

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Descripción y Análisis del registro del cáncer de cuello uterino en el
Hospital SOLCA núcleo de Quito 2005-2009**

Grace Patricia Tituaña Ávila

**Bernardo M. Ejgenberg, MD., ESP-SP., Director de
Trabajo de Titulación**

**Trabajo de Titulación presentada como requisito para la obtención del título de
Máster en Salud Pública**

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Descripción y Análisis del registro del cáncer de cuello uterino en el Hospital SOLCA
núcleo de Quito 2005-2009

Grace Tituaña Ávila

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP, SP.

Director de Trabajo de Titulación

Miembro del Comité de Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, MPH.

Miembro del Comité de Trabajo de Titulación

Fadya Orozco, MD. , PHD

Directora de la Maestría de Salud Pública.

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., MS., PhD.

Decano de Salud Pública

Gonzalo Mantilla, MD., M. Ed. F.A.A.P.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy, PhD.

Decano de Colegio de Postgrados

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Grace Patricia Tituaña Ávila

C. I.: 1709194417

Fecha: Quito, mayo de 2015

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado a la mujer ecuatoriana, sin importar su edad o condición social y económica que tiene derecho a la salud y a la búsqueda permanente de tener al alcance de sus manos métodos eficientes, oportunos, de calidad, dignos, para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades como el cáncer cérvico uterino, con el objeto de considerar su vida como algo valioso para su bienestar y el de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por que su presencia está en mi vida, dirigiéndome al logro de mis metas y objetivos, abriendo puertas y guiando mi camino.

A mi esposo y mis hijas que me han impulsado, colaborado y motivado en forma permanente para lograr este anhelo que lo tuve desde hace mucho tiempo atrás y que gracias a la Universidad San Francisco de Quito fue posible, gracias a todas sus autoridades y profesores por mantener su política de puertas abiertas para todo aquel que desea cumplir su sueños. De manera especial a mi Padre.

RESUMEN

En las instituciones de salud se debe contar con un sistema de información que permitan una evaluación objetiva de los programas que se llevan a cabo con un registro adecuado y una historia de la enfermedad completa, lo que facilita la mejora continua de las prestaciones de servicios de la institución.

El cáncer de cuello uterino se presenta como un importante problema de salud pública por su alta morbilidad y mortalidad. En las mujeres se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano es un factor de riesgo para el desarrollo de éste tipo de cáncer, que tiene gran impacto y repercusión sobre la salud, sobre todo en las mujeres jóvenes y que conlleva a consecuencias negativas, sociales, humanas y económicas.

Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito (Pan American Health Organization PAHO, 2004, p 4).

La presente investigación se realiza con los datos del Registro Hospitalario de Tumores del Hospital Solón Espinosa de Quito SOLCA Quito, cuyo objetivo es conocer si el sistema de registro que se utiliza en éste hospital brinda suficiente información para realizar acciones de intervención y planificación que faciliten en forma objetiva conocer la evolución que ha tenido el cáncer cérvico uterino en los años 2005 al 2009, lo que a su vez permite hacer una propuesta futura de medidas que deben ser consideradas

Si analizamos la incidencia de cáncer de cuello de útero en nuestro país y en los países de pocos recursos, los estudios estadísticos nacionales e internacionales, demuestran que está afectando a un grupo vulnerable de la población, aquellas que tienen menos recursos económicos, sociales y culturales, en donde los programas que se realicen deberán ser oportunos y efectivos (Lewis, 2004).

He considerado que para tener información relevante sobre el desarrollo de cáncer cérvico uterino es necesario partir de la primera acción que se debe considerar para control de la enfermedad, y es la prueba de Papanicolaou, como acción de detección temprana de alteraciones celulares, la misma que al ser una prueba diagnóstica sencilla y de bajo costo debería tener amplia difusión en un centro de especialidad oncológica como SOLCA.

Sin embargo, los hallazgos encontrados en la presente investigación, difieren de lo que la base teórica sugiere de que toda mujer a partir de haber tenido su primera relación sexual debe realizarse un Papanicolaou cada tres años si no tiene factores de riesgo, y cada año si los tiene. Estos son datos de seguimiento necesarios en un sistema de Registro Hospitalario de especialidad oncológica, y de gran relevancia para tomar acciones de tratamiento y seguimiento al grupo de pacientes en riesgo.

El total de pacientes que han acudido al Hospital de SOLCA Núcleo de Quito en el periodo de este análisis (2005-2009) es de 2397 de acuerdo al formato establecido en el Registro Hospitalario del Hospital de SOLCA y a través de la

Hoja de Historia Clínica del Registro Hospitalario consta los registros SI se han realizado el Papanicolaou con regularidad (de acuerdo a SOLCA, se refiere a regularidad a una prueba de Papanicolaou cada tres años) , las que están registradas que SI se han realizado el PAP con regularidad son 623 (26,0%) y las que NO se han realizado son 247 (10,3%) lo que más llama la atención es el registro de 1527 (63,7%) que constan en el formato del Registro Hospitalario como “No Especifican,” el haberse realizado la prueba de Papanicolaou lo que se refiere a que no se registró o no se preguntó, por lo que será necesario que la institución tome los correctivos necesarios para contar con registros de información completos que reflejen la realidad del cáncer cérvico uterino en Quito.

En la presente investigación se registra que en las mujeres que se realizan las pruebas de Papanicolaou con regularidad se pueden detectar las posibles anomalías cérvico uterinas, es decir el diagnóstico precoz permite que el comportamiento del cáncer de Neoplasia Maligna Infiltrante disminuya.

Se ha encontrado que existe relación en el registro del nivel de escolaridad en las pacientes que desarrollan cáncer cérvico uterino cuyo comportamiento es de Neoplasia Maligna. En los casos el nivel de educación de Primaria completa se muestra que las pacientes tienen poco conocimiento sobre acciones de prevención y que este número de pacientes acuden a la institución cuando la enfermedad está en una fase difícil de tratar y cuya sobrevida es menor en relación a aquellas pacientes que acuden a la institución a ser tratadas cuando el cáncer está en su fase de comportamiento In Situ.

De allí que la recomendación que se realiza es que el registro del seguimiento a las pacientes que son diagnosticadas en una fase inicial deben ser concientizadas sobre la gravedad de la enfermedad y las repercusiones fatales si hay abandono del tratamiento.

Debido a que la situación socio-económica y cultural de las pacientes tiene gran peso ante la presencia del cáncer cérvico uterino, es necesario que los registros de estos datos sean más objetivos y claros, para que, de esta manera poder tomar acciones concretas junto con otras instituciones de salud, de acción social y de educación.

