aspecto geográfico del lugar	10
Estructura legal del IESS	15
Reseña histórica	16
Situación actual	17
Hospital IESS Ambato	17
Misión	18
Visión	18
Servicios que ofrece el hospital	18
Indicadores de producción del hospital	20
El servicio de Ginecología y Obstetricia	21
Perfil epidemiológico	23
Marco conceptual	26
Detección oportuna del cáncer cérvico uterino	26

## VIII

Incidencia de cáncer de cuello uterino por grupos de edad	28
Cáncer de cuello uterino: epidemiología, historia natural, prevención y tratamiento	31
Screening citológico	32
Test para Papiloma virus humano	33
Tratamiento	34
Cáncer cervico uterino: métodos actuales para su detección	34
Colposcopia	37
Histopatología	39
Detección de ADN de Papiloma virus humanos (PVH)	40
Conclusión	42
La importancia de las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino	43
Recomendación de la Sociedad Americana Contra el cáncer	44
Diseño Metodológico	46
Matriz de involucrados	48
Árbol de Problemas	52
Árbol de Objetivos	53
Matriz de Marco Lógico	54
Resultados	59
Resultado N. 1	59
Resultado N. 2	60
Resultado N. 3	62
Resultado N. 4	65
Análisis del logro del objetivo general	67
Conclusiones	70
Recomendaciones	72
Bibliografía	73
Anexos	79



## 1. RESUMEN

El servicio de patología cervical del hospital IESS Ambato se implementó con la ejecución del presente proyecto, con la finalidad de cubrir a una gran población de usuarias que se atienden en el hospital, pero que no precisamente se realizaban atención en detección oportuna de cáncer cervical (DOC).

Es así que partiendo de la línea de base según la información del departamento de Estadística, para el año 2010 existe un bajo porcentaje de atención en detección oportuna de cáncer de cuello uterino (11.4%), cuando debería ser del 30% aproximadamente, de tal manera que se puede evidenciar el déficit en la calidad de atención en DOC que existía en la institución, producto de la falta de priorización y organización de la atención, falta de presupuesto, y desinterés por parte de autoridades, del personal y usuarias para mejorar y conocer las lesiones del cáncer de cuello uterino, así como la débil coordinación interinstitucional: lo que había originado pérdida de confianza en la institución, gastos adicionales por transferencias, ansiedad y ausentismo en las usuarias, dificultad en el seguimiento de casos con un incremento del índice de mortalidad de cáncer de cérvix.

Por dicha problemática se emprendió en la ejecución del presente proyecto con la implementación del servicio de patología cervical realizado en el hospital del IESS Ambato, en beneficio del gran número de usuarias que se atienden en el hospital. A través de la ejecución de las actividades se logró cumplir con los diferentes objetivos. Se formó el Comité de DOC en el 100%, con conocimiento de la realidad del incremento de la patología cervical, priorizando este tipo de atención, estableciendo compromisos y ejecutando un plan de trabajo. Se gestionó en forma eficiente el presupuesto para la adquisición del colposcopio y materiales para el buen funcionamiento del servicio de patología cervical en un 100%. Se capacitó al personal de Gineco-Obstetricia (G-O) en el 77% que se demostró motivado a participar en la implementación del nuevo servicio, y al 100% de una muestra de usuarias. Se firmaron acuerdos de cooperación interinstitucional entre el IESS Ambato con SOLCA y la

Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (SEGO), con quienes se establecieron compromisos que permitirán brindar atención eficiente y oportuna a las pacientes con cáncer cervicouterino en el caso de SOLCA, y a la ejecución de programas de capacitación permanente por parte de la SEGO para los profesionales de G- O. Este objetivo se cumplió en el 100%. Al ejecutar las actividades se logro mejorar la calidad de atención y contribuir a la disminución del índice de morbimortalidad por cáncer de cérvix que fue el fin del proyecto.

## 2. ABSTRACT

The service of cervical pathology of the hospital IESS Ambato you implements with the execution of the present project, with the purpose of covering a great population of users that they are assisted in the hospital, but that they were not in fact carried out attention in opportune detection of cervical cancer (DOC).

It's so leaving of the base line according to the information of the department of Statistic, for the year 2010 a low percentage of attention exists in opportune detection of cancer of uterine neck (11.4%), when it should be approximately of 30%, in such a way that you can evidence the deficit in the quality of attention in DOC that existed in the institution, product of the importance lack and organization of the attention, it lacks of budget, and indifference on the part of authorities, of the personnel and users to improve and to know the lesions of the cancer of uterine neck, as well as the weak coordination trans institutional: what had originated loss of trust in the institution, additional expenses for transfers, anxiety and absenteeism in the users, difficulty in the pursuit of cases with an increment of the index of mortality of cervix cancer.

For this problem it was undertaken in the execution of the present project with the implementation of the service of cervical pathology carried out in the hospital of the IESS Ambato, in benefit of the great number of users that are assisted in the hospital. Through the execution of the activities it was possible to fulfill the different objectives. Forms the Committee of DOC in 100%, with knowledge of the reality of the increment of the cervical pathology, prioritizing this type of attention, establishing commitments and executing a work plan. It was negotiated in efficient form the budget for the acquisition of the colposcopio and materials for the good operation of the service of cervical pathology in 100%. The personal qualified of the gineco-obstetrics (G-O) in 77% that was demonstrated motivated to participate in the implementation of the new service, and to 100% of a sample of qualified users. Agreements of cooperation trans institutional were signed among the IESS Ambato

## XII

with SOLCA and Ecuadorian Society of Gynecology and Obstetrics (SEGO), with those who commitments that will allow to offer efficient and oportune attention to the patients with uterine cérvico cancer in the case of SOLCA, and to the execution of programs of permanent training on the part of SEGO for the professionals of G-O. This objective it was completed in 100%. When executing the activities you achievement to improve the quality of attention and to contribute to the decrease of the morbimortalidad index for cervix cancer that was the purpose of the project.

### 3. INTRODUCCION

Con la llegada del nuevo siglo estamos siendo testigos de la revolución tecnológica, desarrollo del conocimiento científico que involucra a todas las personas a nivel mundial; con este fenómeno las organizaciones exigirán a sus miembros capacitarse continuamente e ir a la par con el avance tecnológico que el tiempo lo exige, especialmente en la salud a ser más competitivas para enfrentar los retos que significa trabajar con calidad para tener servicios eficientes, eficaces y equitativos.

Uno de los servicios de las instituciones de salud que aun no se ha manejado con eficacia y eficiencia son los programas referentes a la detección oportuna de cáncer cervical (DOC), tal como ocurría en el hospital IESS Ambato en donde se encontró varios problemas que fueron intervenidos tales como la organización administrativa del hospital desconocía la realidad del incremento de la patología cervical y no se priorizaba este tipo de atención a través de un grupo de apoyo responsable de la vigilancia de la misma, así mismo existía desconocimiento de las necesidades de atención y educación para la prevención de la enfermedad entre las afiliadas que asisten al hospital, y el personal que brinda este tipo de atención, pues hasta hace ocho meses la autoridad del hospital tomaba decisiones políticas inadecuadas que se expresaron en trabajo aislado y falta de coordinación para elaborar el POA del servicio y el hospital, existía carencia de medios para el estudio de las pacientes con resultados citológicos anormales o con sospecha clínica de los mismos, por inexistencia del servicio de Patología cervical uterina sin presupuesto para implementar dicho servicio, con gastos adicionales por transferencias y dificultad en el seguimiento de casos, si sumamos a esto la débil coordinación que existía del Hospital IESS Ambato con SOLCA en lo local, y con instituciones como la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que pueden ayudar en la capacitación del personal que brinda esta atención, lo que se manifestaba en un déficit en la calidad de atención en la detección oportuna del cáncer del cuello del útero en la institución.

Los modelos de dirección modernos exigen la presencia de líderes visionarios, transformadores, positivos y pro-activos que dirijan a las organizaciones hacia al logro

de los objetivos estratégicos a través de una planificación que responda a la participación activa de todos sus miembros, es así que a nivel local muchos líderes de la salud han emprendido en mejorar este tipo de atención, pero en nuestra institución existía una completa desorganización, y faltaba el servicio para brindar calidad en la detección oportuna de cáncer de cuello uterino.

Implementar el servicio de patología cervical en el Hospital IESS de Ambato fue una muy acertada decisión de acción, con el fin de ir superando la brecha de atención e incrementar la demanda de citología en la institución, puesto que es una institución de segundo nivel, que por su complejidad, y a la vez ser Unidad de Referencia de la Regional 4, debe cubrir la atención de una gran población afiliada en el IESS de Ambato, estimada para el año 2011 es de 60.079 personas, de las cuales, aproximadamente el 51% son mujeres, lo que indica que la población femenina afiliada es de 30640. De ellas, aproximadamente el 30% debieron realizarse Paptest en el año 2010, sin embargo las coberturas llegaron solamente al 11.46,<sup>1</sup> además entre la planta médica del servicio se cuenta con talento humano formado en Patología Cervical Uterina para incrementar la calidad de atención.

Por lo tanto, el servicio de patología cervical fue una necesidad sentida en la institución desde ya hace mucho tiempo lo que me motivo para emprender en el presente proyecto y capacitar al personal y usuarias, y también conseguir la asignación de las partidas presupuestarias para la implementación del servicio, contando con el apoyo principalmente del director institucional, y del Comité formado.

Así el hospital del IESS Ambato como tal mejoró la atención en detección oportuna de cáncer cervical (DOC), con el funcionamiento del nuevo servicio con el aprovechamiento y capacidades del talento humano, obteniendo el mejoramiento continuo del servicio, por medio de la capacitación continua cambio de paradigmas de actitudes, mejoramiento de los procesos ya existentes, y del trabajo en equipo dirigido a ser mejores, incrementando la productividad disminuyendo los costos, elevando la imagen y el prestigio de la institución.

---

<sup>1</sup> (DPST): Situación de Salud de la Provincia de Tungurahua. Informe Anual.( 2009)







## 4. PROBLEMATIZACION

El Cáncer de Cuello Uterino es una enfermedad frecuente en los países en desarrollo, aunque en USA no ha dejado de ser un problema especialmente entre las mujeres hispanas, negras y nativas; así en el 2006, se diagnosticó cáncer de cuello uterino a Más de 11,982 mujeres y 3,976 murieron por causa de esta enfermedad en los Estados Unidos.<sup>2</sup>

En los países de América Latina y El Caribe en el año 2006 se estimaba que anualmente causa alrededor de 30.000 defunciones, que corresponden casi al 80% de la mortalidad por cáncer en toda América.

Por lo que respecta al Ecuador, en el año 2003 - 2005, las neoplasias malignas presentaron una tasas de 126.2 x 100.000 hbtes. Y entre las mujeres fue de 124.6 defunciones x 100.000. En el año 2008, en el país ocurrieron 715 defunciones, de las cuales 33 se presentaron en mujeres de la provincia de Tungurahua<sup>3</sup>; lo que representa una tasa de 8.2 x 100000 mujeres, lo cual deja ver que se trata de un problema de salud pública del cual no escapa el Ecuador, ni la Provincia de Tungurahua.<sup>4</sup>

El Registro de Tumores de Tungurahua (RTT) hasta el año 2003 verificó una incidencia de 11.8 x 100.000 mujeres, para el Ca. In situ, (CIS) y de 23.8 x 100.000 mujeres en Ca. Invasor. De los casos identificados en el período señalado, el IESS, solo aporta con 15 casos en el período 1997 - 2003 lo que hace evidente que la cobertura de atención es baja y algunos casos son referidos a la ciudad de Quito u optan por acudir a otros servicios, por razones de carácter logístico y económico, pues

---

<sup>2</sup> (Jones WB, Mercer GO, Lewis JL), et al.: Early invasive carcinoma of the cervix. Ginecología Oncology 51(1): 26-32, ( 2005).

<sup>3</sup> (Registro de Tumores de Tungurahua). Incidencia de Cáncer (1996 – 2003). Anuario No. 1.

<sup>4</sup> *Ibíd*em

un desplazamiento hacia la ciudad de Quito representa gastos adicionales para las pactes y sus familias.<sup>5</sup>

Adicionalmente, en el mismo período de estudio, (1997 – 2003) se encontró que apenas el 3.1% y el 4.7% de los casos de CIS y Ca. Inv., respectivamente, han sido diagnosticados en el hospital IESS de Ambato, lo que es una muestra de las deficiencias que el programa del hospital enfrenta en la actualidad.<sup>6</sup>

Por otro lado se debe considerar que en la historia natural del cáncer cervical se ha identificado un curso evolutivo desde lesiones pre malignas hacia cáncer, eventos que pueden desarrollarse en varios años, lo que a su vez permite a las entidades de salud identificar la enfermedad en fase preinvasora o cáncer in situ. Otro asunto importante es que científicamente se ha probado su asociación con la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH o HPV), especialmente de los serotipos 16 y 18 que parece tener elevada prevalencia en los países de bajos recursos. Se ha establecido que en el 99% de los cánceres del cuello uterino se identifica al VPH como agente infeccioso presente en las pacientes.

La principal herramienta en los programas de detección es la Citología exfoliativa, popularmente conocido como el Papanicolaou en nuestro medio. En el país la cobertura estimada de Paptest fue de 8.6%<sup>7</sup>

La población afiliada en el IESS de Ambato, estimada para el año 2011 es de 60.079 personas, de las cuales, aproximadamente el 51% son mujeres, lo que indica que la población femenina afiliada es de 30640. De ellas, aproximadamente el 30% según información del Dpto. de Estadística del hospital del IESS de Ambato debieron realizarse Paptest en el año 2010, (concretamente 9180 mujeres entre los 35 – 64 años de edad). Sin embargo si se examina la producción del laboratorio de patología

---

<sup>5</sup> Ibídem

<sup>6</sup>(DPST): Situación de Salud de la Provincia de Tungurahua. Informe Anual.( 2009)

<sup>7</sup> Ibídem

del hospital, anualmente realiza un promedio de 1054 citologías del cuello uterino que corresponde a una cobertura del 11.46%, para lo cual será necesario emprender en procesos de información y educación para la DOC con el fin de ir superando la brecha e incrementar la demanda de citología en el IESS Ambato.<sup>8</sup>

Es necesario destacar que las consultas que corresponden a la patología del cuello uterino no están totalmente representadas en las estadísticas del hospital, por cuanto, al carecer del servicio de Patología Cervical en el hospital, las propias pacientes optan por solicitar atención en unidades privadas de la localidad o en el hospital de SOLCA, mientras que cuando se encuentran cambios anormales a la citología exfoliativa, los casos son remitidos a la ciudad de Quito o al hospital Julio Enrique Paredes de SOLCA Tungurahua.

De lo expuesto, se colige que el déficit en la calidad de atención en la detección oportuna del cáncer del cuello del útero en el hospital IESS Ambato presenta algunos problemas críticos:

- Baja cobertura de Paptest entre las mujeres afiliadas, por cuanto ellas demandan poco la atención preventiva en el hospital por el déficit en la calidad, y más bien lo hacen en el sector privado.
- El Hospital detecta una baja proporción de los tumores malignos del cuello uterino en la provincia, siendo más elevados los casos de cáncer invasor lo que indica que la enfermedad se detecta tardíamente en la Institución.
- La organización administrativa del hospital desconoce la realidad del incremento de la patología cervical y no se prioriza este tipo de atención.
- Existe desconocimiento de las necesidades de atención y educación para la prevención de la enfermedad entre las afiliadas que asisten al hospital, pues hasta hace tres meses la autoridad del hospital tomaba decisiones políticas

---

<sup>8</sup>( Hospital IESS Ambato). Dpto. Estadística. Informe anual de producción. Documento interno.(2008).

inadecuadas que se expresaron en trabajo aislado y falta de coordinación para elaborar el POA del servicio y el hospital.

- Esto ha conllevado a la inexistencia de un grupo de apoyo responsable de la vigilancia de este tipo de atención.
- Se ha generado que las usuarias utilicen servicios privados con la pérdida de confianza en el personal de la institución o adopten otros tratamientos no adecuados.
- Carencia de medios para el estudio de las pctes con resultados citológicos anormales o con sospecha clínica de los mismos, por inexistencia del servicio de Patología cervical uterina
- Gastos adicionales por transferencias
- El personal de G O presenta un rol pasivo en el momento de brindar este tipo de atención
- Existe desinterés por parte del personal para mejorar la atención en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.
- En cuanto al equipo de trabajo (que incluye a los médicos del servicio, al personal de enfermería, al personal del laboratorio de patología), no se ha logrado una integración adecuada, existe más bien un trabajo individual asistencialista, con pocas iniciativas enfocadas a la prevención primaria del cáncer del cuello uterino.
- Muchas veces desconocen el sistema de captación y guía de las pacientes con patología cervical.
- Se desconoce cuál es el manejo de las lesiones pre malignas y el cáncer de cuello uterino.
- Débil Coordinación del Hospital IESS Ambato con SOLCA en lo local
- Dificultad en el seguimiento de casos.