Un adecuado programa de prevención de cáncer cérvico uterino deberá contener un registro completo de toda la información referente al curso de la enfermedad, desde los indicios de alteraciones celulares, el registro de los cambios que se vayan encontrando de acuerdo a las intervenciones que se realicen, y de ésta manera contribuir a que se tomen decisiones bien documentadas y oportunas, orientadas a reducir los índices de incidencia y mortalidad del cáncer cérvico uterino.

ABSTRACT

Health institutions should have information systems that allow an objective assessment of the programs carried out by them. Only the proper record and an adequate patient's disease history will allow the continuous improvement of the benefits rendered by the institution.

Uterine Cervical Cancer occurs as a major public health problem due to its high morbidity and mortality rate. In women, it has been shown that the infection by Human Papillomavirus is a risk factor for the development of this type of cancer. It represents a great impact and repercussion on health, especially in young women, leading to social, human and economic consequences.

This disease is entirely preventable and curable at a low cost and risk with the use of screening methods in asymptomatic women, along with an appropriate diagnosis, treatment and monitoring. However, prevention programs in Latin America and The Caribbean have had low or no success (Pan American Health Organization PAHO, 2004, p 4).

The present research was performed using the statistical data of the Registry of Tumors of the Hospital Solón Espinosa, SOLCA Nucleus Quito. The objective of this research is to determine whether the registering system used in this hospital provides enough information to take intervention and planning actions that allow to objectively show the evolution of the cervical cancer from the years 2005 to 2009, which in turn, allows a future projection of measures that should be taken into consideration.

If we analyze the incidence of cervical cancer in our country and in countries with limited resources, we can notice that national and international statistical studies show that this type of cancer is affecting a vulnerable population group, such as those with less economic, social and cultural resources, where the programs to be applied should be appropriate and effective (Lewis, 2004).

To have relevant information on the development of uterine cervical cancer, I have considered that it is necessary to start from the first action to be considered for the control of the disease, which is the PAP smear test for the early detection of cellular alterations, which at the time of being a low cost and simple diagnostic test, should be widely disseminated in an oncology specialty center as SOLCA.

However the findings in this investigation differ from what the theoretical basis suggests; that all women starting from their first sexual relationship, should undergo a Pap smear test every three years in absence of risk factors; and each year if having them. The monitoring data needed in a system of Hospital Register of the oncology specialty, would be of great relevance to take treatment and monitoring actions in favor of the group of patients at risk.

The total of patients who have attended SOLCA, Nucleus Quito, during the term of this analysis, (2005-2009), is 2397; of which, according to the records, to the question if they regularly undergo the PAP smear test, there are 623 (26.0%) answers for YES; 247 (10.3%) answers for NO. It is important to highlight that

the term “regularity” used in the Hospital Registry of SOLCA, Nucleus Quito, is referred to when a Pap smear test is within its normal parameters; in this case, the test should be done every three years. What is more striking of the results obtained is that 1527 (63.7%) patients, are registered as “Do not Specify” (if they underwent the Pap smear test), which means that there is no record in the patient’s history, or that they were not asked; so, it will be necessary for the institution to take the proper corrective measures to have comprehensive records to reflect the real data of cervical cancer in Quito.

In this research, it has been registered that in women who regularly undergo Pap smear tests, possible uterine cervical abnormalities can be detected, i.e. the early diagnosis allows the behavior of Malignant Infiltrating Neoplasia to decrease.

It has been found that there is a relationship between schooling and patients who develop cervical cancer, whose behavior is of malignancy. It reflects that patients with complete primary school level of education have low awareness about prevention actions. These patients attend the institution when the disease is in a difficult phase of treatment, and whose survival expectation will be lower, compared to those who attend the institution to be treated when the cancer behavior is in its In Situ phase.

Hence the recommendation that is made is that the monitoring record of patients who are diagnosed at an early stage, should make aware them of the seriousness of the disease and the fatal consequences of the treatment discontinuation.

Due to the fact that the socioeconomic and cultural situations of the patients represent a great burden on the occurrence of cervical cancer, the records of these data should be more objective and clear, so as to take very specific actions, together with other instances of social action and education.

A suitable program to prevent uterine cervical cancer should contain a complete record of all the information concerning the course of the disease from the signs of cellular alterations, and the record of the changes found in accordance with the interventions practiced. Thus, it will be possible to contribute effectively to make well documented and timely decisions aimed at reducing the incidence and mortality caused by uterine cervical cancer.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	7
Abstract.....	9
I. INTRODUCCION.....	15
1.1 Planteamiento del Problema.....	17
1.2 Propósito del Estudio	22
1.3 Innovación del Estudio	23
II. MARCO TEORICO	23
2.1 Definición de la Enfermedad.....	25
2.2 Factores de Riesgo.....	26
2.3 Estadíos del Cáncer.....	31
2.4 Efectividad del PAP.....	32
2.5 Recomendaciones para el Control del Cáncer Cérvico Uterino.....	35
2.6 Importancia de los Registros Institucionales para el control del Cáncer.....	40
III. JUSTIFICACIÓN.....	46
IV. METODOLOGIA.....	47
4.1 Objetivo General.....	47
4.2 Objetivos Específico.....	47
4.3 Tipo de Estudio.....	48
4.4 Instrumento.....	49
4.5 Códigos de Información.....	49
4.6 Aspectos Bioéticos.....	50
4.7 Análisis y Tabulación de la Información.....	50

V. RESULTADOS	51
VI. DISCUSION, LIMITACIONES, RECOMENDACIONES.....	64
6.3 Discusion.....	64
6.2 Conclusiones.....	71
6.3 Recomendaciones.....	73
6.4 Limitaciones.....	75
VII. REFERENCIAS.....	77
GLOSARIO.....	80
ANEXOS.....	83
Anexo 1. Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA.....	83
Anexo 2. Estadíos del Cáncer. FIGO.....	85
Anexo 3. Aprobación por parte de SOLCA, Quito para realizar el trabajo.....	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.- Registro total de pacientes con Patología Cervical Atendidas en el Hospital de SOLCA Quito. (2005-2009).....	52
Tabla 2.- Registro de Pacientes Residentes en Quito que se realizan Papanicolaou con regularidad Período 2005-2009.....	53
Tabla 3.- Registro de Pacientes Residentes en Quito que Si y No se realizan Papanicolaou, relacionado al comportamiento del tumor In situ y Neoplasia Maligna Infiltrante. Tabla consolidada. Período 2005-2009.....	55
Tabla 4.- Registro total de pacientes que acuden al Hospital de SOLCA Quito y que SI se realizan Papanicolaou con regularidad y reportan anormalidad Período 2005-2009.....	56
Tabla 5.- Registro total de Pacientes que acuden al Hospital de SOLCA en el período 2005-2009, que NO se realizan PAP con regularidad y que reportan Anormalidad.	57
Tabla 6.- Registro de Pacientes de Quito según grado de instrucción relacionado con el Comportamiento del Tumor In Situ y Neoplasia Maligna. Período 2005-2009... ..	60
Tabla 7.- Registro de Inicio de Actividad Sexual en Quito, relacionado con el Comportamiento del Tumor In Situ y neoplasia Maligna. Período 2005-2009.....	62
Tabla 8.- Registro de Gestas y Partos en las pacientes de Quito relacionado con el comportamiento del Tumor In Situ y Neoplasia Maligna. Período 2005-2009.....	63

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1.- Cáncer más frecuente en el Ecuador. Globocan 2008.....	21
Gráfico 2.- Número Estimado de Nuevos casos de Cáncer Cervical por grupos de edad. Año 2008 y proyectado 2025.....	22

I INTRODUCCIÓN

En el quehacer de un Hospital de especialidad y de alta complejidad, es necesario determinar datos estadísticos que reflejan los resultados de los procedimientos y tratamientos que se realizan a mediano y largo plazo, es por ello que debería reglamentarse en cada institución un sistema de registro que permitan evaluar cómo ha sido su trabajo desde el punto de vista técnico, si ha cumplido con indicadores básicos de calidad y si ha dado los resultados esperados en los usuarios y pacientes de la institución.

La Sociedad de Lucha contra el cáncer SOLCA, Núcleo de Quito es el centro hospitalario en la provincia de Pichincha que acoge a todos los pacientes que sufren de diferentes tipos de cáncer especializado en el diagnóstico y tratamiento que cuenta con un sistema de registro y con la información necesaria para desarrollar el presente trabajo. Presentación de SOLCA, ver Anexo 1

El Registro Nacional de Tumores es un sistema de información que se ocupa de recolectar, almacenar, analizar, interpretar y reportar en forma sistemática los datos de todos los casos diagnosticados de cáncer en los diferentes servicios de salud de la ciudad de Quito. Actualmente existen Registros de cáncer poblacional en Quito, Guayaquil, Manabí, Cuenca, Loja y Machala. Es por lo tanto importante la información que se registre a nivel institucional como es el Registro del Hospital SOLCA Quito para que la información que se registre sea actualizada y fiable y que sea de utilidad en el registro Nacional de tumores

En el reporte del Registro Hospitalario de Tumores SOLCA núcleo de Quito en el año 2005, hace referencia que en la población registrada predominan las mujeres con el 65.6%, el mismo que se encuentra a más temprana edad que los hombres quizás influido por la presencia de cánceres de cérvix y mama, con un rango de diagnóstico entre los 40 y 70 años. El nivel de instrucción puede reflejar la realidad social del país con una mayor población entre los que tienen solo educación primaria sobretodo en las mujeres. (Cueva & Yépez, 2009).

Al referirnos al cáncer cérvico uterino, es necesario también señalar la importancia que tiene la prueba del Papanicolaou; el seguimiento y la información a la misma permitirá conocer desde el inicio las primeras alteraciones celulares que si son diagnosticadas a tiempo, las pacientes que las padecen tienen adecuadas posibilidades de tratamiento precoz y así evitar que se desarrolle a una fase de malignidad.

Como menciona la Sociedad Americana del Cáncer en su informe sobre datos y estadísticas del cáncer entre los hispanos y latinos, considera que las tasas bajas de exámenes de detección a través del Papanicolaou y del virus Papiloma Humano y el incumplimiento del seguimiento recomendado después de obtener resultados anormales de una prueba de detección, contribuyen a una mortalidad más alta entre las mujeres hispanas (American Cancer Society, 2012). Por lo que se debe promocionar programas oportunos de detección a la población y realizar el seguimiento oportuno.

La prueba de Papanicolaou al ser un examen de detección puede no ser del todo precisa, si una paciente reporta un falso positivo significa que la paciente tiene células anormales cuando en realidad las células son normales. Y un resultado de

una prueba falso negativo de la prueba de Papanicolaou puede demorar el diagnóstico y tratamiento de una afección precancerosa. Por lo que es importante que los exámenes selectivos de detección hechos con regularidad ayuden a compensar un resultado falso negativo. Si no se detectaron celulares anormales una vez, hay buenas probabilidades de que serán detectadas la próxima vez, para lo cual el registro de estos eventos son importantes en la historia clínica de seguimiento de las pacientes.

1.1 Planteamiento del Problema

El cáncer se presenta como un importante problema para la salud, dada la alta morbilidad y mortalidad que produce. En el Ecuador la Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, presenta al Cáncer cérvico Uterino como el segundo más frecuente luego del cáncer de mama en el Ecuador. Cómo se puede observar en el Gráfico 1 al final del presente texto. En las mujeres se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano es un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer.

El cáncer cérvico uterino constituye una de las enfermedades con gran impacto y repercusión sobre la salud femenina, particularmente en las mujeres jóvenes con sus consecuencias sociales, humanas y económicas. En cuanto a incidencia, el Ecuador ocupa el lugar cincuenta y dos dentro del mundo en tener cáncer cérvico uterino, y en Latinoamérica ocupa el décimo lugar. (Globocan, 2008)

Según el “Análisis de la situación del Cáncer Cervico Uterino en América Latina y el Caribe”, realizado por la OPS, 2004, se refiere que las variaciones en la incidencia y la mortalidad del cáncer cérvico-uterino pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica de su domicilio, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales. Encontrando que en el Ecuador las tasas más altas de cáncer en general se observaron en los individuos más pobres, y esto fue aún más notable entre las mujeres, especialmente las de las zonas rurales (Goss et al., 2013).

En el reporte Epidemiológico del Cáncer en Quito año 2003-2005 y publicado en Junio 2009, menciona que el número de casos de cuello del útero invasor, es de 2687, con una tasa cruda de 20.5 por 100.000 y el número de casos de cuello de útero In situ es de 1464, con una tasa cruda de 11.20 por 100.000

Conseguir metas de reducción de la incidencia y mortalidad de por lo menos 30% fue el planteamiento de hace una década de SOLCA. La tasa cruda (23.8% x 100.000) del cáncer invasor de cuello de útero, para el período 1990-1995, se redujo un 21%, en el período 2000-2005, a un 18,7 x 100.000 (Cueva & Yépez, 2009).

Los esfuerzos que ha realizado SOLCA en cuanto a control del cáncer cérvico uterino y el programa de tamizaje, se han visto reflejados en la disminución de la incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino, es importante señalar que la calidad en la información y la verificación histológica han contribuido para éste logro, así lo menciona el Registro Epidemiológico de Cáncer en Quito, en el año 2003-2005.