Por otra parte, debe considerarse que el Hospital IESS de Ambato (HIA) es una institución de segundo nivel, que por su nivel de complejidad, y a la vez ser Unidad de Referencia de la Regional 4, bien puede implementar el servicio de patología cervical, pues entre la planta médica del servicio se cuenta con talento humano formado en

Patología Cervical Uterina, quien será el responsable de implementar el servicio a fin de cambiar los indicadores señalados.

Por lo tanto, el servicio de patología cervical es una necesidad sentida en la institución desde ya hace mucho tiempo cuyo objetivo es la detección precoz de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino, tratando de esta manera una mayor captación de pacientes y ofrecerle a la vez una mejor calidad de atención con un tratamiento oportuno y prevenir el cáncer de cuello uterino. Los estudios realizados para la detección son el Papanicolaou y la colposcopia, (este último como complementario del PAP, o con los mismos fines del PAP), que a la vez sirve de guía para realizar la biopsia y estudio histopatológico, sirve de base para un tratamiento definitivo de los casos en cooperación con SOLCA y la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Frente a la problemática identificada, se plantea realizar un proyecto de intervención para implementar el servicio de Patología Cervical en el hospital del IESS Ambato.

## 5. JUSTIFICACIÓN

La atención a las mujeres afiliadas al Seguro social, requiere acciones integrales orientadas a la prevención primaria, secundaria y terciaria, en las diferentes etapas de la vida de las mismas, en afán de promover y preservar la salud, restaurarla cuando sea necesario y aún otorgar cuidados paliativos cuando la enfermedad no tiene solución, mejorando la calidad de atención y como meta fundamental mejorar la calidad de vida de las afiliadas.

Las acciones de prevención secundaria están dirigidas a aquellos problemas que causan elevada morbilidad y mortalidad en el país, siendo uno de los más importantes el cáncer del cuello uterino, para el cual se han diseñado programas de Detección Oportuna que deben ser ofrecidos por todas las unidades de la red de Servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con el fin de identificar lesiones pre malignas y malignas en la población femenina afiliada, comprendida entre los 18 y 64 años de edad mediante un sistema de tamizaje basado en Papanicolaou; tales acciones se realizan según el nivel de complejidad de las mismas. Así, en los Dispensarios y unidades del Seguro Campesino se debe proveer servicios de citología y control ginecológico, mientras que en los hospitales base de las regionales además de la citología y control ginecológico debe ofrecerse servicios de Colposcopia que posibiliten la atención local de aquellas mujeres que teniendo un resultado anormal de su citología deben acceder al siguiente paso del algoritmo diagnóstico de la enfermedad.

El objetivo del programa de DOC de la Institución es identificar lesiones pre malignas y malignas en la población femenina afiliada, comprendida entre los 18 y 64 años de edad mediante un sistema de tamizaje basado en Papanicolaou; sin embargo, hasta la fecha el programa se ha limitado a la atención de la demanda espontánea que acude al hospital o a las Unidades propias o adscritas al a Institución y se ha visto obligado a remitir a las pacientes con patología cervical a unidades de mayor complejidad a fin de continuar en el algoritmo de identificación de la enfermedad, lo cual genera ansiedad

en la usuarias, mayores gastos a la Institución y en último término, deterioro de la calidad de la atención y del nivel de satisfacción de las usuarias.

Por lo que respecta al Hospital de IESS de Ambato, dada su condición de hospital base de la Región 4 del país, su área de influencia abarca las provincias de Tungurahua, Pastaza, y Cotopaxi lo que implica que el segmento poblacional de mujeres a atender es amplio, es deber institucional acercar los servicios de detección oportuna a las afiliadas evitándoles desplazamientos onerosos que influyen no solo en la economía institucional, sino también en la economía de las mujeres, por cuanto se incrementan los gastos y se genera ausentismo laboral que perjudica la productividad de las empleadas en sus lugares de trabajo. Para ello, es necesario que en el Hospital de IESS de Ambato se aproveche los talentos humanos de la especialidad de Ginecología y Obstetricia que cuentan con formación y competencias profesionales para la realización de exámenes colposcópicos y biopsias en los casos que se requiera.

La implementación del Servicio de Patología Cervical en el Hospital del IESS de Ambato es muy necesaria por la numerosa población de afiliadas que existen en su área de influencia, a las que se puede ofrecer atención de alto nivel, disminuyendo los tiempos de espera y la necesidad de realizar transferencia a la ciudad de Quito en donde el servicio está disponible.

La implementación de este servicio y su funcionamiento permitirá, entre otras cosas: Mejorar la atención de las afiliadas en cuanto a los procesos de DOC que funcionan en el Hospital, elevar el nivel de satisfacción de las usuarias por cuanto son atendidas localmente y ello redundará en beneficios personales, como ahorro de recursos económicos y disminución de stress por espera y desplazamientos fuera de la ciudad, disminuir ausentismo laboral de las afiliadas por desplazamientos a la ciudad de Quito, realizar el diagnóstico y tratamiento de la patología en el hospital, mejorando la comunicación e interacción de los profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, con el servicio de Histopatología, permitiendo análisis, discusión de los casos como medio para realizar tratamiento integral a las pacientes,

individualizando sus problemas y diseñar y operacionalizar localmente algoritmos de manejo de los casos basados científicamente y adecuados a la realidad local.

Así mismo, permitirá contribuir a mejorar la calidad de atención del servicio y del hospital a través de la resolución de Patología cervical en fases pre malignas que interrumpa la historia natural del cáncer cervical y en el largo plazo contribuirá a disminuir la incidencia de Ca invasor y mortalidad por Ca. Cérvico uterino en la población afiliada, ahorrando recursos a la Institución y a las propias pacientes.

A través del presente proyecto se pretende implementar el servicio de patología cervical que permita contribuir a la salud preventiva de las afiliadas a través del equipamiento del servicio, aprovechamiento de los talentos humanos que dispone el hospital, la capacitación en patología cervical al personal y afiliadas, y el mejoramiento del trabajo conjunto con SOLCA que contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de las afiliadas.



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General**

Implementar el servicio de patología cervical en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital del IESS de Ambato a través de un proceso de gestión, control, y capacitación que permita contribuir a la salud preventiva y al mejoramiento de la calidad de atención de las afiliadas que utilizan esta dependencia.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- 6.2.1. Formar el Comité de detección oportuna del cáncer con personal del hospital para mejorar la atención a pacientes con cáncer de cérvix través del trabajo conjunto.
- 6.2.2. Equipar el nuevo servicio a través de la adquisición de equipos y materiales para su funcionamiento a través de la gestión con las autoridades del hospital, luego de realizar la evaluación de las necesidades para brindar este tipo de atención.
- 6.2.3. Capacitar al personal del servicio y a las usuarias en la detección oportuna del cáncer a través de talleres y medios informativos para que conozcan el manejo de las lesiones pre malignas y el cáncer de cuello uterino.
- 6.2.4. Establecer convenios de cooperación interinstitucional entre entidades encargadas de brindar atención de DOC como medio de salud preventiva y para mejorar la atención de las afiliadas.

## 7. MARCO TEORICO

### 7.1. MARCO INSTITUCIONAL

#### 1. Aspecto geográfico del lugar

La provincia de Tungurahua se encuentra ubicada en el centro del Ecuador, pertenece a la región interandina o sierra. Tiene una superficie de 3331.3 Km<sup>2</sup>. Limita al Norte con las Provincias de Cotopaxi y Napo, al sur con Chimborazo y Morona Santiago, al este con Pastaza y al oeste con Bolívar.

La capital provincial es Ambato situada a 2557 msnm. por su ubicación es un importante centro comercial del país. El Hospital de IESS de Ambato se encuentra ubicado en la parroquia urbana Atocha – Ficoa

**Limites:** Los límites del cantón Ambato son los siguientes:

**Gráfico 6. Cantones de Tungurahua.**



Al Norte: Salcedo y Pujilí

Al Sur: Mocha y Riobamba

Al Este: Píllaro y Pelileo.

Al Oeste: Guaranda

**Superficie: 26 Km<sup>2</sup>**

**Altitud: 2620 msnm**

**Clima:** Templado con una temperatura media de 18° C

**Población: 275 52**

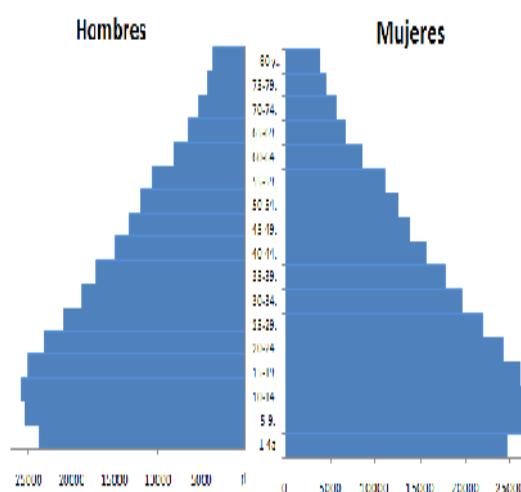
### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE TUNGURAHUA.

En cuanto a las características demográficas de la población de la provincia de Tungurahua, en el Censo de población del 2001 alcanzó a 441.034 hbtes<sup>1</sup>., de los

cuales 227.521 son mujeres, lo que representa el 51,6% del total. Para el año 2010 la población proyectada de la provincia se estima que será de 528613, de la cual el 51.1% corresponde a la mujeres.

Existe un predominio de población ubicada en el sector rural de todos los cantones, incluido Ambato que es la capital de la provincia. La pirámide poblacional de Tungurahua basada en la proyección poblacional al 2010 se muestra en el gráfico siguiente<sup>ii</sup>.

**Gráfico 7. Población estimada de Tungurahua. 2010**



Fuente: Proyecciones Población 2001 – 2010

Elaboración: F. Viteri

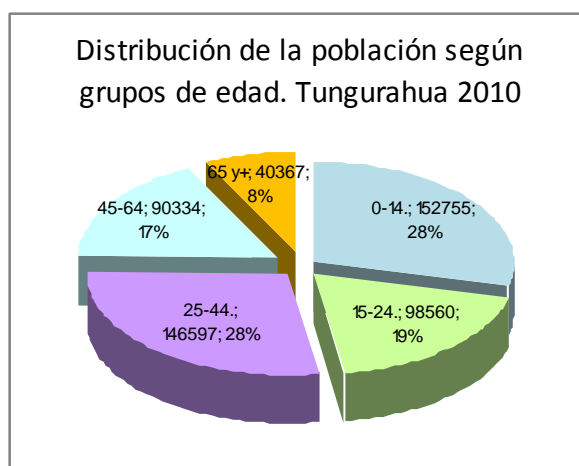
Esta pirámide resume los cambios que ha sufrido en el tiempo la población de la provincia, pues en el cuadro 1 se observa que a pesar de que en el período 1950 – 2010 en términos absolutos, se ha dado un crecimiento de la población que pasó desde 187.942 personas en 1950 (año del primer censo de población) a 528613 en el año 2010, el peso relativo de la población provincial respecto al país ha disminuido desde 5.9% en 1950 a 3.7% en el 2010.

<b>Cuadro 1.</b>			
Población Ecuador y Tungurahua 1950 - 2010			
<b>Año</b>	<b>Ecuador</b>	<b>Tungurahua</b>	<b>%</b>
1950	3202757	187942	5,9
1962	4564080	214463	4,7
1974	6521710	279920	4,3
1982	8138974	326777	4,0
1990	9697979	368511	3,8
2001	12156608	441	3,6
2010	14204900	528613	3,7

Tomado de: INEC. Resultados del VI Censo de Población 2001  
INEC. Proyecciones población 2001 - 2010

Otro aspecto importante en cuanto a las características de la población es analizar su estructura por edades. Según el gráfico 8, la población de menores de 15 años es de 28 del total de la población y 19 los sujetos entre 15 – 24 años. La población de mayores de 65 años correspondió al 8%.

**Gráfico 8.**



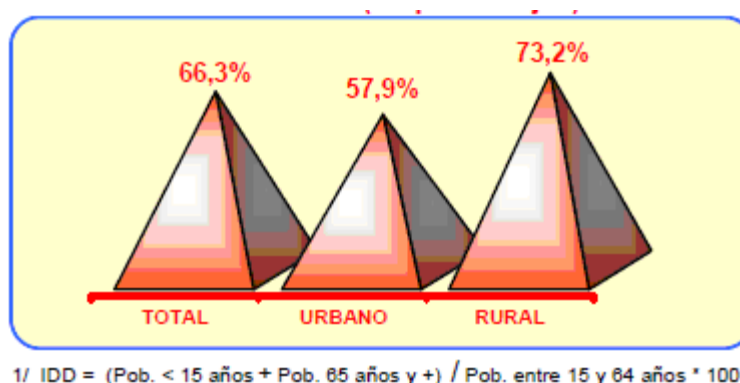
Fuente: INEC: Proyecciones Población 2001-2010.

Elaboración. F. Viteri

La distribución de la población por grupos etáreos permite establecer también que la tasa de dependencia en la provincia fue de 66.3%, mayor en el sector rural (Gráfico 9), lo que significa que de cada persona entre 15 y 64 años dependen casi 7 personas, si se recuerda que ésta es la Población económicamente activa, se puede colegir que existe una gran masa de población que debe ser sostenida por pocas personas. Las

mayores tasas observadas en el sector urbano indican menores tasas de fecundidad que allí se observan, lo que determina que la estructura poblacional sea también diferente.

**Gráfico 9 Tasa de Dependencia Demográfica por sectores. Tungurahua 2001**



Tomado de: INEC. Resultados del VI Censo de Población. Tungurahua. 2001

En la proyección de población para el año 2010, la tasa de dependencia total es de 57.6%, esto debido a una disminución de la población menor de 15 años.

En cuanto a la distribución espacial de la población, se ve que en el cantón Ambato se asienta más del 50% de la población total de la provincia, mientras que los cantones con menos población son Mocha y Cevallos, tal como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2. Población por cantones y área, Tungurahua 2010.**

PROVINCIAS Y CANTONES	AÑO 2010		
	TOTAL	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
<b>TUNGURAHUA</b>	528.613	274.640	253.973
AMBATO	344.329	224.719	119.610
BAÑOS DE AGUA SANTA	19.311	15.223	4.088
CEVALLOS	8.239	3.281	4.958
MOCHA	7.636	1.636	6.000
PATA TE	14.108	2.618	11.490
QUERO	21.799	3.264	18.535
SAN PEDRO DE PELILEO	58.716	13.199	45.517
SANTIAGO DE PÍLLARO	41.860	9.186	32.674
TISALEO	12.615	1.514	11.101

Fuente: INEC: Proyecciones Población 2001-2010.

Elaboración. F. Viteri

### POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA:

Según el Censo del 2001, la Población Económicamente Activa (PEA), de la provincia de Tungurahua, fue de 197.033 personas entre los 5 y 64 años de edad, la mayoría de los cuales se ubican en el sector terciario<sup>iii</sup> desde el punto de vista económico, seguido de cerca por las personas que trabajan en el sector primario. Tal como se observa en la tabla siguiente.

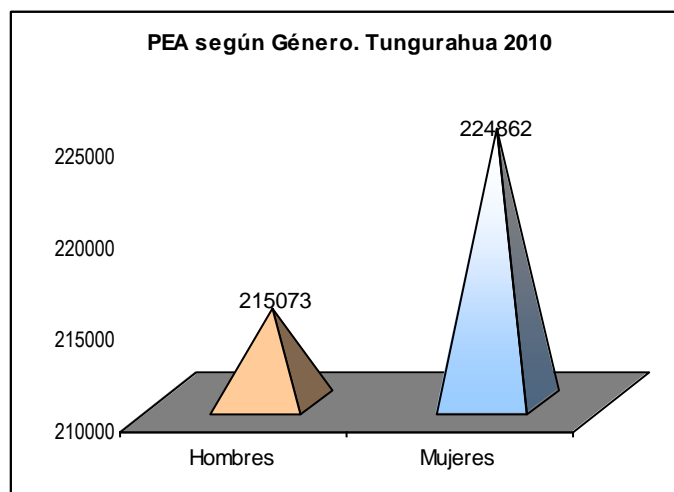
**Tabla 3.**

PROVINCIA DEL TUNGURAHUA							
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR SECTORES ECONÓMICOS, SEGÚN CANTONES. Censo 2001							
CANTONES	TOTAL		SECTOR PRIMARIO	SECTOR SECUNDARIO	SECTOR TERCIARIO	NO ESPECIFICADO	TRABAJADOR NUEVO
	NÚMERO	%					
PROVINCIA	197.033	100,0	67.742	44.034	75.116	9.404	737
AMBATO	127.889	64,9	29.269	32.277	58.737	7.043	563
BAÑOS	7.188	3,6	2.331	903	3.332	596	26
CEVALLOS	2.517	1,3	846	516	918	124	13
MCCHA	2.760	1,4	1.736	403	527	88	6
PATATE	5.374	2,7	3.092	376	970	123	5
QUERO	8.120	4,1	6.345	471	1.085	205	13
PELILEO	22.950	11,6	11.667	6.625	4.969	640	69
PÍLLARO	15.285	7,8	8.704	2.330	3.842	378	31
TISALEO	4.950	2,5	2.962	1.033	730	205	11
PORCENTAJE POR SECTORES ECONÓMICOS DEL TOTAL PROVINCIAL	100,0		34,4	22,3	38,1	4,8	0,4

Tomado de: INEC. Resultados del VI Censo de Población. Tungurahua. 2001

La distribución de la PEA por cantones se muestra en el mismo gráfico, en el que se observa que el mayor porcentaje se encuentra en Ambato por ser la capital de la provincia.

Para el 2010. La PEA estimada a partir de las Proyecciones de población del INEC es de



*Fuente: INEC: Proyecciones Población 2001-2010. Elaboración. F. Viteri*



## **ESTRUCTURA LEGAL DEL IESS**

En el Ecuador y según la Nueva Constitución aprobada en Montecristi, en el artículo 33 reza lo siguiente: “El trabajo es un derecho y un deber social, fuente de realización personal y base de la economía. El estado garantizará, a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado “.

El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La Seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia, y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

Además en el artículo 34 establece que: “El estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la Seguridad Social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en

el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentren en situación de desempleo.”

Como parte de este sistema se contempla al seguro general obligatorio que también se lo establece como derecho irrenunciable a los empleados públicos y privados, y cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte.

### **3. 2. RESEÑA HISTÓRICA DEL IESS**

A partir de Octubre de 1923, se hicieron los descuentos del 5% al personal de Educación Pública y a los jubilados de este ramo, depositándolos en el Banco de Préstamos, que fue designado por el Ejecutivo. En el gobierno presidido por el Dr. Isidro Ayora, se consideró oportuno el momento para abordar lo relativo a un sistema de pensiones para todo el personal de la administración pública, expidiéndose el Decreto N° 18 de 8 de Marzo 1928, publicado en el registro oficial N° 590 del mismo mes y año, cuyo artículo 1 del Título I dice:

“Créase en la capital de la República la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, retiro y Montepío Militar, ahorro y cooperativa, institución de Crédito con finalidad jurídica que, organizada de conformidad con esta ley, se denominara “Caja de Pensiones”.

Estos beneficios se hicieron extensivos en Octubre del mismo año, a los empleados bancarios mediante Decreto expedido el 6 de Octubre de 1928 y publicado en el registro oficial N° 763 del 7 de Octubre. El 8 de Octubre de 1935, se creó el Seguro Social obligatorio y se estableció el Instituto Nacional de Previsión que comenzó a desarrollar sus actividades a partir del 1° de Mayo de 1936.

Con decreto Supremo N° 40 del 2 de Julio de 1970 y publicado en el registro oficial N° 15 del 10 de Julio del mismo año se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.



### **3.3. SITUACIÓN ACTUAL**

La constitución vigente de la República dispone, “El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La Seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia, y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con una red de servicios para atención primaria, secundaria, y terciaria conformada con dispensarios, hospitales de II y III nivel de complejidad. , distribuidas a nivel Nacional,

#### **EL HOSPITAL DEL IESS DE AMBATO**

En la ciudad de Ambato se cuenta con un Hospital correspondiente al nivel II, el mismo que funcionaba en el sector central de la ciudad, que no contaba con infraestructura física ni tecnológica. Por gestiones administrativas y políticas, en la década de los ochenta se consiguió el presupuesto para la construcción de un nuevo edificio, en el que se viene funcionando desde 1998. Constituyó un gran paso administrativo pero lamentablemente dicha construcción no tuvo suficiente planificación organizacional; ya que la proyección fue realizada para un Hospital nivel III, con una capacidad de 300 camas .La capacidad instalada y funcionante es de apenas sesenta camas distribuidas en tres plantas, quedando abandonadas sin uso cinco de los ocho pisos.

Desde Mayo de 1998 se habilitó parcialmente la nueva edificación, hace dos años se hizo un esfuerzo por parte de la dirección del Hospital y se dotó de nuevos servicios como es Terapia Intensiva, se Modernizó y habilitó fisioterapia, y en consulta externa se amplió en las especialidades básicas, aumentando en cuanto a cobertura de atención de afiliados. Adquisición de nuevos equipos y contratación de personal.

El Hospital del IESS de Ambato es una unidad hospitalaria de 2º nivel ubicado en la parroquia Atocha del cantón Ambato, su planta física fue diseñada para albergar a una unidad de tercer nivel de complejidad, con capacidad de 300 camas; sin embargo, solamente cuenta con una dotación de 70 camas, habilitados en dos de las ocho plantas que constituyen la estructura completa del hospital, dejando subutilizada 5 que sufren deterioro por no ocupación, lo que significa desperdicio de recursos y no solución de los problemas de salud de la gran masa de afiliados del área de influencia de la **Regional 4** , conformada por Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza, Bolívar.<sup>9</sup>

## **VISIÓN**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece

## **MISIÓN**

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.

### **3.11.4.1. Servicios que ofrece el Hospital**

Actualmente se dispone de los siguientes servicios médicos en el hospital:

- ⇒ Medicina Interna
- ⇒ Endocrinología

---

<sup>9</sup> (Hospital IESS Ambato). Informe estadístico (2008). Consulta Externa Documento interno

- ⇒ Gastroenterología
- ⇒ Nefrología
- ⇒ Neurología
- ⇒ Geriatria
- ⇒ Cardiología
- ⇒ Cirugía
- Cirugía General y Laparoscopia
- Urología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Anestesiología
- Traumatología
- Fisiatría y Rehabilitación
- Ginecología y Obstetricia
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Pediatría
- Odontología
- Emergencia
- Farmacia
- Laboratorio clínico y Patológico
- Imágenes

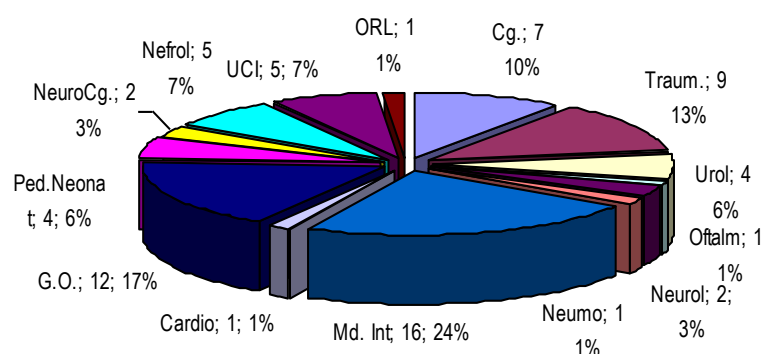
Los servicios descritos a excepción de Odontología realizan atención de pacientes en las áreas de Consulta Externa y Hospitalización.

⇒ **Capacidad instalada**

A la fecha el hospital cuenta con una capacidad instalada de 70 camas distribuidas de la siguiente manera:

Gráfico 14

**Distribución de camas hospitalarias por servicio.  
H.IESS. Ambato 2009**



Fuente: Dpto. Estadística. H. IESS Ambato

Elaboración: F. Viteri

En el gráfico 14 se observa la distribución de las camas del hospital según los servicios, notándose que la mitad de las camas son asignadas a los servicios de Medicina Interna y Cirugía, les siguen en frecuencia los servicios de Ginecología y Obstetricia. Se analiza brevemente los principales indicadores de producción hospitalaria, como paso previo a la valoración del servicio de Ginecología y Obstetricia. En el primer semestre del 2010 se mantiene igual número de camas.

### 3.11.4.3. INDICADORES DE PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL

**Tabla 6. Indicadores hospitalarios. IESS Ambato. 2001 - 2009**

Años	Camas Disponibles	D-C Disponibles	% Ocupación	Giro Camas	Prom. Diario C. ocupadas
2001	44	16060	60	50	26
2006	48	17.520	81,8	62	39
2009	70	25550	88,5	71	62

Fuente: INEC: Anuario de Recursos y Actividades en Salud. 2006

*Dpto. de Estadística. H. IESS Ambato. 2009*

En el período 2001 – 2009 ha habido un incremento de 26 camas, que representa cerca del 42.5% de la dotación normal de camas del hospital observada en el 2001, ello que permite un incremento de los días – cama disponibles. En interesante observar también que el porcentaje de ocupación en el 2010 es superior al 88%, siendo éste un dato que el gobierno institucional debe tomar en cuenta a fin de solicitar a los organismos correspondientes un incremento de camas para satisfacer la demanda manteniendo la calidad de la atención y evitando listas de espera de los pacientes, lo que significa gastos para los mismos y para la Institución.

**Tabla 7. Producción hospitalaria. IESS Ambato. 2009**

Año	Producción Hospitalaria		
	Egresos	Días Estada	Prom. D/est.
2001	2211	9637	4,4
2.006	2.968	14.328	4,8
2009	4518	20612	4,56

*Fuente: INEC: Anuario de Recursos y Actividades en Salud. 2001*

*Dpto. de Estadística. H. IESS Ambato. 2009*

En el 2009, el Hospital produjo 4518 egresos, lo que representa un crecimiento del 100% respecto al 2001. El promedio de estada en la institución fue de 4.56 en es último año, menor al del año 2006.<sup>10</sup>

## **EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO**

De la Observación directa del servicio se obtuvo la siguiente información

En el Departamento de <Recursos Humano se obtuvo la siguiente información:

Talentos humanos:

<sup>10</sup> (Hospital IESS Ambato). Dpto. Estadística. Informe anual de producción. Documento interno.(2008).

- Tres médicos tratantes de planta 4 HD
- ⇒ 2 médico especialista a contrato 8 HD
- ⇒ 5 enfermeras profesionales
  
- ⇒ 5 auxiliares de enfermería
  
- ⇒ 3 médicos residentes

Los **horarios de trabajo** del personal son:

Médicos tratantes: 4HD

Médico contratado: 8HD

Médicos Residentes: turno de 24 horas cada 3er. día

Internos Rotativos: turnos de 24 horas cada 3er. día

Enfermeras profesionales y auxiliares: turnos rotativos

En cuanto a la estructura del servicio de Gineco - Obstetricia está conformado por dos áreas principales:

### **Consulta Externa**

Se encuentra en el primer piso del hospital. Dispone de tres consultorios en donde se realiza atención ambulatoria y procedimientos sencillos de control a las pacientes

Cada médico tratante labora en consulta externa y hospitalización 4 días por semana y se asigna un día quirúrgico por cada uno de ellos.

En la consulta externa se atienden 14 turnos por médico tratante y 20 por médico ginecólogo contratado en horario matutino y vespertino.

Los consultorios cuentan con mobiliario que ha cumplido su período de vida útil que sin embargo no se renueva por falta de recursos económicos. El mobiliario corresponde al que existía en el antiguo hospital ubicado en el centro de la ciudad.

En cuanto a instrumental cuenta con lo mínimo indispensable para la atención. No hay equipos de rastreo y monitoreo fetal. La valoración de las pacientes embarazadas mediante ultrasonido la realiza el servicio de imágenes.

No se cuenta con área específica para la atención de patología cervical, a pesar que del hospital y el servicio reciben referencias de las provincias vecinas: Pastaza, Cotopaxi, Napo y Bolívar

**Hospitalización** dispone de 12 camas, distribuidas en 4 salas ubicadas en el tercer piso del hospital

La **Sala de Partos** está adjunta al Centro Quirúrgico y no dispone de área de control de labor de las parturientas, lo que a veces genera problemas a las pacientes y al personal que las atiende, especialmente en la noche, por tener que trasladarlas al lugar desde las salas de hospitalización.

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

En razón de que se puso en vigencia el sistema informático ASA 400 en el año 2008 no se puede disponer de datos actualizados de la morbilidad, por cuanto el sistema se halla consolidándose a partir de su implementación y no ofrece información más actual.

A partir de la información propia del hospital se logró identificar un perfil de la morbilidad atendida por el servicio de Ginecología y Obstetricia, el mismo que se muestra en el cuadro siguiente:

**Tabla 7. Perfil Epidemiológico área de Gineco – Obstetricia<sup>11</sup>****Hospital IESS Ambato, 2008 (primeras consultas)****10 Primeras Causas De Morbilidad**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Infección del tracto genital inferior	450	19.9
Climaterio y Menopausia	432	19.1
Osteoporosis	290	12.8
Embarazo de alto riesgo	288	12.7
Infección del tracto urinario	144	6.4
Enfermedad pélvica inflamatoria	140	6.2
Miomatosis uterina	135	6.0
Infertilidad	132	5.8
Hiperplasia endometrial	128	5.6
Mastopatía fibroquística	121	5.3
<b>TOTAL</b>	<b>2260</b>	<b>100</b>

*Fuente: Estadística Hospital IESS-Ambato*

Es evidente que el perfil epidemiológico del servicio está dominado por las enfermedades infecciosas de diversa localización en del tracto genito urinario. No aparece entre las primeras causas la patología de cuello uterino por cuanto en su mayoría son remitidas a otros centros para su valoración y tratamiento

El perfil del servicio muestra que las causas más frecuentes de consulta corresponden a problemas infecciosos del tracto genito urinario, siendo importantes los problemas de climaterio, menopausia y embarazo de alto riesgo.

**Tabla 8. Atención Preventiva (Primeras Consultas) 2008**

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Planificación familiar	288	25
Control prenatal	864	75
<b>TOTAL</b>	<b>1152</b>	<b>100</b>

*Fuente: Estadística Hospital IESS-Ambato*

<sup>11</sup>( Hospital IESS Ambato). Informe estadístico ( 2008). Consulta Externa Documento interno



Las actividades de detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario implican la realización de Paptest, autoexamen y mamografía a las afiliadas que cumplen con los requisitos y normas establecidas por la institución para estas pruebas. Actualmente se estima que aproximadamente el 90% de las afiliadas se realizan citología del cuello uterino en entidades locales como: SOLCA, APROFE, sin embargo se someten a la exploración ginecológica con los médicos del servicio.

En este tema se ha identificado un problema importante: es que los médicos no están registrando en la atención de las pacientes la DOC por cuanto se centran en los motivos de consulta de las mismas, es decir se está realizando registro de la morbilidad sentida e identificada por el médico más no la revisión clínica y el Paptest, con lo que se pierde información importante de las actividades preventivas del Servicio. Éste debe ser un tema que los miembros del equipo de salud del servicio deberán abordar a fin de diseñar los correctivos correspondientes.

En cuanto a la detección del cáncer mamario, desde hace aproximadamente dos años se realiza mamografías localmente, dando facilidades para que las pacientes sean atendidas en la Institución. La normativa que rige en la actualidad establece que serán sometidas a mamografía todas las afiliadas mayores de 40 años. Si embargo no ha habido una evaluación sobre cómo funciona el servicio a fin de establecer estrategias de mejoramiento y desarrollo del mismo

Por lo expuesto, es indispensable que el hospital estructure de mejor manera la DOC tanto en cuello uterino como en mama con lo que se trabajará en dos causas de morbilidad oncológica frecuentes en nuestro medio y hospital.

## 7.2. MARCO CONCEPTUAL

### DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO.

El cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres de todo el mundo, anualmente se registran alrededor de 33.000 defunciones en América Latina y El Caribe,<sup>12</sup> afecta especialmente a aquellas que viven en los países en desarrollo en donde existen múltiples obstáculos para su prevención tanto de tipo cultural, económico y vinculados a los servicios de salud que impiden al acceso de las mujeres más necesitadas a los programas de detección de la enfermedad.

A la fecha, esta claro para la comunidad científica que es una enfermedad totalmente prevenible, en razón de que se ha identificado que existe una asociación entre lesiones del cuello uterino /cáncer e infecciones genitales por Virus Papiloma Humano (VPH) pues prácticamente está presente en el 99% de los casos de la enfermedad, siendo los más frecuentemente asociados a la misma los serotipos 16, 18,31, 33, por citar los más frecuentes<sup>13</sup>

Basados en estos conocimientos, los científicos han promovido la creación de una vacuna preventiva de la enfermedad que ya está a la venta a nivel mundial y que viene en dos presentaciones según la empresa que los fabrique: Una polivalente para 4 serotipos de virus: 16, 18 asociados al cáncer cervical + el 6 y 11 asociados con verrugas genitales. Este es el **Gardasil**. La otra vacuna es bivalente pues solamente contiene los dos serotipos virales: 16 y 18. El preparado comercial se denomina **Cervarix**. A la fecha, el principal obstáculos para la vacunación masiva es su costos, que es de aproximadamente 160 dólares por dosis tanto n Latinoamérica como en el Ecuador, lo que la hace inaccesible precisamente para las mujeres de escasos recursos que son las que más lo necesitan. Por ello, a nivel mundial existe un

---

<sup>12</sup> (INEC). VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador ( 2001). Resultados definitivos por provincias.