Las proyecciones de la enfermedad a nivel mundial en el período 2010 a 2030 revelan tendencia al aumento de casos nuevos, siendo mayor el riesgo de enfermar de cáncer cérvico uterino en países en desarrollo, en los cuales el número de casos será casi el doble de los casos registrados en los países desarrollados. Lo que se puede observar en el Gráfico 2 donde se observa el número de casos nuevos proyectados del 2008 al 2025. (Arzuaga-Salazar, de Souza, de Azevedo Lima, 2012).

Se requieren también elementos de una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas. (Lewis, 2004).

La información que se registre es de mucha utilidad para monitorear el desenvolvimiento de la enfermedad, conocer la cobertura, la calidad de servicios que se prestan y dentro de ellos los resultados que pueda brindar los servicios de tamizaje y detección temprana lo que ayudará a realizar programas eficaces de prevención y control.

Los registros del cáncer son fundamentales para conocer la carga de enfermedad, registrar los casos de cáncer, el número de mujeres que se han sometido a tamizaje y el reporte adecuado y veraz de los resultados en el tiempo previsto permitirá tener un control apropiado del seguimiento.

La información sanitaria y los registros del cáncer, los planificadores sanitarios y las instancias normativas dependen de los cálculos de la carga de enfermedad y de los informes cualitativos de los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en el sector público. (American Cancer Action, 2011)

Ya que las mujeres que fallecen a causa del cáncer cérvico uterino a menudo están marginadas, deben tomarse todas las medidas necesarias para identificar a

aquellas que necesitan atención antes de que aparezca el cáncer, pero también es preciso considerar a las mujeres a las que no se ha logrado proteger, por lo que se debe mejorar sustancialmente la recolección de información sobre el cáncer cérvico uterino y la ejecución de los programas presentes.

Las muertes por cáncer cervicouterino en toda la Región de las Américas representan un gran número de años de vida potencial perdidos. En 1995, murieron de cáncer cervicouterino 6.065 mujeres entre los 35 y 64 años de edad en 16 países, lo cual ocasionó la pérdida de 183.487 años de vida potencial, si se supone una esperanza de vida al nacer de 75,8 años. (Lewis, 2004)

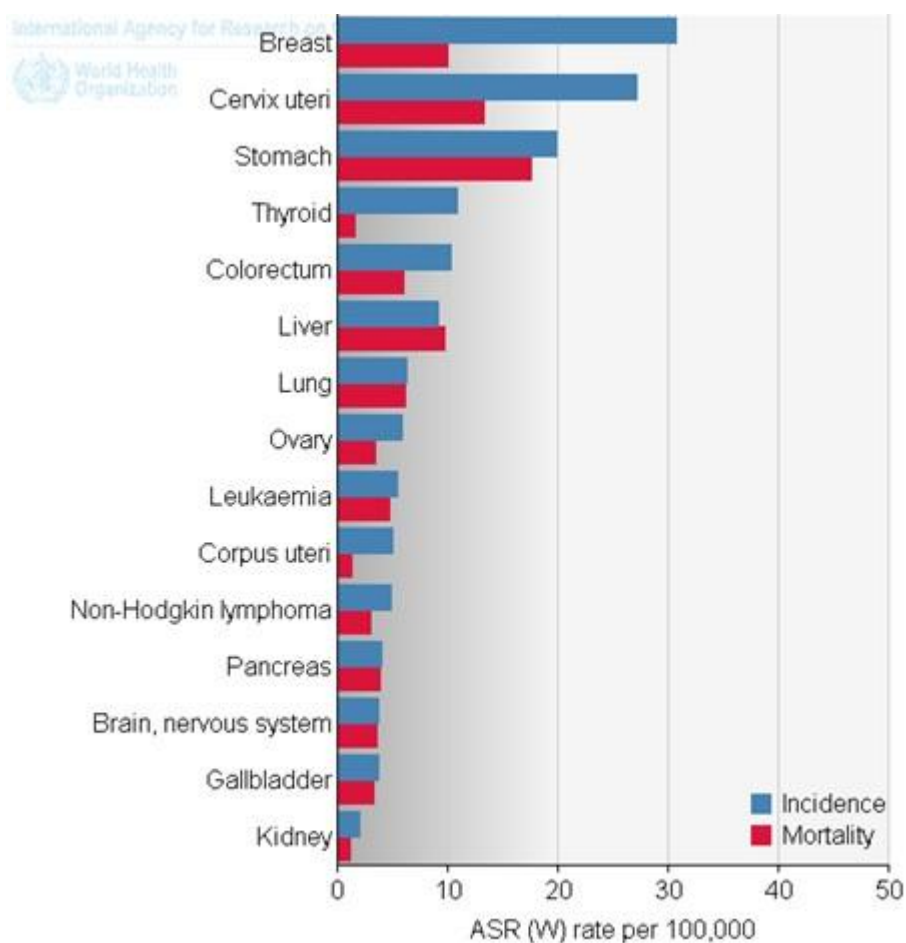
Con base en los datos más recientes proporcionados a la OPS, entre 1996 y 2001, 74.855 mujeres de 13 países latinoamericanos murieron de cáncer cervicouterino. De ellas, 50.032 tenían entre 25 y 64 años de edad, y su muerte prematura ocasionó más de 1,56 millones de años de vida potencial perdidos. (Lewis, 2004)

Dada la importancia que representa el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se hace necesario que se replanteen prioridades en cuanto a la prevención y el control además que se reconozca al cáncer cervicouterino como una prioridad de salud pública.

Por lo que se debe contar con un sistema de información que permitan una gestión eficaz de los programas de prevención, ya que una manera inadecuada de registro de cáncer cérvico uterino dificulta el seguimiento e impide determinar la efectividad de un programa mediante una evaluación continua.

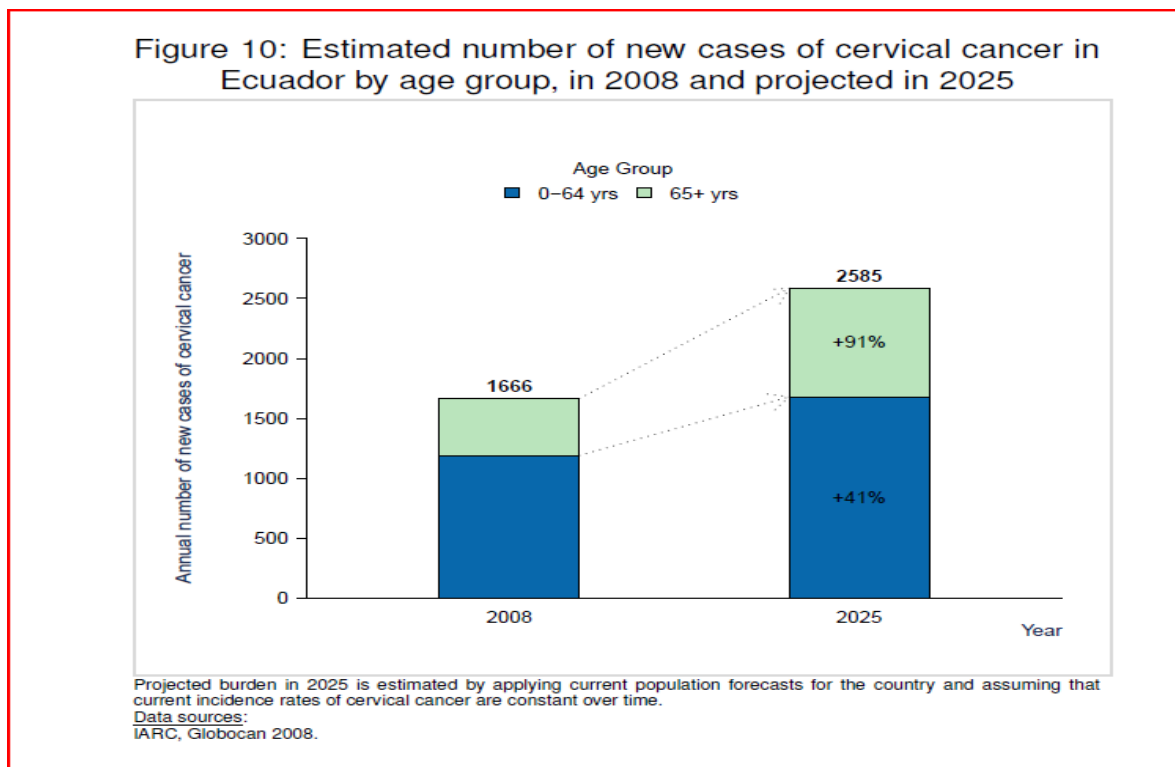
Con todos los elementos mencionados, el propósito de realizar el presente trabajo es conocer la información que maneja el Registro Hospitalario de SOLCA, Quito como un elemento que influirá en la toma de decisiones de la planificación de acciones para el control del cáncer cérvico uterino el mismo que debería proyectarse a otras instituciones especializadas en cáncer y a nivel Nacional.

Gráfico 1: Cáncer más frecuente en el Ecuador. Globocan 2008



Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. 2013

Gráfico 2: Número Estimado Nuevos Casos de Cáncer Cervical por grupos de edad. Año 2008 y Proyectado al 2025



Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. 2013

1.2 Propósito del Estudio

Conocer si el Registro Hospitalario de SOLCA Quito, brinda información efectiva que permita a las autoridades tomar decisiones en el control de cáncer cérvico uterino, en áreas de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento.

1.3 Innovación del Estudio

Este estudio pretende crear un precedente acerca de la importancia que tienen los sistemas de información sobre los Registros Hospitalarios completos actualizados y que permitan la planificación de programas y proyectos para el control de las enfermedades, más aún si conocemos que el cáncer cérvico uterino es prevenible con una detección oportuna y documentada.

II MARCO TEÓRICO

El Cáncer es una enfermedad devastadora para las personas y el entorno familiar en el cual se desarrolla, afectando todos los aspectos: físicos, psicológicos y económico llegando a convertirse en un gran peso que sobrellevan las personas que las padecen y sus familias. Se trata de una patología grave que puede desarrollarse en diferentes partes del cuerpo humano y que dependiendo si es diagnosticada a tiempo puede ofrecer mejores opciones de tratamiento y vida para los que la padecen.

De acuerdo a la Revista The Lancet Oncology 2013, el cáncer de cuello uterino es el más frecuente en diez de los 25 países de América Latina y es una de las principales causas de muerte entre las mujeres, con 68.220 nuevos casos y 31.712 muertes año (Goss et al., 2013).

En el cáncer cérvico uterino, existen mejores posibilidades de tratamiento para las pacientes, si han acudido en forma periódica a sus revisiones ginecológicas en donde a través de la prueba del Papanicolaou se puede establecer el inicio de alteraciones celulares que permitan orientar al médico a un seguimiento y

tratamiento oportuno. En el informe de la Organización Panamericana de la Salud del año 2004, se expresa: “Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados”. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito (Lewis, 2004).

El Programa Nacional de Registros del Cáncer, desde su creación por el Congreso de los Estados Unidos a través de la Enmienda sobre los Registros del Cáncer de 1992, el Programa Nacional de Registros del Cáncer, administrado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), recopila datos sobre la incidencia del cáncer (incluyendo el tipo, su diseminación y localización) y el tipo de tratamiento inicial (CDC, 2013)

Antes de que se estableciera el programa, 10 estados no contaban con registros y la mayoría de los estados que sí los tenían carecían de recursos y apoyo legislativo para recopilar los datos completos requeridos. En la actualidad, a través del programa, los CDC suministran información a los registros centrales del cáncer en 45 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las jurisdicciones de Estados Unidos en las islas del Pacífico. Estos datos representan el 96% de la población de los EE.UU (CDC, 2013)

De manera conjunta, el Programa Nacional de Registros del Cáncer y el Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional del Cáncer reúnen datos sobre toda la población estadounidense. Esta cobertura nacional permite que investigadores, médicos, responsables de formular políticas, profesionales de salud pública y miembros de la comunidad vigilen la carga del

cáncer, evalúen el éxito de los programas e identifiquen las necesidades adicionales para los esfuerzos de prevención y control del cáncer a nivel nacional, estatal y local. (CDC, 2013).

La Organización Mundial de la Salud establece que un Programa Nacional del Control del Cáncer debe estar adaptado al contexto socioeconómico y cultural lo que permitirá a los países que conviertan eficiente y eficazmente el control de los programas del cáncer. La aplicación de medidas necesarias requiere de la formulación de políticas basadas en datos disponibles, la movilización y asignación apropiada de recursos, la participación activa de todos los interesados directos y sobretodo del compromiso del Gobierno con una legislación, un programa educativo y con el compromiso nacional e internacional para apoyar el control de ésta patología.

2.1.- Definición de la enfermedad

Se trata de un grupo variado de enfermedades cuyo factor común es un desequilibrio que se produce en la relación proliferación/muerte celular a favor de la acumulación de células, provocada por mecanismos genéticos o no. Las alteraciones genéticas pueden ser congénitas, adquiridas o ambas, y son producidas por mutaciones de etiología multifactorial en cualquier célula susceptible del organismo, alterando en un inicio el funcionamiento normal de algunos genes involucrados en la proliferación celular, cuyas características fenotípicas y biológicas de malignidad se traducen en diferentes modalidades y en grado variable según particularidades biológicas del tumor (Ferbeyre & Salinas, 2005). En general se refiere al cáncer como una neoplasia maligna que es el término más común utilizado en la actualidad.