<sup>13</sup> (CDC). Virus del Papiloma Humano. Información sobre el VPH para médicos. Agosto ( 2007). disponible en: <http://www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/sp/ClinicianBro-Sp-fp.pdf>.

movimiento médico científico en procura de buscar estrategias que permitan bajar los costos de la vacuna en incluirla en los programas nacionales de vacunación de todos los países.<sup>14</sup>

El cáncer cervical puede prevenirse y puede ser detectado y tratado exitosamente, si toda mujer (esté sexualmente activa o ha dejado de serlo) se realiza la prueba Paptest regularmente, en tales circunstancias, se estima que el promedio de sobrevivencia será más del 90%<sup>15</sup>

Según el criterio de Luciani S<sup>16</sup>, gerente de proyectos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la necesidad de realizar periódicamente la citología impide que se puedan hacer mayores esfuerzos por mejorarla, asunto que al parecer no ocurriría con las vacunas, ya que se prevé que luego de vacunarse a temprana edad las mujeres sólo deberían dos o tres veces en su vida para buscar la enfermedad.

Con todos los progresos que representan las vacunas y las promesas logradas a través de las investigaciones científicas, lo real es que a la fecha, no es posible utilizar masivamente la vacuna por su costo, siendo entonces importante que los programas de detección oportuna de la enfermedad sean reforzados, y en países como Ecuador se deba estructurarlos de manera que mejore sustancialmente la accesibilidad de las mujeres a los mismos.

En la encuesta ENDEMAIN 2005<sup>17</sup>, se ha identificado que del total de mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual, el 64.3 por ciento reportó que al menos en una oportunidad ha hecho uso del servicio de citología vaginal, proporción que varía del 71.7 por ciento entre mujeres del área urbana al 52.6 por ciento en la rural. En la provincia de Tungurahua, las tasas de cobertura con Paptest para el año 2009,

---

<sup>14</sup> ibídem

<sup>15</sup> (OPS). Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cérvico uterino. Generado 3 march. ( 2010). Disponible en <http://news.paho.org/hq>

<sup>16</sup> Ibídem

<sup>17</sup> (ENDEMAIN). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Quito. Ecuador. Octubre ( 2005).

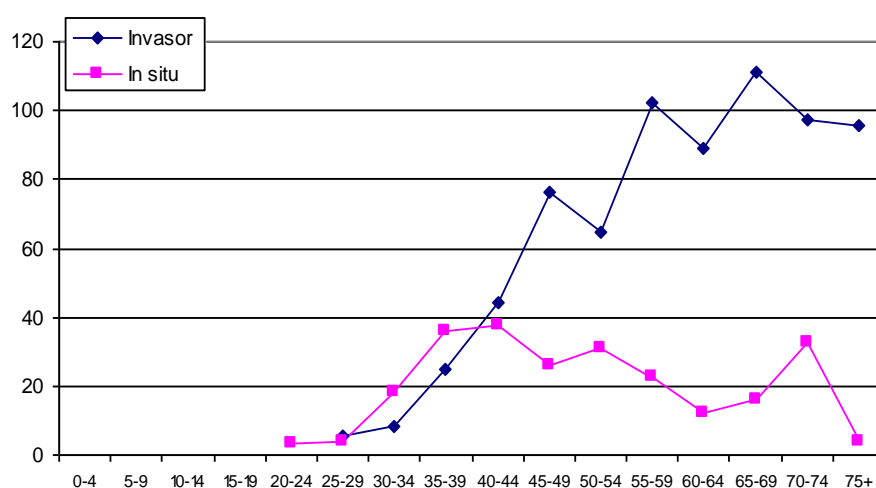
reportadas por la Dirección de Salud fueron de 10%<sup>18</sup>, que no permiten avizorar en un futuro cercano, la posibilidad de un control de la enfermedad.

Una de las causas de este problema es que en la provincia no se ha logrado aún estructurar un verdadero programa de tamizaje de la enfermedad y lo que ocurre es que existen múltiples programas en las instituciones del sector salud que realizan trabajo en este sentido.

Para que los programas tengan alguna repercusión sobre la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad, deben alcanzar las metas programáticas mínimas enumeradas a continuación:

- ⇒ Crear mayor conciencia sobre el cáncer cervicouterino y estimular la búsqueda de asistencia preventiva por parte de las mujeres mayores de 35 años, pues es a partir de ésta edad que ocurre un crecimiento importante de la incidencia de cáncer invasor que es más de dos veces superior a las tasas de cáncer in Situ (CIS) como se observa en el gráfico siguiente:

**Gráfico 19. Incidencia de cáncer cérvico uterino por grupos de edad. Tungurahua 1996 - 2003**



Tomado de: *Incidencia de Cáncer de Tungurahua 1996 – 2003. Registro de Cáncer de Tungurahua*

<sup>18</sup> Ibídem

La información disponible de incidencia de la enfermedad en el nivel local sólo existe para el período 1997 – 2003, en razón que este es el período de funcionamiento del registro de tumores de la localidad. A partir de esa fecha solo se dispone información mortalidad que proporciona el INEC, Sin embargo se toma la información señalada por su valor en el análisis epidemiológico de la enfermedad y por se exhaustiva en cuanto a la recolección de la incidencia en todos los establecimientos de la provincia de Tungurahua.

- ⇒ Este intervalo de edades permite definir un grupo objetivo razonable para los nuevos programas de prevención del cáncer cervicouterino cuyos recursos sean limitados.
- ⇒ Realizar un tamizaje de todas las mujeres de 35 a 50 años de edad, por lo menos una vez, antes de ampliar los servicios a otros grupos de edad o disminuir el tiempo transcurrido entre tamizaje.
- ⇒ Tratar a las mujeres con displasias de grado alto, derivar a las afectadas por enfermedades invasoras, cuando sea posible, y administrar cuidados paliativos a las mujeres que sufren de cáncer avanzado.
- ⇒ Recopilar estadísticas de prestación de servicios, facilitando la vigilancia y la evaluación permanentes de las actividades del programa y de sus resultados.

Al diseñar o ampliar un programa es fundamental asegurar un manejo sólido de las estrategias programáticas a todos los niveles del sistema de atención de salud. Además, éstas deberán contar con un apoyo adecuado. Para lograr esto último, es importante demostrar claramente que un programa de prevención del cáncer cervicouterino es necesario y que existe demanda por este tipo de servicios.

También es importante realizar un análisis de costos y resultados estimados de los enfoques programáticos sugeridos<sup>19</sup>.

Un elemento fundamental dentro de los programas de detección temprana del Ca. Cx. es que se dispongan de todos los medios para un manejo adecuado de los casos sospechosos basados en los resultados de la citología o Paptest, recomendación ésta

---

<sup>19</sup> (Hospital IESS Ambato). Dpto. Estadística. Informe anual de producción. Documento interno. (2008).

que incluye a la presencia de un servicio de Patología Cervical y Colposcopia que atienda a las mujeres con resultados anormales de citología.

Los servicios de Patología Cervical y Colposcopia se encuentran ubicados, generalmente, en el segundo y tercer niveles de atención, ya que requieren el manejo de personal especializado y específicamente capacitado, con formación en gineco-obstetricia u oncología y con adiestramiento en Colposcopia, dichos especialistas son los responsables del servicio, mismo que puede estar inmerso dentro de la estructura y espacio físico que corresponde al Dpto. de Ginecología Y Obstetricia del hospital.

Los médicos deben ser capacitados por un periodo no menor a seis meses en centros de formación en Colposcopia, en donde se cuenta con la infraestructura necesaria para efectuar labores de enseñanza. Los médicos especialistas son entrenados para que a través de la Colposcopia realicen el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres con lesiones intraepiteliales, pre malignas o pre invasoras<sup>20</sup> y para que las mujeres con lesiones neoplásicas sean tratadas localmente o referidas oportunamente a los Centros Oncológicos para que allí se continúe con su estudio y tratamiento.

A Nivel Internacional se recomienda que las Jurisdicciones Sanitarias sean responsables del funcionamiento las Clínicas de Colposcopia, como es el caso del Hospital deL IESS de Ambato, debiendo poner cuidado especial a los aspectos éticos y a las condiciones de privacidad.

Además se recomienda que el médico colposcopista cuente con el apoyo permanente de una enfermera capacitada para la atención en el servicio de Patología Cervical y Colposcopia y las actividades de ésta serán apoyadas por una trabajadora social preferentemente con dedicación exclusiva para la Clínica.

Otros aspectos importantes son:

---

<sup>20</sup> (Rubin S. Hoskins W.) Cervical cancer and preinvasive neoplasia. Lippincott – Raven. 189,(2006).

- ⇒ Deberá otorgarse prioridad a la atención de las pacientes de primera vez independientemente del resultado de su Papanicolaou.
- ⇒ Deberá establecerse un canal de comunicación fluido entre el citólogo, el colposcopista y el patólogo para obtener información y aclarar dudas respecto a los hallazgos en las pacientes.
- ⇒ La paciente deberá ser remitida a la Clínica de Colposcopia por una Unidad de Salud de primer nivel de atención según el diagnóstico citológico o por diagnóstico clínico realizado éste mediante visualización directa o por inspección visual con amplificación o por otras técnicas de tamizaje<sup>21</sup>

Los puntos enunciados deben ser cuidadosamente planificados a fin de lograr que el servicio funcione con eficiencia y eficacia, que de lugar a altos niveles de satisfacción entre las afiliadas y lo más importante que contribuya efectivamente al control de la enfermedad en lo local, regional y nacional.

### **CÁNCER CÉRVICO-UTERINO: EPIDEMIOLOGIA, HISTORIA NATURAL. PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.**

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres<sup>22</sup>. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> (Sevin BU, Nadji M, Averette HE), et al.: Micro invasive carcinoma of the cervix. Cancer 70(8): 2121-2128, (2008).

<sup>22</sup> (Franco H.) Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ ( 2006); 164(7).

<sup>23</sup> (Suárez E, Prieto M,) et. Al.: Programa nacional de cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet. Ginecol. ( 2007); 66(6): 480-91.

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, lograda principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía. También podría estar afectada por un aumento en la frecuencia de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública.<sup>24</sup>

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales pre invasoras (neoplasias intraepiteliales -NIE I, II y III o carcinoma *in situ* -CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%<sup>25</sup>, explicándole la amplitud de este rango por las condiciones de diferentes países, distintas estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, diferentes medios socioculturales y distintos estándares de atención sanitaria.

### **Screening citológico**

Pese a su éxito, la citología tiene limitaciones importantes, siendo los falsos negativos la principal (cerca de la mitad de los frotis son falsos negativos); cerca de un tercio de ellos atribuibles a errores en su interpretación y dos tercios a la toma de muestra y preparación de la placa. En nuestro país aparentemente estos problemas serían de

---

<sup>24</sup> *Ibíd*

<sup>25</sup> (Richart RM). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* (2008); 75: 131-3.



baja magnitud, existiendo una citología de buena calidad, siendo su problema principalmente la cobertura (ideal: 80% de la población susceptible, real: 64%) <sup>26</sup>.

La terminología recomendada actualmente para reportar los resultados de la citología cervical -el sistema de Bethesda- considera la información referente a HPV como parte de los criterios citológicos para definir los grados de lesión. Además, se ha creado una nueva categoría de lesiones borderline: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estos cambios han resultado en un aumento proporcional de lesiones de bajo grado (LSIL), las que, combinadas con ASCUS dan cuenta de hasta el 30% de los frotis. En el seguimiento, la mayoría de estas anomalías regresan a normal, y en algunos casos constituyen lesiones de bajo grado persistentes o lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) oculta (20% de las de bajo grado y 10% de las ASCUS). Existe gran debate sobre si el manejo de LSIL debiera ser conservador o intervencionista <sup>27</sup>. El NIH está coordinando una serie grande para determinar si el test de HPV podría mejorar la detección de HSIL oculta entre mujeres con diagnóstico inicial de ASCUS o HSIL.

### **Test de HPV como método adicional de screening**

Si la infección por HPV es un precursor temprano de la neoplasia cervicouterina, ¿debiera usarse el test de HPV en el screening para cáncer cervicouterino? De acuerdo a la conclusión de paneles del consenso de la IARC y OMS existe bastante justificación para evaluar el test de HPV como adyuvante en el screening con frotis de Papanicolaou en cáncer cervicouterino. Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición del test de HPV a la citología cervical en el screening

---

<sup>26</sup>( Suárez E, Prieto M,) et. al.: Programa nacional de cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet. Ginecol. (2007); 66(6): 480-91.

<sup>27</sup> (Solomon D). Screening for cervical cancer: prospects for the future. J Natl Cancer Inst( 2008); 85: 1018-9.

aumenta la sensibilidad en la detección de NIE de alto grado y cáncer cervicouterino

<sup>28</sup>

## **TRATAMIENTO**

Una vez efectuado el diagnóstico por citología, colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con NIE de bajo grado persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias. Las guías de manejo para NIE de alto grado están bien establecidas. Se recomienda curetaje endocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con NIE de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electro conización para excluir enfermedad invasora.

En mujeres con cáncer invasor, se requieren tests adicionales para establecer la etapa de la enfermedad. El tratamiento depende primariamente de la extensión de la lesión, y también de factores como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y presencia de otras condiciones médicas <sup>29</sup>.

### **Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección.**

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un importante problema de salud. Es la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres a nivel mundial y la primera en países en vías de desarrollo. En México, el CaCu ha sido la neoplasia más común en las mujeres en las últimas décadas y es la principal causa de muerte por cáncer entre mujeres mayores de 35 años.

La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad,

---

<sup>28</sup>( Schiffman M, Herrero R), et. Al : HPV DNA testing in Cervical Cancer Screening. JAMA (2007); 283: 87-93.

<sup>29</sup> Ibídem

si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el CaCu sea una neoplasia 100% prevenible.

La citología cervicovaginal, la colposcopia, la histopatología y las pruebas moleculares para detectar ADN de papilomavirus humano son métodos utilizados en el diagnóstico de esta patología. Pueden considerarse pruebas complementarias entre sí, ya que forman parte del protocolo de estudio de las mujeres con lesiones cervicales y cada una tiene una indicación especial.

Para que el PNDOC pueda cumplir con su objetivo, disminuir la morbi-mortalidad del CaCu, se requiere que todos los siguientes factores se cumplan:

1. Conocimiento y aceptación del programa por las mujeres. Esto implica que las mujeres acudan de una manera regular a realizarse la prueba y no esperen a tener sintomatología, ya que en esos casos, el objetivo del programa que es prevención se ha perdido.
2. Toma de muestra adecuada. Este factor es de gran importancia, por lo que se hace necesario que el personal encargado de realizar las pruebas esté capacitado adecuadamente para que la muestra contenga la cantidad y calidad de células suficientes para poder ser valorada, de no ser así los resultados de la prueba no son confiables.
3. Fijación y tinción de calidad, para evitar la aparición de artefactos que pudieran interferir con las lecturas.
4. Interpretación adecuada de las laminillas por personal que esté en constante capacitación y que siga un control de calidad.

A nivel mundial se ha podido determinar, que dos terceras partes de los falsos negativos son resultados de errores en la calidad de las muestras y la otra tercera parte es resultado de errores en la interpretación. Esto ha llevado al desarrollo de

nuevas técnicas cuyo objeto es mejorar la calidad de la muestra y disminuir los errores de interpretación con el fin de reducir los falsos negativos.

El ThinPrep o Thin-layer es una nueva tecnología para el procesamiento de muestras, las cuales son colectadas como una citología convencional usando un cepillo cervical o espátula de plástico. Inmediatamente son depositadas en una solución fijadora, lo cual dispersa las células para posteriormente colectarlas selectivamente en un filtro y transferirlas a una laminilla para continuar con el procedimiento. Cuando se elabora el frotis con este procedimiento se eliminan elementos inflamatorios, moco y sangre. Este método mejora la calidad de los frotis, lo que conlleva a la disminución de errores en la lectura <sup>30</sup>.

El PAPNET es un procedimiento que se implementó para disminuir los errores en la lectura de las laminillas. Con esta técnica el diagnóstico inicial es realizado por computadora; comparándose las células de las laminillas con 128 imágenes de células o grupos de células con características de anormalidad que se tienen almacenadas en la memoria. Se identifica alguna imagen de anormalidad las laminillas son revisadas por un cito tecnólogo o patólogo para definir el diagnóstico.