2.2.- Factores de Riesgo en cáncer de cuello de útero de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.

2.2.1.- Conducta sexual

El número de parejas sexuales será el condicionante de la probabilidad de exposición al HPV y de otros agentes infecciosos. La vida sexual activa incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad (Sayed, El-Wakil, Kamel, & Mahmoud, 2002).

La infección por VPH de las células del epitelio cérvico uterino es considerada como una enfermedad de transmisión sexual a través del contacto con el epitelio ano genital infectado. En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamo-columnar hacia el endocérvix. En este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. (Ponten, 1998) Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa y puede iniciarse el historial de enfermedad.

2.2.2.- Agentes de Transmisión Sexual

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una fuerte asociación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino se incrementa en 3 veces (Sayed, El-Wakil, Kamel, & Mahmoud, 2002).

Por otra parte, la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino (Mikamo et al., 1999).

La Co-infección con otros virus como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpes virus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix.

Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.

2.2.3.- La Edad

La infección de cuello uterino es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad y después de los 30 años decrece la prevalencia. A nivel Internacional el Cáncer cérvico uterino es más común después de los 35 años, lo que sugiere una infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer (López & Lizano, 2006).

2.2.4.- Uso prolongado de Anticonceptivos orales

Los cánceres cervicales son causados por infección persistente de los tipos de alto riesgo u oncogénicos de VPH (Papiloma virus) y la asociación del cáncer cervical con los anticonceptivos orales es posiblemente indirecta. Las hormonas en los anticonceptivos orales pueden cambiar la susceptibilidad a la infección por VPH(Papiloma Virus) de las células del cérvix, o pueden afectar la capacidad de las células para deshacerse de la infección o hacer que la infección por VPH (Papiloma Virus) cause cambios con más facilidad los cuales se conviertan en cáncer cervical. (IARC, 2007)

2.2.5.- Predisposición Genética.

Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad (López & Lizano, 2006).

2.2.6.- Paridad y Edad del primer embarazo.

Mujeres portadoras del ADN del Papiloma Humano VPH, con 7 o más embarazos a término, tienen un riesgo de padecer la enfermedad 4 veces mayor que mujeres nulíparas o con menor número de hijos (Bosch, Lorincz, Munoz, Meijer, & Shah, 2002).

Como se mencionó anteriormente la puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos. Sin embargo, sólo en aquellas mujeres con menos de 16 años, donde el epitelio está en fase de transición este es más susceptible a las lesiones. En los embarazos a término y partos naturales la probabilidad de traumas en la zona de transición en el cuello uterino no es frecuente, por lo que la influencia de este factor es cuestionable.

2.2.7.- Cáncer y Pobreza

El mito de que el cáncer es el problema en los países desarrollados y las infecciones en los países pobres, ha sido desmentido por la cruda realidad de las cifras que Globalnet y la Agencia Internacional Contra el Cáncer publican desde hace 10 años. Según esa organización, más de la mitad de los 11 millones de casos de cáncer que ocurrieron el año 2008 en todo el mundo, se registraron en los habitantes del tercer mundo, y dos terceras partes de los 7,6 millones de muertes por cáncer ocurrieron en los habitantes

pobres de los países pobres. Los estudios estiman que en los próximos diez años, el 70 por ciento de los casos de cáncer ocurrirán en los países en vías de desarrollo, y ahora mismo ocurre que muchos países subdesarrollados están entre los 10 con tasas más elevadas por cáncer debido al abuso de alcohol y tabaco, a una dieta insalubre, a un estilo de vida incorrecto y a la contaminación del medio (Solidoro Santisteban, 2010, p:204-206)

El perfil del cáncer en los países del Tercer Mundo es distinto al de los países desarrollados: más del 80 por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino, hepato-carcinoma y de cáncer del esófago, y más de las dos terceras partes del total de casos de cáncer gástrico y de la cavidad oral, se registran en los países del tercer mundo. En Lima, más de 40 por ciento de los casos de cáncer fueron del estómago, cuello uterino, mama, pulmón y hepato-carcinoma (Solidoro, 2010. pp.204-206).

Unos 10 mil casos de cáncer cérvico-uterino ocurren anualmente en el Perú, en los “7,5 millones de peruanas mayores de 20 años” (Solidoro, 2010). Estadísticamente, la carga está desigualmente distribuida, y 7 a 7,5 de los 10 mil casos, afectan a los 4 millones de mujeres de los estratos socioeconómicos deprimidos, que es el que tiene menos acceso a los programas de control de cáncer (Solidoro,2010)

2.2.8- Virus Papiloma Humano (VPH)

El Papiloma Virus (VPH) es un virus ADN pequeño de una amplia diversidad molecular, hasta la fecha se han identificado 120 genotipos. Este virus se caracteriza por su propagación celular que en la mayoría de casos es benigna pero

cuando su crecimiento celular es incontrolado terminará en cáncer. Infecta los epitelios y las mucosas de los órganos genitales, los tractos respiratorio y digestivo superiores y en la piel.

Existen dos grandes grupos de mayor riesgo patogénico: el de alto riesgo VPH 16 y 18 y de bajo riesgo VPH 6 y 11 VPH. En los órganos genitales los VPH de bajo riesgo causan las verrugas genitales o condilomas, y los tipos de alto riesgo causan los cánceres de cuello uterino, ano, pene, vulva y vagina. En los tractos respiratorio y digestivo, los tipos de bajo riesgo causan lesiones proliferativas benignas como la papilomatosis respiratoria recurrente que ocasiona la muerte debida a la obstrucción de las vías respiratorias, y lesiones orales como la hiperplasia epitelial focal; los tipos de alto riesgo son los agentes causales de una cierta proporción de cánceres de la cavidad oral, de la faringe y las amígdalas. En la piel causan cáncer escamo-celular que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con epidermo-displasia verruciforme, una enfermedad rara y hereditaria (Bernard, 2005).

La infección genital por VPH se adquiere por la vía sexual; por esta razón, la mayor frecuencia ocurre después del inicio de las relaciones sexuales, entre los 15 y los 25 años; luego, disminuye con la edad para aumentar de nuevo después de la cuarta o quinta década, sobre todo en los países latinoamericanos (Clifford et al., 2005). El principal factor de riesgo es el número de compañeros sexuales; entre más parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir la infección (Serrano, Pérez, & Díaz, 2004). Es una de las enfermedades de transmisión más frecuentes; se estima que 70% de las personas con actividad sexual normal adquieren la infección a lo largo de la vida, sin embargo la mayoría de estas infecciones son asintomáticas y se resuelven espontáneamente, sólo una pequeña proporción se manifiesta clínica o

microscópicamente como lesiones de bajo grado que, usualmente, se resuelven de manera espontánea, o lesiones precancerosas de alto grado que tienen mayor riesgo de progresar hacia cáncer. Dos de los tipos oncogénicos de VPH (16 y 18) son los responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial, y de 65% en América Latina. Siguen en orden descendente de frecuencia VPH 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Estos 8 tipos de VPH son responsables de 90% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial (Muñoz, 2006).