Este método disminuye las variaciones de interpretación que surgen de la subjetividad del profesional encargado de realizar la lectura, lo que conduce a disminuir la variabilidad inter-laboratorio, aumentando la certeza del diagnóstico.

El AutoPap 300QC es un sistema computacional que utiliza un scanner de alta resolución diseñado para el estudio de frotis cervicovaginales teñidos con Papanicolaou. Este sistema es capaz de leer 280 preparaciones de una sola vez. Las imágenes obtenidas por medio de un microscopio, son interpretadas por un software que clasifica las imágenes en una escala de 0-1.0 de acuerdo a características de densidad celular y de la forma de las mismas. De esa manera, las laminillas son divididas en dos categorías: “revisar” y “no revisar”. Las clasificadas como “revisar”

---

<sup>30</sup> Ibidem

deberán ser examinadas por personal calificado para definir el diagnóstico, y las clasificadas como “no revisar” pueden ser almacenadas inmediatamente. Este sistema no puede utilizarse con preparaciones líquidas ni en pacientes de alto riesgo<sup>31</sup>.

Para poder utilizar los dos últimos sistemas antes mencionados se requiere que las muestras se elaboren en monocapa y con coloraciones estandarizadas, además de usarse equipo costoso. Lo anterior las hace inaccesibles a los países subdesarrollados que son los que presentan índices más altos de mortalidad por CaCu, además de no estar exentas de falsos negativos.

### **Colposcopía.**

La colposcopía es el estudio del cérvix a través de un microscopio, para observar detalles del epitelio y vasos sanguíneos. Antes de iniciar el estudio, es necesaria la aplicación de ácido acético al 3 ó 5% para ayudar a discriminar el epitelio normal del anormal. El ácido acético es aplicado directamente en el cérvix con torundas de algodón. En los epitelios dañados hay un aumento de la permeabilidad de la membrana celular, lo que permite que el ácido penetre y cause aglutinación de proteínas, fenómeno responsable del color blanco que toma el epitelio enfermo.

Inicialmente el cérvix debe ser observado a través de un lente de bajo poder para identificar el color en su conjunto y de encontrar zonas con coloración anormal, reconocerlas y situarlas topográficamente. Los cambios en el color de epitelio se clasifican en leucoplasias y epitelio acto blanco, con varios grados de intensidad, dependiendo de la gravedad de la lesión. Posteriormente se debe progresar hacia un mayor aumento para examinar el patrón vascular; cuyo estudio es fundamental en esta prueba. El uso del filtro verde es de gran ayuda para la visualización de la angioarquitectura, ya que los vasos sanguíneos se ven negros y son fácilmente

---

<sup>31</sup>(Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E): Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ (2006); 318: 904.

reconocidos contra el fondo rosado del epitelio. Cambios en los vasos sanguíneos dan como resultado imágenes de puntillado, mosaico y vasos anormales<sup>32</sup>.

La valoración colposcópica permite identificar cualquier lesión del cérvix y emitir un diagnóstico con cierto grado de certeza. Existen algunos criterios que permiten establecer si la colposcopia ha sido satisfactoria: la visualización total de la zona de transición y la identificación de los límites de la lesión. Si ambas premisas se cumplen se puede decir que la prueba ha sido satisfactoria. Variaciones y gradaciones de los cambios de coloración de epitelio y del patrón vascular previamente mencionados pueden ser agrupadas en índices colposcópicos que son guías para el diagnóstico<sup>33</sup>. En el cáncer micro invasor la lesión presenta un borde elevado y superficie irregular; los vasos sanguíneos tienen alteraciones en la forma, tamaño, calibre, dirección y arreglo. Todas las características descritas previamente se acentúan al progresar la Lesión.<sup>34</sup>

La colposcopia es considerada una técnica más sensible, menos específica y de mayor costo que la citología para la detección de enfermedad cervical pre invasiva e invasiva. Su utilización puede reducir significativamente los porcentajes de falsos negativos de la citología.<sup>35</sup>

Diversos estudios han reportado una sensibilidad para las lesiones pre malignas entre el 80 y 90% y una especificidad de 50%; sin embargo, estos valores se incrementan considerablemente (por arriba del 90%) en cáncer invasor. Una de las mayores desventajas es su baja especificidad, lo que provoca la presencia de falsos positivos, ya que algunas de las lesiones blancas presentes durante el examen colposcópico, son indicativas de cervicitis crónicas, que pueden ser confundidas con lesiones producidas por PVH o neoplasia intraepitelial cervical. Como todo método, la

---

<sup>32</sup> (Ferris DG, Greenberg MD). Red's colposcopic index. J Fam Prac( 2004); 39: 65-70.

<sup>33</sup> (Reid R). Biología y características colposcópicas de la enfermedad cervicouterina vinculada con el virus del papiloma humano. En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Colposcopia. México: McGraw Hill Interamericana; (2006):117-41.

<sup>34</sup> Ibidem

<sup>35</sup> Ibidem

colposcopia tiene limitaciones; una de ellas es la edad de las pacientes, ya que en las mujeres posmenopáusicas la unión escamo columnar tiende a introducirse en el canal endocervical, haciendo difícil su valoración, ocasionando un 6% de falsos negativos y hasta 18% de colposcopias insatisfactorias.<sup>36</sup>

La colposcopia no es un método de diagnóstico definitivo; es una importante herramienta en el estudio de mujeres con resultados de citología anormal, ya que por medio de ella se verifica la presencia de una lesión, se determina su topografía, extensión y severidad, y permite tomar una biopsia dirigida. Sin embargo, el diagnóstico final y requisito indispensable para aplicar un proceso terapéutico es el Histopatológico.<sup>37</sup>

### **Histopatología**

El estudio histopatológico de una biopsia de la lesión es el método diagnóstico de certeza. Las lesiones pre malignas más leves son las NIC I, que consisten en la presencia de células anormales en la tercera parte inferior del epitelio, conservando las otras dos terceras partes su arquitectura normal. El siguiente cambio en el espectro de la enfermedad, consiste en la aparición de células anormales en dos terceras partes del epitelio, presentando diferenciación persistente (pero anormal) hacia las capas de células espinosas y queratinizadas. Estas lesiones entran dentro de los límites de la NIC II. A medida que la enfermedad avanza, hay una pérdida progresiva de la diferenciación que afecta a más y más capas del epitelio, hasta que éste queda sustituido totalmente por células anormales, que no muestran ninguna diferenciación en su superficie. Esta lesión pertenece a las NIC III o el llamado cáncer *in situ*. Cuando las células neoplásicas del epitelio cervical logran invadir el estroma hasta la profundidad máxima de 3 mm bajo la base del epitelio y no hay datos de invasión del espacio vascular linfático se le llama cáncer cervicouterino micro invasor. Cuando la

---

<sup>36</sup> (Zahm DM, Nindl I, Greinke C, Hoyer H, Schneider A). Colposcopic appearance of cervical intraepithelial neoplasia is age dependent. Am J Obstet. Gynecol( 2004); 179:1298-304.

<sup>37</sup> Ibidem

invasión excede de 3 mm o hay invasión del espacio linfático vascular, la lesión se considera como cáncer cervicouterino francamente invasor.

### **Detección de ADN de Papilomavirus humanos (PVH).**

Actualmente existe evidencia de que la infección por ciertos genotipos de PVH es una causa necesaria para el desarrollo del CaCu, por lo que el diagnóstico de estos virus está siendo valorado como una posible herramienta más en la prevención de esta enfermedad<sup>38</sup>.

En las dos últimas décadas, el desarrollo de la biología molecular ha sido explosivo, implementándose técnicas de gran utilidad para la investigación y el diagnóstico clínico. En el caso específico de los PVH, solamente existe una prueba avalada por la Food and Drug Administration de E.U.A. (FDA) para uso clínico: la captura de híbridos. El fundamento de esta prueba es la formación de híbridos de ARN-ADN, que se cuantifican por medio de quimioluminiscencia. Se toman células del endo y ecto cérvix con un cepillo y se depositan en un medio de transporte especial que conserva la muestra a temperatura ambiente, al mismo tiempo que lisa las células.<sup>39</sup>

El diagnóstico se realiza mezclando la muestra biológica con dos soluciones que contienen ARN de PVH. Si la muestra tiene ADN de PVH, se formará un híbrido ARN-ADN, complejo que es capturado en la superficie de una placa que contiene anticuerpos contra esta molécula híbrida. Posteriormente se añade un segundo anticuerpo conjugado con fosfatasa alcalina dirigido al complejo ARN-ADN. Para poner de manifiesto el complejo, se añade un substrato quimioluminiscente de la fosfatasa alcalina (dioxetane). La reacción química entre la fosfatasa alcalina y el dioxetane produce luz, la cual es medida como unidades relativas de luz en un luminómetro, cuya intensidad es proporcional a la cantidad de ADN de PVH que hay en la muestra. Esta técnica se realiza por medio de un estuche comercial que contiene dos mezclas de ARN. Una de ellas que detecta de una manera genérica genotipos.

---

<sup>38</sup> (Wick MJ.) Diagnosis of human papillomavirus gynaecologic infections. Clin Lab Med (2007); 20:271-87.

<sup>39</sup> Ibidem



Actualmente, la captura de híbridos es considerada la prueba ideal para la detección de PVH en muestras clínicas. Las ventajas de esta prueba son: rapidez, alta sensibilidad, excelente valor predictivo negativo, la posibilidad de poder analizar muchas muestras simultáneamente, se requiere poco personal, la lectura es computarizada (por lo tanto no es subjetiva), es reproducible y no tiene diferencias inter-laboratorios. Su desventaja sería la inespecificidad en cuanto al tipo de lesión y de PVH, ya que una prueba positiva no indica el genotipo específico de PVH ni el tipo de lesión. La principal aplicación de esta prueba, es en mujeres con resultados de ASCUS o LEIBG. La determinación de PVH por medio de captura de híbridos, podría evitar procedimientos terapéuticos innecesarios en las mujeres que tienen lesiones asociadas a virus de bajo riesgo<sup>40</sup>.

Mucho se ha escrito sobre el valor que pudiera tener el añadir pruebas moleculares de identificación de PVH de alto riesgo, a la citología, como método de tamizaje.

En aquellos países en los cuales existe un programa de detección oportuna de cáncer (DOC) efectivo, con un buen control de calidad, bien organizado y con cobertura amplia, el añadir pruebas de PVH a la toma de citología, debe basarse en el costo-beneficio y en el aumento del valor predictivo al programa ya existente. En contraste, cuando nos encontramos en un país donde no existen programas efectivos de DOC, o éste es de baja calidad y/o de poca cobertura, mejorar la calidad del programa es una prioridad. Existen casos muy especiales que valdría la pena considerar de una manera aparte. En los últimos años se han realizado estudios para validar la detección de PVH de muestras de vagina tomadas por las pacientes (auto-tomas) como una posible opción de detección primaria en aquellas mujeres que no acuden a tomas de citología. Los resultados de las investigaciones han indicado que la identificación de PVH de alto riesgo, de las muestras tomadas de vagina, tiene la misma sensibilidad que la citología para la detección de lesiones cervicales de alto riesgo en mujeres mayores de 35 años. Los resultados de los estudios anteriores abren la posibilidad de realizar detección oportuna en circunstancias especiales, en las cuales las mujeres por

---

<sup>40</sup> Ibidem

la vergüenza o incomodidad que presenta la toma de la muestra, especialmente en mujeres ancianas, por inaccesibilidad geográfica al servicio de salud o simplemente por cuestiones culturales no acuden al programa. En estos casos la auto-toma de células vaginales para determinación de PVH de alto riesgo podría ser una opción.<sup>41</sup>

## **Conclusión**

Hoy por hoy la citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou se sigue considerando la prueba idónea para el tamizaje de detección de CaCu. Claramente se ha establecido que el frotis de Papanicolaou no es un método diagnóstico definitivo por sí solo, pues su función principal es identificar a aquellas pacientes que requieren de procedimientos diagnósticos adicionales.

La colposcopia, como método de apoyo diagnóstico, representa un paso fundamental en el estudio de toda paciente con reporte de citología anormal.

El diagnóstico definitivo y requisito indispensable para establecer un tratamiento, es el estudio histopatológico. La determinación del ADN del PVH no puede suplir a un buen programa de detección oportuna de CaCu. Sin embargo, es una prueba complementaria en casos específicos.

La disminución de la mortalidad por CaCu solamente se puede lograr si se cuenta con un programa de DOC en el cual todas las partes que lo conforman funcionen adecuadamente y con la mayor eficiencia. Es necesario hacer una honesta evaluación de todos y cada uno de los elementos que conforman el programa, para poder detectar las debilidades e iniciar acciones que lleven a convertirlas en fortalezas.

---

<sup>41</sup> (Ramizi RF, Irani-Hakime N, Tamin H, Almawi WY). Validity of vaginal testing in detecting human papillomavirus (HPV) genotypes. J Clin Virol (2005); 19:163-8.

### **La importancia de las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino**

El objetivo de las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino consiste en encontrar los cambios de las células del cuello y los cánceres cervicales temprano, antes de que empiecen a causar síntomas. Las pruebas de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma. La detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnóstico más temprano de cáncer de cuello uterino. Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz. Además, las pruebas de detección pueden en realidad prevenir la mayoría de los cánceres cervicales mediante la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino (pre cánceres) para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical.

El cáncer de cuello uterino puede prevenirse o detectarse temprano mediante las pruebas regulares de Papanicolaou. Si se detecta temprano, el cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres que se puede tratar con más éxito. En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino declinó casi un 70% entre 1955 y 1992, debido en gran parte a la eficacia de las pruebas de Papanicolaou. La tasa de mortalidad continúa disminuyendo cada año.

A pesar de los beneficios reconocidos de la prueba de Papanicolaou, no todas las mujeres que viven en los Estados Unidos la aprovechan. Hasta el año 2000, un poco más del 80% de las mujeres se habían hecho una prueba de Papanicolaou en los tres años previos. Las mujeres asiático-americanas, aquellas que han inmigrado recientemente, las mujeres sin seguro médico, y las que tienen un nivel de educación de pocos años tenían menos probabilidad de haberse hecho pruebas de Papanicolaou regularmente.

Entre el 60% y el 80% de las mujeres de este país que por primera vez reciben un

diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino no se habían sometido a una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años. Muchas de estas mujeres nunca se habían hecho la prueba.

Las muertes causadas por el cáncer de cuello uterino son mayores en las poblaciones de los países donde las mujeres no se hacen las pruebas de Papanicolaou de rutina. De hecho, el cáncer de cuello uterino es la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres de muchos países en vías de desarrollo. Estas mujeres por lo general son diagnosticadas con cánceres en etapas invasivas tardías, en vez de cambios precancerosos o cánceres en etapas tempranas.

**La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda las siguientes guías para la detección temprana**

- Todas las mujeres deben comenzar las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino alrededor de tres años después de haber comenzado las relaciones sexuales (coito vaginal). Una mujer que espera hasta después de los 18 años para comenzar a tener relaciones sexuales, debe iniciar las pruebas de detección a no más tardar de los 21 años de edad. Una prueba de Papanicolaou debe hacerse cada año. Si en lugar de la prueba regular se emplea la prueba líquida de Papanicolaou, la mujer se debe hacer la prueba cada dos años.
- A partir de los 30 años de edad, muchas mujeres que hayan tenido tres pruebas consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas con menos frecuencia (cada dos a tres años). Se puede usar la prueba de Papanicolaou convencional (regular) o la prueba líquida de Papanicolaou.
- Otra opción razonable para las mujeres mayores de 30 años (quienes tienen sistemas inmunitarios normales y sin resultados anormales de la prueba de Papanicolau) es hacerse la prueba de Papanicolaou cada tres años (pero no más frecuentemente) y la prueba de VPH ADN (más adelante se provee más

información sobre esta prueba). Se puede usar la prueba de Papanicolaou convencional (regular) o la prueba líquida de Papanicolaou.

- Las mujeres que tienen ciertos factores de riesgo deben continuar con la prueba cada año. Esto incluye a mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, aquellas con un historial de tratamiento para un precáncer y aquellas con un sistema inmunitario débil (debido a infección con VIH, trasplante de órgano, quimioterapia, o uso prolongado de esteroides).
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino a menos que la histerectomía se haya hecho como tratamiento de precáncer o de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino (llamada una *histerectomía supracervical*) necesitan continuar las pruebas de detección de este cáncer. Deberían seguir las guías anteriores.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más pruebas del Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba de Papanicolaou con resultados anormales en los 10 años anteriores, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres con antecedentes de cáncer de cuello uterino, exposición a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, infección con HIV, o un sistema inmune débil, deben continuar las pruebas de detección mientras estén en buen estado de salud.
- Algunas mujeres creen que pueden dejar de hacerse las pruebas de Papanicolaou una vez dejan de tener hijos. Esto no es correcto. Deberán continuar siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

## 8. DISEÑO METODOLOGICO

El presente proyecto utiliza la metodología del Marco Lógico, que es una herramienta para la conceptualización, el diseño, la ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo. Su propósito es brindar estructura al proceso de planificación y comunicar información esencial relativa al proyecto.

Se usa para incrementar la precisión en la planeación de los proyectos, relacionar los múltiples objetivos con las actividades de los proyectos, clarificar funciones y responsabilidades y evaluar los resultados esperados contra los resultados reales. Fomenta la participación a través de un riguroso proceso de análisis de las personas y entidades que tienen interés legítimo en el proyecto.

El Marco Lógico de un proyecto es importante porque describe detalladamente lo que se realizara en el proyecto, como lo hará, y como sabrá si lo ha realizado, además de ayudar a describir la propuesta proporciona un resumen detallado del proyecto y como será evaluado.

Los componentes o herramientas de un proyecto de Marco Lógico son:

Identificación del problema a solucionar

Identificación del proyecto (tema del proyecto)

Componente teórico: Antecedentes, justificación, grupo meta, marco institucional, marco conceptual

Objetivos

Beneficiarios

Diseño metodológico

Análisis de involucrados

Análisis de problemas

Análisis de objetivos

Análisis de alternativas

Matriz de marco lógico

Plan de ejecución  
Plan de evaluación y monitoreo  
Informe del proyecto.



A continuación se describe la siguiente parte del proyecto que es el diseño metodológico, utilizando el Marco Lógico.

### 8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Usuaris del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital del IESS Ambato	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Identificar enfermedades del cuello del útero y recibir el tratamiento adecuado sin costos adicionales</li> <li>⇒ Recibir atención oportuna</li> <li>⇒ Demandar atención médica de calidad, oportuna y con calidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Están afiliadas a la regional 4 y sus patronos cumplen sus obligaciones</li> <li>⇒ Normativa de atención establecidos en lo local y nacional por el IESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Poco interés de realizarse DOC en el hospital</li> <li>⇒ Dificultades en conseguir turnos a través del Call center</li> <li>⇒ Problemas personales, familiares y laborales ante necesidad de ser transferidas para estudios complementarios en caso de anomalías en el Paptest.</li> </ul>
Médicos del Servicio del Ginecología y Obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Brindar atención de alto nivel científico, oportuna y de calidad</li> <li>⇒ Lograr altos niveles de satisfacción de las afiliadas</li> <li>⇒ Mantener elevados estándares de calidad en la atención</li> <li>⇒ Aplicar los avances científicos en la atención de las afiliadas</li> <li>⇒ Identificar tempranamente pacientes en riesgo de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Especializados con competencias profesionales y humanísticas</li> <li>⇒ Normativa de atención establecida por el IESS a nivel local y nacional</li> <li>⇒ Evaluación de desempeño a los servidores públicos del IESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No aprovechamiento adecuado de competencias profesionales para manejo de patología cervical identificada en las afiliadas del servicio de ginecología y obstetricia</li> <li>⇒ Equipamiento limitado que impide atender patología cervical acorde con el nivel de complejidad del hospital</li> <li>⇒ Pérdida de los casos y desmotivación para el seguimiento de los mismos</li> </ul>
Personal de enfermería del hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Realizar procesos de atención profesional en apoyo al equipo médico del hospital y de las Unidades de la región 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Formación profesional y humanística</li> <li>⇒ Vocación de servicio</li> <li>⇒ Evaluación de desempeño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Poco poder para tomar decisiones</li> <li>⇒ Rol a veces pasivo en el trabajo</li> <li>⇒ Baja motivación e interés por el programa DOC</li> <li>⇒ Poca integración al equipo de trabajo</li> </ul>

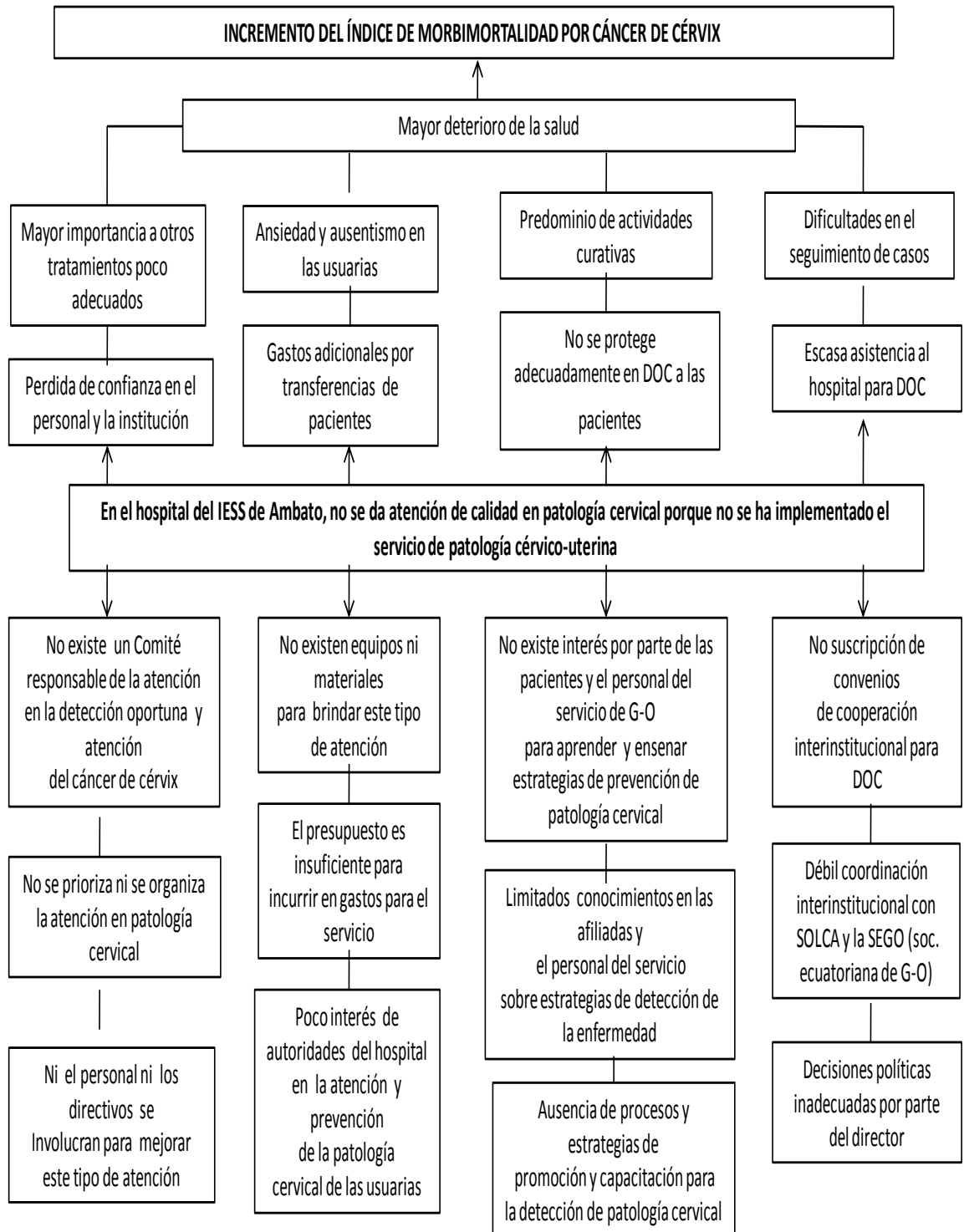


	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Lograr altos niveles de satisfacción en las usuarias</li> <li>⇒ Desarrollar procesos de atención acordes con los avances científicos de la profesión y de los problemas de salud de las afiliadas.</li> </ul>		
Personal del Laboratorio de Patología del hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Procesar muestras histopatológicas con oportunidad y altos niveles de calidad científica y técnica</li> <li>⇒ Recoger, procesar, analizar e informar estudios citológicos e histopatológicos del hospital</li> <li>⇒ Ser referente en la Región de trabajo en citología y patología del cuello uterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Preparación científica técnica de los trabajadores del servicio</li> <li>⇒ Normativa de estándares de calidad en los procesos inherentes al diagnóstico citológico e histopatológico</li> <li>⇒ Evaluación de desempeño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Procesos manuales en el laboratorio</li> <li>⇒ Limitados recursos humanos para el trabajo</li> <li>⇒ Sobrecarga de trabajo</li> <li>⇒ Retardo en entrega de resultados <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Equipamiento del servicio limitado</li> </ul> </li> </ul>
Trabajadora Social del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Realizar estudios socioeconómico de las afiliadas</li> <li>⇒ Apoyar al equipo profesional en transferencias de pacientes a otras unidades de salud</li> <li>⇒ Facilitar a las afiliadas trámites relacionados con su atención en el hospital y en otras unidades del IESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Formación profesional de alto nivel</li> <li>⇒ Vocación de servicio</li> <li>⇒ Evaluación de desempeño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Trabajo individual, no coordinado entre ellas</li> <li>⇒ Bajo nivel de integración al equipo de salud del hospital</li> <li>⇒ Acciones limitadas.</li> </ul>

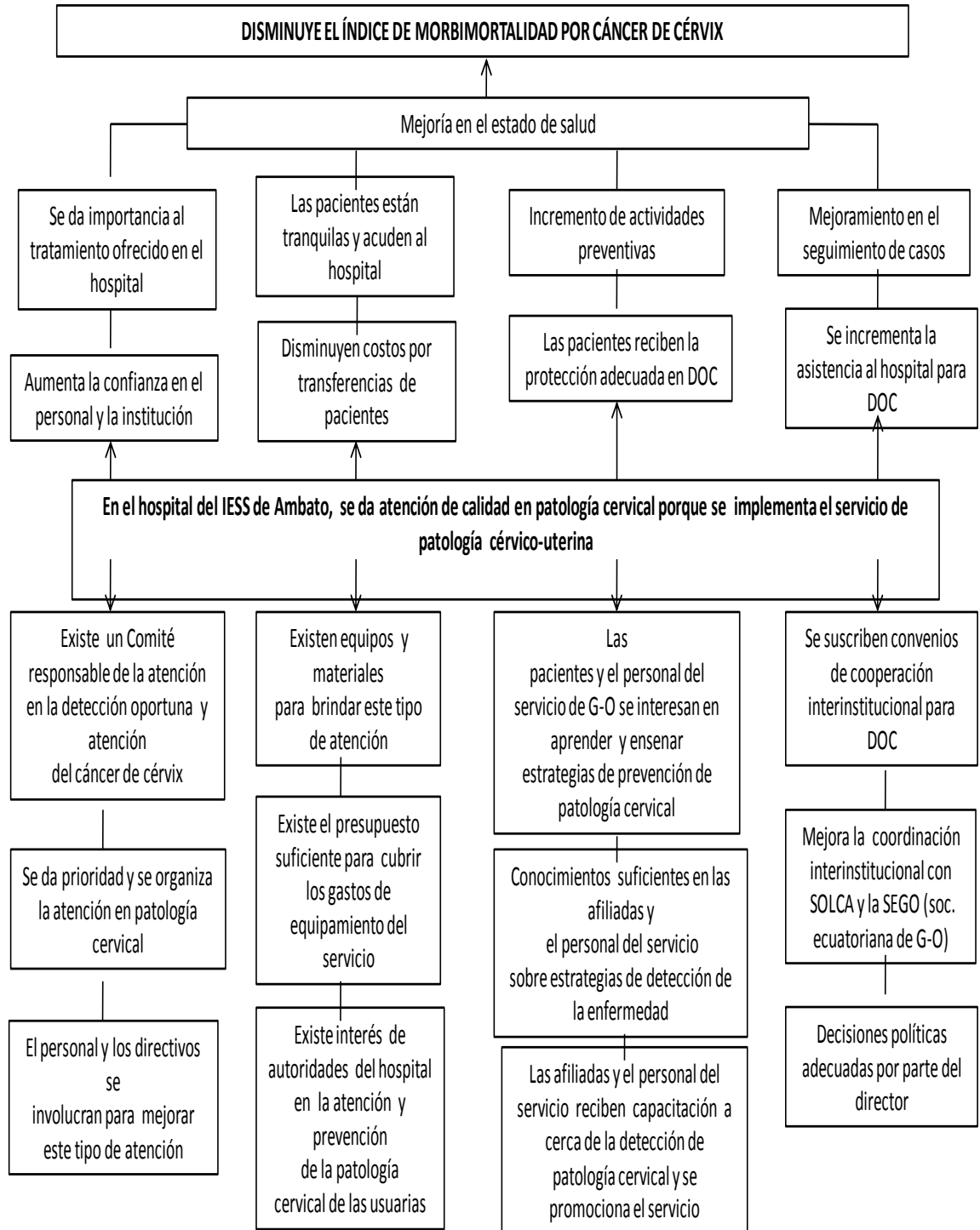
Gerente del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Realizar gestión eficiente y eficaz             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Agilizar procesos administrativos relacionados con la atención de las afiliadas en el hospital</li> <li>⇒ Coordinar y apoyar el trabajo del personal del hospital</li> </ul> </li> <li>⇒ Planificar, organizar, ejecutar, evaluar y controlar procesos de atención a los afiliados de la región en el hospital</li> <li>⇒ Viabilizar soluciones a la problemática institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Formación y competencias profesionales en gestión hospitalaria</li> <li>⇒ Formación humana</li> <li>⇒ Proceso administrativo financiero establecidos en la normativa del IESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No pertenecer a la nómina de empleados del hospital</li> <li>⇒ Abuso de autoridad</li> <li>⇒ Estilo de gestión poco negociador y autoritario</li> <li>⇒ Procesos de toma de decisiones sin participación de los involucrados</li> <li>⇒ No ha logrado apoyo del personal del hospital</li> </ul>
Otras entidades locales de salud (SOLCA Tungurahua)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ SOLCA conduce la lucha contra el cáncer y atiende a afiliadas con sospecha de lesiones pre - malignas o malignas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Competencias técnicas y normativas de la DOC</li> <li>⇒ Competencias especializadas en el control de cáncer cérvico uterino</li> <li>⇒ Capacidad técnica para apoyo a la atención de pacientes.</li> <li>⇒ Normativa de convenios entre SOLCA e IESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Bajos niveles de coordinación e integración de acciones de DOC</li> <li>⇒ No se ha suscrito convenios de cooperación en lo local</li> <li>⇒ No se han establecido sistemas eficientes de referencia bidireccional de pacientes</li> </ul>
Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (SEGO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Apoyar en la capacitación y entrenamiento de los profesionales en ginecología y obstétrica con un alto nivel científico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Convenios</li> <li>⇒ Normas para la aplicación de acuerdos con la SEGO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No se han presentado proyectos de desarrollo institucional</li> <li>⇒ Los profesionales se desmotivan de pertenecer a la organización</li> <li>⇒ No se ha dado la consideración pertinente a la patología cervical</li> </ul>

Maestrante	⇒ Aportar al desarrollo local e institucional a través del proyecto dirigido a mejorar la atención en patología cervical	⇒ Recurso humano capacitado por la UTP	⇒ Ningún interés de apoyo al hospital ⇒ Oposición al trabajo institucional
------------	--	--	---

**8.2 ARBOL DE PROBLEMAS**



**8.3 ARBOL DE OBJETIVOS**



## 8.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b> Se Contribuye a la disminución del índice de morbi mortalidad por cáncer de cuello uterino en las usuarias del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital del IESS Ambato.</p>			
<p><b>PROPOSITO</b> El hospital del IESS de Ambato implementa el servicio de patología cervical en beneficio de las usuarias del servicio de G-O de octubre 2010 a marzo de 2011</p>	<p>⇒ El 80% de la implementación del servicio de patología cervical a través de los objetivos planteados en el proyecto, se ejecutan adecuadamente hasta marzo de 2011</p>	<p>⇒ Registros de atención en el servicio de Patología Cervical ⇒ Registros del laboratorio de patología ⇒ Registros Estadísticas del hospital ⇒ Informe del proyecto</p>	<p>⇒ Se cuenta con el presupuesto necesario para la implementación del servicio ⇒ Participación activa del personal médico y enfermeras capacitado y actuando ⇒ Se ha difundido entre las afiliadas la oferta del servicio en el hospital</p>
<p><b>COMPONENTES O RESULTADOS</b></p> <p>1. Comité de DOC (detección oportuna del cáncer) de cuello uterino, conformado y funcionando.</p>	<p>⇒ El 100% del equipo ha sido conformado y se encuentra actuando, hasta febrero de 2011</p>	<p>⇒ Documentos de acta constitutivas del comité ⇒ Informes del plan de actividades del Comité ⇒ Fotografías</p>	<p>⇒ Los miembros del Comité está comprometidos y motivados a fortalecer su trabajo y La gerencia del hospital apoya el trabajo del Comité y del Servicio de patología cervical</p>
<p>2. El servicio de patología cervical se encuentra equipado con materiales y equipos necesarios para su correcto funcionamiento.</p>	<p>⇒ El 80% del equipamiento del servicio de patología cervical hasta marzo del 2011</p>	<p>⇒ Actas de compra de equipos ⇒ POA del año anterior en donde constan las acciones de DOC ⇒ Documentos escritos ⇒ Fotografías</p>	<p>⇒ Se cuenta con el presupuesto necesario para la implementación del servicio</p>
<p>3. El servicio de G-O cuenta con personal capacitado y usuarias con conocimientos sobre patología cervical.</p>	<p>⇒ El 70% del personal de G-O ha sido capacitado y conocen normas de prevención y tratamiento de</p>	<p>⇒ Formularios de registro de asistentes ⇒ Fotografías ⇒ Documentación</p>	<p>⇒ El personal y las usuarias se motivan y participan activamente</p>