El VPH es una causa necesaria pero no suficiente de cáncer de cuello uterino pues sólo una pequeña proporción de mujeres infectadas con VPH evolucionan a cáncer de cuello uterino. Se ha identificado que existen factores que aumentan el riesgo de progresar a infección hacia cáncer como son: tabaco, paridad alta, uso prolongado de contraceptivos orales y co-infecciones con herpes genital y *Chlamydia trachomatis* (Castellsagué & Muñoz, 2003).

2.3.- Estadios del Cáncer

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad lenta y progresiva. Primero se presenta como un pre-cáncer y luego el cáncer va avanzando, si no se trata a tiempo puede llegar a comprometer otros órganos. Se conoce como NIC I (leve) que incluso puede desaparecer espontáneamente, hasta métodos sencillos que puede erradicar la lesión como es la electrocoagulación, criocirugía, láser o una extracción quirúrgica pequeña.

Lesiones más avanzadas como el NIC II o III requieren obligatoriamente una intervención quirúrgica como es la extirpación de una porción del cuello uterino denominada conización o en algunos casos la Histerectomía Simple (Extracción solamente del útero). Se puede encontrar la clasificación total en el Anexo 2 (IARAC, 2008)

2.4.- Efectividad del Papanicolaou

Una deficiencia grave en los programas de prevención del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe radica en la calidad y la cobertura de los métodos de tamizaje mediante citología del cuello uterino. En numerosas revisiones de dichos programas se han identificado problemas de calidad en la toma, recolección, preparación e interpretación de los frotis de Papanicolaou. (OPS, 2004)

Sin embargo, la prueba que se utiliza comúnmente para detectar este tipo de cáncer es la técnica de Papanicolaou, desarrollada en los años treinta. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer (Gómez-Jauregui, 2001).

Se ha probado la efectividad del Papanicolaou en varios países desarrollados, que además de ser de bajo costo, son efectivos, tal como lo refieren Brown y Garber en su estudio “Cost-effectiveness of methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing” (Gómez-Jauregui, 2001).

El número de citologías se ha incrementado en los últimos años, sin embargo cabe recordar que por sí sola esta estrategia no funciona, pues la tasa de falsos negativos por citología en países desarrollados es del 30% pudiendo llegar a un 50% en países pobres. (Vega B, Sacoto C, 2012)

Las muestras de células del cuello uterino se preparan para que se puedan examinar con un microscopio en el laboratorio, las más usadas son la Citología Convencional, en la que se esparce la muestra directamente sobre las laminillas de vidrio y se fija con spray preservante.

La otra manera de envío al laboratorio de la muestra de Papanicolaou es colocando la muestra de las células de cuello uterino en un líquido preservativo especial, éstas células en el líquido se distribuyen en las laminillas en el laboratorio y esto se conoce como Citología en medio líquido, que a comparación de la anterior es costosa. (American Cancer Society, 2014)

La tasa de evolución del cáncer invasivo a partir de una Neoplasia Intraepitelial cervical regularmente es lenta; se puede medir en períodos largo de años hasta décadas. Esta evolución natural extensa ofrece la oportunidad para que los exámenes detecten eficazmente este proceso durante la fase pre invasiva y permitan, como consecuencia, la administración temprana del tratamiento y la cura.

En los Estados Unidos, se calcula que se diagnosticarán 12.360 casos de cáncer invasivo de cuello uterino en 2014, y que 4.020 mujeres morirán por la enfermedad. (American Cancer Society, 2014)

Estas tasas han estado mejorando en forma constante. Sin embargo, de 2006 a 2010, las tasas permanecieron estables en las mujeres menores de 50 años, y disminuyeron en un 3,1% por año en las mujeres de 50 años y más. De 2006 a 2010, las tasas de mortalidad permanecieron estables entre las mujeres menores de 50 años y disminuyeron 1,2% por año en mujeres de 50 años y más. En gran parte, esta mejora se atribuyó a los exámenes de detección con la prueba de Papanicolaou (American Cancer Society, 2014).

En poblaciones grandes de los Estados Unidos y Canadá, se observaron reducciones similares. Las reducciones en la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino fueron proporcionales a la intensidad de los exámenes de detección.

En los estudios que compararon la prueba de Papanicolaou en una oportunidad, con la prueba de Papanicolaou repetida, se halló que la sensibilidad para detectar cualquier anomalía con una única prueba para detectar lesiones de grado alto es de 55 a 80%. Debido a la naturaleza de crecimiento lento del cáncer de cuello uterino, la sensibilidad de un programa de administración de pruebas de Papanicolaou periódicas es probablemente más alta (American Cancer Society, 2014).

Con la técnica de frotis de una célula de espesor, la muestra citológica se prepara completamente en condiciones controladas de laboratorio y ello garantiza uniformidad morfológica.

Otro instrumento potencial de tamizaje es la prueba de infección por VPH, que permitiría seleccionar a ciertos grupos de pacientes con riesgo máximo, ya sea para envío a colposcopia o a otros exámenes más intensivos (Herrero, Aciffima, Bratti, & Balmaceda, 1997).

La Sociedad Americana contra el Cáncer para Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino, recomienda que todas las mujeres a partir de los 21 años deban realizarse la Prueba de Papanicolaou hasta los 29 años cada tres años. (American Cancer Society, 2014)

A partir de los 30 años, el método preferido de detección consiste en una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba de VPH cada 5 años. A esto se le llama prueba conjunta y debe continuar hasta los 65 años. (American Cancer Society, 2014)

Las mujeres mayores de 65 años que se han hecho regularmente las pruebas de detección en los últimos 10 años pueden dejar de hacerse las pruebas siempre y cuando no se haya encontrado ningún pre cáncer grave como una Neoplasia

Intraepitelial. Las mujeres con antecedentes de CIN2 o CIN3 deben continuar con las pruebas al menos 20 años después de haber detectado la anomalía. (American Cancer Society, 2014), (Bernheim, 2012)

De acuerdo a la Coalición Mundial contra el Cáncer Cervicouterino (CCA) hay pocos países que documenten el número de mujeres que se han sometido a tamizaje según lo previsto, y aún son menos los que han recopilado datos sobre el número de mujeres con resultados anormales en el tamizaje que realmente han recibido los resultados de la prueba y a las que se les han brindado los servicios de seguimiento apropiados. A falta de indicadores sanitarios y de notificación sistemática, los planificadores sanitarios y las instancias normativas dependen de los cálculos de la carga de enfermedad y de los informes cualitativos de los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en el sector público. (CCA, 2011)