Usuarías por mes que se realizan Pap test del servicio de G-O capacitadas sobre patología cervical	patología cervical hasta febrero de 2011 ⇒ El 100% de usuarias por mes que se realizan Paptest del servicio de G-O han sido capacitadas y conocen normas de prevención y tratamiento de patología cervical hasta febrero de 2011	informativa	
4. Se establecen convenios de cooperación interinstitucional entre entidades IESS Ambato/SOLCA y, SEGO	⇒ El 70 % de logro en el establecimiento de convenios hasta marzo de 2011	⇒ Documentos de los convenios suscritos por la Autoridades de la Instituciones involucradas	⇒ Suscripción realizada por los Representantes legales de las Instituciones como clave para el trabajo futuro

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<b>COMPONENTES</b>			
<b>C 1.</b>			
1.1 Reunión con el personal de G O	- Personal de G-O - Maestrante	Octubre 2010	Computador -Proyector -Materiales de escritorio -Sala de reuniones -Recursos humanos
1.2 Conformar el Comité y elaborar el acta de Compromiso	-Personal de G-O -Maestrante	Noviembre 2010	-Sala de reuniones -Recursos humanos -Material informativo -Enfocas y computador
1.3 Elaborar el plan anual de trabajo por el Comité	-Comité DOC -Maestrante	Diciembre 2010	-Sala de reuniones -Recursos humanos -Material informativo -Infocus

			-Computador
<b>C 2.</b>			
2.1 Reunión con el gerente y el equipo de adquisiciones	- Equipo de adquisiciones - Gerente - Maestrante	Noviembre 2010	-Recursos humanos (equipo técnico) - Protocolo del proyecto - Computador -Proyector de datos - Trípticos informativos - Sala de reuniones
2.2 Elaborar un listado de las necesidades para el equipamiento	-Comité de DOC - Maestrante	Noviembre 2010	- Computador -Proyector de datos -Folletos informativos con resumen ejecutivo de la propuesta -Material de oficina
2.3 Gestionar el presupuesto para el equipamiento	-Comité DOC -Maestrante	Diciembre 2010	-Recursos humanos - Protocolo del proyecto - Computador - Documentos -Material de oficina
2.4 Elaborar las normas para el cuidado de los equipos en el nuevo servicio	-Comité DOC -Maestrante	Enero 2011	-Computador -Folletos informativos -Material de oficina
<b>C 3.</b>			
3.1 Reunión y planificación de las charlas con el personal de G-O a capacitarse	- Gerente -Comité DOC -Maestrante -Personal de G-O	Febrero 2011	-Computador -Material de oficina -Recursos humanos



<b>3.2</b> Ejecución de charlas sobre patología cervical a personal y usuarias que se realizan Paptest en G-O	-Comité DOC -Maestrante -Personal de G-O	Febrero 2011	-Computador -Proyector -Materiales de escritorio -Formularios -Documentos técnicos -Contenidos de las charlas -Sala de reuniones -Recursos humanos
<b>3.3</b> Elaboración de trípticos y afiches	-Jefe de docencia del hospital -Comité DOC -Maestrante	Enero-febrero 2011	-Computador -Documentos técnicos -Material de oficina
<b>C 4.</b>			
<b>4.1</b> Gestionar con el gerente del hospital las bases de los convenios	-Gerente del IESS -Maestrante	Febrero 2011	-Sala de reuniones -Recursos humanos -Material informativo
<b>4.2</b> Diseñar la propuesta de convenio del IESS con Hospital "Julio Enrique Paredes" SOLCA Tungurahua	-Directores del IESS y SOLCA Ambato -Asesoría Jurídica de las Instituciones -Maestrante	Marzo 2011	-Sala de reuniones -Recursos humanos -Material informativo -Infocus y computador
<b>4.3</b> Diseñar la propuesta de convenio del IESS con la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia SEGO	-Directores del IESS Ambato y SEGO -Asesoría Jurídica de las Instituciones -Maestrante	Marzo 2011	-Sala de reuniones -Recursos humanos -Material informativo -Infocus y computador
<b>4.4</b> Suscribir los contratos con las instituciones	-Directores de las instituciones	Marzo 2011	-Material de oficina -Recursos humanos

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>COSTOS</b>
1.1 Reunión con el personal de G O	40.00
1.2 Conformar el Comité y elaborar el acta de Compromiso	25.00
1.3 Elaborar el plan anual de trabajo para el Comité	50.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>115.00</b>
2.1 Reunión con el gerente y el equipo de adquisiciones	25.00
2.2 Elaborar un listado de las necesidades para el equipamiento	40.00
2.3 Gestionar el presupuesto para el equipamiento	16212.00
2.4 Elaborar el reglamento para el cuidado de los equipos en el nuevo servicio	60.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>16337.00</b>
3.1 Reunión y planificación de las charlas con el personal de G-O a capacitarse	95.00
3.2 Ejecución de charlas sobre patología cervical a personal y usuarias de G-O por mes que se realizan Paptest	880.00
3.3 Elaboración de trípticos y afiches	800.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1775.00</b>
4.1 Gestionar con el gerente del hospital las bases de los convenios	60.00
4.2 Diseñar la propuesta de convenio del IESS con Hospital "Julio Enrique Paredes" SOLCA Tungurahua	80.00
4.3 Diseñar la propuesta de convenio del IESS con la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia SEGO	80.00
4.4 Suscribir los contratos con las instituciones	150.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>370.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18597.00</b>

## 9. ANALISIS GENERAL DE RESULTADOS

### RESULTADO N° 1

9.1. Comité de DOC (detección oportuna del cáncer) de cuello uterino, conformado y funcionando.

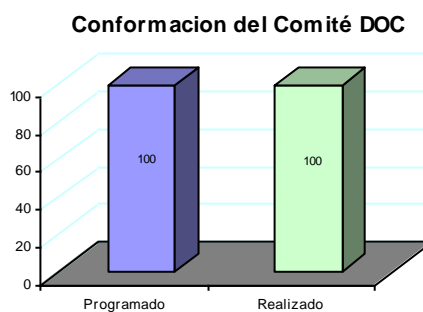
#### INDICADOR

⇒ El 100% del equipo ha sido conformado y se encuentra actuando hasta febrero de 2011

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLES	FECHA	OBSERVACIONES
9.1.1. Reunión con el personal de G O	El director de la institución con el afán de mejorar la calidad de atención en el servicio de G O autorizo el 11 de octubre del año 2010 la realización del presente proyecto de implementación del servicio de patología cervical en el hospital IESS Ambato (Anexo 1 y 2). Con previo conocimiento de lo que se iba a realizar dispuso la socialización del proyecto de acción al personal de G O.  La reunión se realizó con 11 participantes del servicio de G O, posteriormente se procedió a conformar el Comité.	- Personal de G-O - Maestrante	15/10/2010	
9.1.2. Conformación del Comité y elaboración del acta de Compromiso	A los 4 días del mes de noviembre de 2010, el personal del servicio de G O del hospital IESS Ambato, reunidos en sesión de trabajo con el fin de analizar el programa de detección oportuna del cáncer y con la finalidad de socializar el presente proyecto de acción, se decide unánimemente conformar el Comité institucional para la DOC, encargado de la gestión del programa a través del plan anual de trabajo que será elaborado en forma regular para el efecto. El Comité quedo constituido de la siguiente manera: Dr. Francisco Viteri como Coordinador del Programa; Lic. Viviana Espinoza Secretaria; Dr. Iván Moya, Dra. Jova Granda, Dr. Julio Castillo, Dr. Fabián	-Personal de G-O -Maestrante	04/11/2010	Se cumplió con todas las actividades en un 100%

	Duchicela como vocales del programa, para constancia se subscribe una Acta. (Anexo 3 y 23).			
9.1.3. Elaboración del plan anual de trabajo por el Comité	Seguidamente, se elaboro el Plan anual de trabajo y se establecieron acuerdos y compromisos para mejorar la detección oportuna de cáncer de cuello uterino y que serán ejecutadas, evaluadas y supervisadas por el Comité; el cual se detalla en el Anexo 4.	-Comité DOC -Maestrante	04/11/2010	

## ÁNÁLISIS DEL RESULTADO N° 1



*Fuente: Resultado componente 1.  
Elaboración: Dr. F. Viteri*

En el resultado N° 1, se cumplió con el indicador planteado que fue del 100%, porque se llegó al 100% de la conformación del Comité de DOC.

## RESULTADO N° 2

9.2. El servicio de patología cervical se encuentra equipado con materiales y equipos necesarios para su correcto funcionamiento.

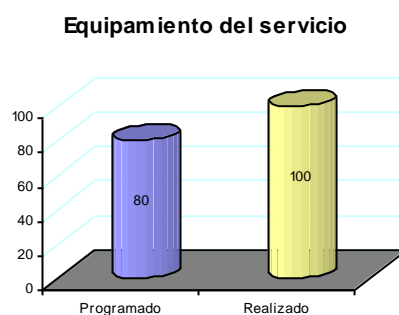
### INDICADOR

⇒ Se consigue el 80% del equipamiento del servicio de patología cervical en el hospital del IESS de Ambato hasta marzo del 2011.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLES	FECHA	OBSERVACIONES
9.2.1. Reunión con el gerente y el equipo de adquisiciones	Una vez que se tuvo elaborado el plan de trabajo del Comité, mi persona como coordinador del Comité junto con el Director y la responsable del equipo de Adquisiciones del hospital nos reunimos para establecer las necesidades y designar el presupuesto para la implementación del servicio de patología cervical.(Anexo 24).	- Equipo de adquisiciones - Gerente - Maestrante	08/11/2010	
9.2.2 Elaboración del listado de las necesidades para el equipamiento	Previamente las necesidades de equipamiento, instrumental y suministros fueron presentadas por mi persona como Coordinador del Comité DOC, detallando el instrumental y equipo para el servicio de patología cervical del hospital previamente elaborado por todo el Comité DOC. (Anexo 5 y 6). Además se llegó a un acuerdo respecto al espacio físico e infraestructura que fue destinado para el servicio de patología cervical.	-Comité de DOC - Maestrante	09/11/2010	Se cumplió con todas las actividades programadas y se equipó el servicio de patología cervical
9.2.3 Gestión del presupuesto para el equipamiento	El director del hospital en la reunión señala que en el Plan Operativo Anual del hospital para el año 2010 se estableció la compra de un colposcopio que es indispensable para echar en marcha el funcionamiento del servicio de patología cervical. (Anexo 7 y 8). En la reunión se analizó las partidas asignadas para este fin en el presupuesto del servicio del hospital, y se designó por parte del director los miembros de la comisión de entrega recepción de un colposcopio para el servicio de patología cervical, adquisición realizada a la empresa Glomedical Cía. Ltda. el día dos de diciembre de 2010. (Anexo 9).	-Comité DOC -Maestrante	08/11/2010	
9.2.4 Elaboración de normas para el cuidado de los	Cuando ya se contó con la implementación del nuevo servicio de patología cervical el Comité de DOC tras reunión de trabajo el día 14 de enero de 2011 considera importante la elaboración de normas para	-Comité DOC -Maestrante	14/01/2011	

equipos en el nuevo servicio	el cuidado del equipamiento del servicio con el fin de optimizar su vida útil y ofrecer servicios de calidad a las usuarias. Mismas que se aprueban para su cumplimiento. Se detallan en el Anexo 10.			
------------------------------	---	--	--	--

## ANALISIS DEL RESULTADO Nº 2.



*Fuente: Resultado componente 2.  
Elaboración: Dr. F. Viteri*

En el resultado 2, se consiguió el equipamiento del servicio de patología cervical, el indicador propuesto era del 80% se ha cumplido y se ha superado la expectativa al 100%.

## RESULTADO Nº 3.

9.3 El servicio de G-O cuenta con personal capacitado y usuarias con conocimientos sobre patología cervical.

### INDICADOR

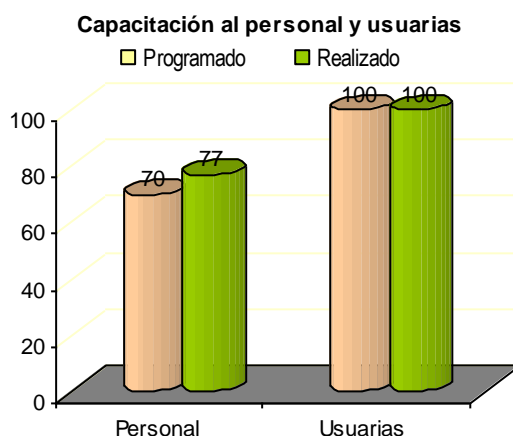
⇒ El 70% del personal de G-O ha sido capacitado y conocen normas de prevención y tratamiento de patología cervical hasta febrero de 2011.

⇒ El 100% de usuarias por mes que se realizan Paptest han sido capacitadas y conocen normas de prevención y tratamiento de patología cervical hasta febrero de 2011.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLES	FECHA	OBSERVACIONES
9.3.1 Reunión y planificación de las charlas con el personal de G-O	Posteriormente y empezando a ejecutar las actividades de trabajo diseñadas por el comité DOC y en una reunión se estableció la ejecución de la primera charla que fue impartida primeramente al personal de G-O, cuyos contenidos fueron elaborados minuciosamente y se detallan en el anexo 22. Y posteriormente la capacitación a las usuarias del servicio, y se estableció las fechas en las cuales se realizo estas actividades y al mismo tiempo se estableció responsabilidades para efectuarlas.	- Gerente -Comité DOC -Maestrante -Personal de G-O	11/02/2011	Personal capacitado y usuarias con conocimientos sobre patología cervical, actividades cumplidas en el 100%
9.3.2 Ejecución de charlas sobre patología cervical a personal y usuarias que se realizan Paptest en G-O	Esta actividad se llevo a cabo el día 18 de febrero del año en curso, y se capacito a 14 profesionales de un total de 18 profesionales que debían capacitarse. (Anexo 11 y 25). Se dio la bienvenida al personal. Posteriormente se ejecutó la agenda planificada para ese día mediante charlas, y participación interactiva.  Para la capacitación a las pacientes, se obtuvo una muestra que se estima representan el número promedio que mensualmente se someten a citología cérvico uterina, valor que se obtuvo de dividir el número total de citologías para los 12 meses del año, lo que arrojó un valor promedio de 88 pctes mensuales, que constituye el 100% del indicador propuesto. A un grupo de mujeres de este tamaño se aplicó el proceso de capacitación mediante invitación el día 25 de febrero del año en curso. (Anexo 12 y 26).	- Comité DOC - Maestrante -Personal de G-O	18 Y 25 /02/2011	
9.3.3 Elaboración de trípticos y afiches	Se coordino para la elaboración de trípticos y afiches para promocionar el tipo de atención que se brinda en el servicio, se realizo una revisión minuciosa de los mismos por parte del Comité, de tal manera	-Jefe de docencia del hospital -Comité DOC	11/02/2011	

	<p>que se obtuvo material informativo sencillo y útil tanto al personal como a las usuarias, los trípticos se entregaron a las usuarias. (Anexo 13, 14 y 27).</p>	<p>-Maestrante</p>		
--	---	--------------------	--	--

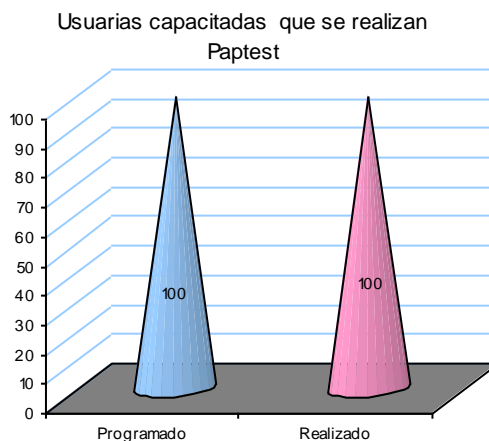
### ANALISIS DEL RESULTADO N° 3.



Fuente: Resultado componente 3.  
Elaboración: Dr. F. Viteri

En el resultado N° 3, se llegó al 77% de profesionales capacitados (14 personas), superior al 70% que fue el indicador propuesto (12 personas), de un total de 18 personas que conforman la planta del personal de G O.

#### Usuarias que se realizan Paptest capacitadas





*Fuente: Resultado componente 3.  
Elaboración: Dr. F. Viteri*

En el resultado N° 3, en cuanto a usuarias capacitadas, se llegó al 100% de la muestra de usuarias que mensualmente se realizan Paptest (88 pacientes), igual al indicador propuesto que fue del 100%.

## RESULTADO N° 4

9.4. Se establecieron convenios de cooperación interinstitucional entre entidades IESS Ambato con SOLCA y, SEGO

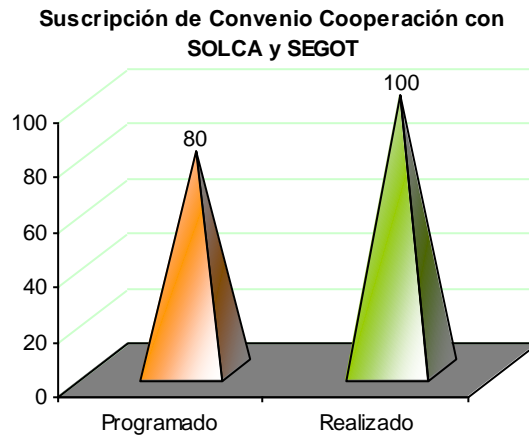
### INDICADOR

⇒ El 70 % de logro en el establecimiento de convenios hasta marzo de 2011.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLES	FECHA	OBSERVACIONES
9.4.1 Gestión con el gerente del hospital las bases de los convenios	Para esto el Comité DOC en representación de la coordinación y tras dialogo expuso al gerente institucional la necesidad de establecer convenios interinstitucionales para favorecer el mejoramiento continuo del servicio de patología cervical recientemente creado con el presente proyecto, ante lo cual el director del hospital subscribe el interés en establecer dichos convenios e inicia la gestión. (Anexo 15, 16, 17, 18).	-Gerente del IESS -Maestrante	21/02/2011	Establecimiento de convenios interinstitucionales y se cumplió con las actividades programadas en el 100%
9.4.2 Diseño de la propuesta de convenio del IESS con	Para esta actividad se estableció una reunión de trabajo entre la coordinación del comité DOC del hospital y	-Directores del IESS y SOLCA Ambato -Asesoría Jurídica	17/03/2011	

Hospital "Julio Enrique Paredes" SOLCA Tungurahua	los representantes de SOLCA de Ambato el día 17 de marzo del año en curso, (Anexo 28), a la vez que se firmo un convenio de cooperación y se detallo las condiciones bajo las cuales ambas instituciones cumplirán con los lineamientos establecidos en este documento por el lapso de un año. (Anexo 19).	de las Instituciones -Maestrante		
9.4.3 Diseño de la propuesta de convenio del IESS con la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia SEGO	Igualmente se realizo una reunión de trabajo con la presidenta de la SEGO del Tungurahua el 30 de marzo del año en curso, (Anexo 28), se expuso la necesidad de cooperación interinstitucional con la finalidad de diseñar un programa de actualización medica continua para la capacitación y aplicación de estrategias para la detección de patología cervical, ante lo cual se suscribió un convenio de cooperación. (Anexo 20).	-Directores del IESS Ambato y SEGO -Asesoría Jurídica de las Instituciones -Maestrante	30/03/2011	
9.4.4 Suscripción de los contratos con las instituciones	Con el hospital de SOLCA existe ya el contrato de prestación de servicios para el IESS, en donde se detalla el precio y forma de pago, las obligaciones del prestador, del IESS, naturaleza del contrato, y las condiciones de terminación del contrato, así como un detalle de las prestaciones contratadas. (Anexo 21). Con la SEGO aun no se ha firmado ningún contrato, pero si el convenio en el que se establece el acuerdo de un programa de actualización medica. (Anexo 20).	-Directores de las instituciones	30/03/2011	

## ANALISIS DEL RESULTADO N° 4.



*Fuente: Resultado componente 4.  
Elaboración: Dr. F. Viteri*

En este resultado N° 4, se llegó al 100% en lograr el establecimiento de convenios, superior al indicador propuesto que fue del 70%.

## ANALISIS DEL LOGRO DEL OBJETIVO GENERAL

### FIN

Se Contribuye a la disminución del índice de morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino en las usuarias del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital del IESS Ambato.

### PROPOSITO

El hospital del IESS de Ambato implementa el servicio de patología cervical en beneficio de las usuarias del servicio de G-O de octubre 2010 a marzo de 2011

### INDICADOR

El 80% de la implementación del servicio de patología cervical a través de los objetivos planteados en el proyecto, se ejecutan adecuadamente hasta marzo de 2011.

Primeramente al cumplir con todos los indicadores de los componentes o resultados esperados cumplimos con el indicador del propósito, y por lo tanto contribuimos a cumplir el fin.

Analizando el impacto del proyecto cabe resaltar y analizar los resultados obtenidos que permitieron alcanzar el propósito.

El Hospital del IESS de Ambato es una unidad hospitalaria de 2º nivel ubicado en la parroquia Atocha del cantón Ambato. Desde Mayo de 1998 se habilitó parcialmente la nueva edificación, hace dos años se hizo un esfuerzo por parte de la dirección del Hospital y se dotó de nuevos servicios como es Terapia Intensiva, se Modernizó y habilitó fisioterapia, y en consulta externa se amplió en las especialidades básicas, aumentando en cuanto a cobertura de atención de afiliados. Adquisición de nuevos equipos y contratación de personal. Sin embargo la baja demanda en citología cervicovaginal y el incremento de los casos de cáncer cervicouterino, llevo a emprender en el presente proyecto con la finalidad de Implementar el servicio de patología cervical en el Hospital a través de un proceso de gestión, control, y capacitación que permitió contribuir a la salud preventiva y al mejoramiento de la calidad de atención de las afiliadas que utilizan esta dependencia.

A través de presente proyecto se logró la implementación del servicio de patología cervical en el hospital, y se planificaron y se ejecutó las actividades con el fin de lograr los objetivos planteados.

Se conformó el Comité de detección oportuna del cáncer, con la trascendente participación y colaboración del personal de G O, y se designó a los miembros del comité con quienes se elaboró un plan de actividades anuales que está permitiendo mejorar la calidad de atención a las usuarias a través de las actividades que se están ejecutando. Se logró cumplir con el 100% de este objetivo.

La ejecución del proyecto permitió gestionar el presupuesto pertinente con lo cual se logro equipar el nuevo servicio, con un análisis previo y consensuado de las necesidades, a la vez que se establecieron normas para el uso y manejo de los equipos. Así se logro alcanzar este objetivo en el 100%.

El presente proyecto también permitió capacitar sobre patología cervical al 77% del personal de G O, y al 100% del total de usuarias por mes (88 pacientes), que se realizan Paptest, de tal manera que se logró alcanzar éste objetivo.

En cuanto al establecimiento de convenios de cooperación interinstitucional con SOLCA y la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (SEGO), fue una tarea ardua, en donde se logro conseguir la capacitación permanente a los profesionales por parte de la SEGO, y a la prestación de servicios por parte de SOLCA de Ambato en los casos requeridos. De esta forma se logro alcanzar este objetivo.

Finalmente se logró cumplir con más del 95% de la implementación del servicio de patología cervical en el hospital del IESS de Ambato, a través del logro de los objetivos específicos, comparado al indicador que fue del 80% de la meta planteada del objetivo general.

## 10. CONCLUSIONES

- ⇒ La atención a las mujeres afiliadas al Seguro social en Ambato requería de acciones integrales para la prevención y manejo del cáncer cervicouterino, para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención y como meta fundamental mejorar la calidad de vida de las afiliadas. Es así que con la implementación del servicio de patología cervical en el IESS Ambato se ha logrado una mejor planificación y seguimiento, así como una mejor organización para brindar atención calificada a las usuarias y con un mejor aprovechamiento de talentos humanos que se dispone en la institución.
- ⇒ La organización administrativa del servicio de G O del hospital ha mejorado notablemente, puesto que con el presente proyecto se logro conformar el comité de DOC, con conocimiento de la realidad del incremento de la patología cervical, priorizando este tipo de atención, estableciendo compromisos y ejecutando un plan de trabajo en beneficio de las usuarias del servicio.
- ⇒ Se gestionó en forma eficiente el presupuesto para la adquisición del colposcopio y materiales para el buen funcionamiento del servicio de patología cervical, así como se elaboro normas de cuidado para el buen funcionamiento de los mismos, y poder realizar la atención en forma eficiente y coordinada a las usuarias.
- ⇒ El personal de G O, se demostró motivado a participar en la implementación del nuevo servicio, y a través del comité DOC se busco los medios para la participación del personal en la capacitación sobre patología cervical, así como también se logro capacitar a un buen numero de usuarias, de tal manera que resulto bastante interesante que el personal que ofrece los servicios y las usuarias conozcan a cerca de una patología que se puede prevenir, o que si es detectada a tiempo se pueden tomar las medidas necesarias para su

tratamiento adecuado.

- ⇒ Se firmaron acuerdos de cooperación interinstitucional entre el IESS Ambato con SOLCA y la SEGO, con quienes se establecieron compromisos que permitirán brindar atención eficiente y oportuna a las pacientes con Ca cervicouterino en el caso de SOLCA, y a la ejecución de programas de capacitación permanente por parte de la SEGO para los profesionales de G O.

## 11. RECOMENDACIONES

- La gestión administrativa financiera del IESS, asigne el presupuesto necesario para que se cuente con el servicio de mantenimiento y evaluación del servicio de patología cervical así como de los equipos en forma permanente a través del proceso de gestión de las autoridades locales.
- Trabajar conjuntamente con las instituciones locales encargadas de brindar salud para que se formen Comités de DOC que permita la atención oportuna de la población femenina en general, con la finalidad de disminuir el riesgo de contraer cáncer cervicouterino, y seguir trabajando íntegramente los miembros del comité de DOC del IESS.
- Que la población de las afiliadas continúen involucrándose e interesándose en medidas preventivas, para lo cual se necesita que el Comité de DOC se mantenga activo y se diseñe año tras año la programación de actividades.
- Se fortalezca los procesos de educación continua, a través de charlas de capacitación en patología cervicouterino, que permita consolidar las medidas preventivas, para disminuir el índice de cáncer cervicouterino para lo cual se requiere que quienes hacen gerencia de salud sigan involucrándose e interesándose por la capacitación de su personal y por mejorar la calidad de atención de la institución.
- Que se insista por parte del gobierno seccional del IESS en mantener y fortalecer los acuerdos y compromisos con SOLCA y la SEGO para optimizar el servicio de patología cervical en favor de las afiliadas.
- Que los directivos del hospital del IESS de Ambato, puedan planificar eficientemente el presupuesto anual, que incluya los gastos para cubrir las necesidades para las usuarias de éste servicio, y que este incluido en el Plan Operativo Anual.



## 12. BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society: Cancer control State of Science G Cancer Control-State-of-the-Science Guide. Salud del Cuello Uterino. ACS. Atlanta 2005.
2. Armijos N. Guía didáctica: Planificación estratégica. Ciclo 2. Primera edición, Loja Ecuador, editorial UTPL, abril 2009.
3. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Journal of Epidemiology and Biostatistic, 2008; 3,1.
4. Baeza R. Olfos P. Suárez E. Resultados terapias combinadas en cáncer de cuello uterino de gran volumen. Congreso Chil. Obstet. Ginecol. 2009.
5. Brickner, T.J. Patterns of care study newsletter. Carcinoma of the cervix. American College of Radiology. 2006-91.
6. Burghardt E. et al: Results of surgical treatment of 1028 cervical cancers studied with volumetry. Cancer 70(3): 648-655, 2004.
7. Creasman WT, Zaino RJ, Major FJ, et al.: Early invasive carcinoma of the cervix (3 to 5 mm invasion): risk factors and prognosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 178(1, Part 1): 62-65, 2005.

8. DPST: Situación de Salud de la Provincia de Tungurahua. Informe Anual. 2009
9. Delgado G, Bundy B, Zaino R, et al.: Prospective surgical-pathological study of disease-free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic Oncology* 38(3): 352-357, 2007.
10. Disaia C. *Clinical Gynecol.Oncol.* 3ª Edit.,2004.
11. ENDEMAIN. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Quito. Ecuador. Octubre 2005. Pág. 6.
12. Ferris DG, Greenberg MD. Red's colposcopic index. *J Fam Prac* 2004; 39: 65-70.
13. Fletcher, G.H., *Textbook of Radiotherapy.* Third edition. 720, 2007.
14. Franco EL, Franco ED, Ferenczy A: Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ* 2006; 164(7).
15. Grigsby PW, Perez CA: Radiotherapy alone for medically inoperable carcinoma of the cervix: stage IA and carcinoma in situ. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 21(2): 375-378, 2006.

16. Hospital IESS Ambato. Informe estadístico 2008. Consulta Externa Documento interno
17. Hospital IESS Ambato. Dpto. Estadística. Informe anual de producción. Documento interno.
18. Hoskins W.J, et al. Principles and practice of gynecologic oncology. Second edition, Lippincott – Raven. 802, 846. 2004.
19. INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador 2001. Resultados definitivos por provincias.
20. INEC. CEPAL. Proyecciones de población por provincias, cantones, sexo, áreas y grupos de edad- Agosto 2004.
21. INEC. Proyecciones de población 2001 – 2010.
22. Jones WB, Mercer GO, Lewis JL, et al.: Early invasive carcinoma of the cervix. Gynecologic Oncology 51(1): 26-32, 2005.
23. Landoni F. et al. Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage IBIIA cervical cancer. Lancet 2006.350: 535-40.
24. Ministerio Salud Chile. Orientaciones para pesquisa y control del cáncer cérvico uterino.2006.

25. OPS. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cérvico uterino. Marzo 2010.
26. OPS. Ecuador: Salud de los adultos. En: La Salud en las Américas. Volumen II – Países. Pág. 303 – 304. 2007.
27. OPS. MSP. INEC. Indicadores básicos de Salud 2009. Publicado el 18 de Mayo del 2010.
28. PATH – OPS/OMS Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. 3ª. Ed. Pág. 1. 2005.
29. Piedra M. Buele N. Guía didáctica: Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para la salud. Ciclo 3. Primera edición, Loja Ecuador, Editorial UTPL, noviembre 2009.
30. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E: Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ 2006; 318: 904.
31. Ramizi RF, Irani-Hakime N, Tamin H, Almawi WY. Validity of vaginal testing in detecting human papillomavirus (HPV) genotypes. J Clin Virol 2005; 19:163-8.
32. Registro de Tumores de Tungurahua. Incidencia de Cáncer 1996 – 2003. Anuario No. 1.

33. Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol* 2008; 75: 131-3
34. Romero S. Guía didáctica: Investigación en salud. Ciclo 1. Primera edición, Loja Ecuador, editorial UTPL, octubre 2008.
35. Rubin S. Hoskins W. *Cervical cancer and preinvasive neoplasia*. Lippincott – Raven. 189,2006.
36. Sanjosé S; y cols. Worldwide prevalence and genotype distribution de cervical HPV DNA in 1557.859 women with normal cytology: a meta – analysis of 78 studies. *Lancet Infect Dis*. 2007; 7:453 – 459. citado en HPV Today. 18 de Mayo de 2009.
37. Sevin BU, Nadji M, Averette HE, et al.: Micro invasive carcinoma of the cervix. *Cancer* 70(8): 2121-2128, 2008.
38. Solomon D: Screening for cervical cancer: prospects for the future. *J Natl Cancer Inst* 2008; 85: 1018-9.
39. Suarez E, Prieto M, Rojas I y cols: Programa nacional de cáncer cervicouterino. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2007; 66(6): 480-91.
40. Wick MJ. Diagnosis of human papillomavirus gynecologic infections. *Clin Lab Med* 2007; 20:271-87

41. Zahm DM, Nindl I, Greinke C, Hoyer H, Schneider A. Colposcopic appearance of cervical intraepithelial neoplasia is age dependent. Am. J Obstet. Gynecol 2004; 179:1298-304.

Direcciones electrónicas:

42. [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec)

43. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Misión y Visión:

Disponible en: [www.iesse.gob.ec](http://www.iesse.gob.ec)

44. CDC. Virus del Papiloma Humano. Información sobre el VPH para médicos:

Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/sp/ClinicianBro-Sp-fp.pdf>

## **13. ANEXOS**

---