2.5 Recomendaciones para el Control de Cáncer de Cuello Uterino

Las recomendaciones de la OPS/OMS para la prevención y control de este cáncer, tienen relación con la existencia de un Programa institucionalizado para la prevención y control del cáncer cérvico-uterino, con objetivos y estrategias claramente definidas y ampliamente difundidas, las cuales consideran desde la promoción hasta la paliación. Dichos programas han demostrado gran impacto en la reducción de la mortalidad, usando la citología convencional como método de tamizaje, como los desarrollados en Finlandia, Dinamarca, Suecia y Columbia

Británica en Canadá. Consideran establecer coberturas iguales o superiores al 80% focalizando el tamizaje en mujeres entre 25 a 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años, la existencia de registros y sistemas informáticos adecuados, que permitan el monitoreo permanente. Otro componente muy importante en el Programa es el funcionamiento de laboratorios de Citopatología. (MINSAL, 2010)

Las recomendaciones que se realizan, están dirigidos a todos los niveles de atención de salud, así a nivel primario como centros y sub centros de salud que es donde se deben efectuar la toma de la muestra citológica y en una unidad centralizada de registro y de citopatología donde se deben procesar las muestras de todos los centros periféricos. Se recomienda que las mujeres detectadas como positivas por la citología deben recibir una evaluación apropiada para definir los casos verdaderos, para lo que las pacientes deberán ser derivadas a servicios de ginecología y de histopatología para confirmación diagnóstica y en el centro hospitalario deberán recibir el tratamiento apropiado para cada situación.

Para que el programa de control del cáncer de cuello uterino sea exitoso debe estar inmerso en el sistema general de servicios de salud y operar a nivel nacional aunque las actividades de control se puedan iniciar a escala provincial.

Se recomienda que el Ministerio de Salud de cada país establezca un registro de los casos de cáncer de cuello uterino para ratificar los recursos necesarios, los mismos que deben tener amplia cobertura en las provincias, distritos y áreas urbanas definidas.

Para realizar una evaluación de la Situación de los Programas para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, la OPS/OMS realizaron una encuesta en 12 países de Latinoamérica para conocer el control que existe sobre

éste tipo de cáncer y la información necesaria con la que se debe contar. Los parámetros de información con los que dichos Organismos de Salud recomiendan para utilizar en los diferentes países, serían útiles para tomarse como referencia en la organización de la información del Hospital de SOLCA.

Entre los aspectos de información necesaria, deben constar:

- Información con la ocurrencia del cáncer de cuello uterino para determinar las poblaciones de alto riesgo.
- Registros apropiados para el monitoreo y evaluación de los programas de control.
- Debe existir información sobre factores de riesgo y Prevención.
- Deben constar las variables demográficas: estado marital, socioeconómico.
- Factores de riesgo personales como conducta sexual, edad temprana de inicio de las relaciones sexuales y multiplicidad de compañeros sexuales tanto del hombre y de la mujer que hayan sido identificados, número de partos, uso prolongado de anticonceptivos orales.

Debe constar la investigación virológica del virus del Papiloma Humano, tipos 16,18 ,31 y la asociación de las formas de displasia benignas como los tipos 6 y 11.

En los aspectos enfocados sobre Prevención se debe considerar la información que se brinde al grupo de Adolescentes las que deben conocer la ventaja de iniciar las relaciones sexuales a una edad en donde el cuello uterino haya madurado fisiológicamente, y que el uso de anticonceptivos de barrera van a brindar un efecto protector, y el riesgo aumentado de tener varios compañeros sexuales.

Los programas de control del cáncer de cuello uterino deben hacer el mayor énfasis en amplias coberturas de detección en mujeres entre los 30 y 50 años con controles rutinarios cada tres años, si los recursos permiten extender la cobertura a mujeres más

jóvenes, debe iniciarse la citología a partir de los 25 años, esto se recomienda sobre todo para países con mayores tasas de incidencia y mortalidad con cobertura entre el 80 y 100% de las mujeres en edad de riesgo

Además de los registros con información personal e identificación, se debe mantener

- Tarjetero-calendario de seguimiento ordenado por mes y año para recordar a las pacientes que regresen a sus citas para la repetición de muestras.
- Un archivo de las pacientes a quienes se recomienda una biopsia, con una tarjeta de referencia en el archivo principal.
- Un archivo de casos histológicamente confirmados de displasia y carcinoma, en orden de diagnóstico, por ejemplo, "carcinoma escamoso invasor", "carcinoma in situ", etc.

A continuación se presenta un resumen de las recomendaciones que realiza la Organización Panamericana de la Salud que deberían tener los Sistemas de Registros Hospitalarios para lograr el control de cáncer cérvico uterino. Fuente: (OPS, 2010)

1. Datos Demográficos
2. Prevalencia d Infección por Papiloma Virus
3. Presencia de un Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino.
4. Organización del Programa de Prevención.

4.1 Prevención Primaria: Vacuna Papiloma Virus

4.2 Prevención Secundaria: Pruebas de Tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.

4.3 Edad Poblacional: Porcentaje de Citología. Cobertura

4.4 Frecuencia de Tamizaje:

5. Existencia de un Sistema de Referencia

6. Guías de Práctica Clínica o Protocolos

6.1 Pruebas de Tamizaje

6.2 Pruebas de Diagnostico

6.3 Pruebas de Laboratorio

6.4 Opciones de Tratamiento en Lesiones Pre-cancerosas

6.4.1 Citología cobertura

6.4.2 Inspección con Ácido Acético

6.5 Tratamiento de Cáncer Cérvico Uterino.

7. Monitorización de los Programas de Prevención Y Control de Cáncer Cérvico Uterino.

7.1 Evaluación

7.2 Registro de Cáncer

7.3 Sistema de Información

7.4 Sistema de Garantía de Calidad

8. Financiamiento

8.1 Presupuesto Específico para programas de Cáncer cérvico Uterino

8.2 Agencias Internacionales

8.3 Servicios Gratuitos

2.6 Importancia de los Registros Institucionales para el control del Cáncer

A continuación se describen aspectos relevantes que se deben considerar en un Registro hospitalario, tomando como ejemplos a Colombia, Brasil y Argentina.

Los instrumentos esenciales en la epidemiología de las neoplasias son los registros de cáncer, las encuestas periódicas, los sistemas de estadísticas vitales junto con los estudios retro y prospectivos. Las informaciones básicas producidas por los registros de cáncer son esenciales para el control de ésta enfermedad (Mirral, 1997)

Los registros de cáncer de base hospitalaria (institucionales), además de ser una fuente de datos importante para los registros poblacionales y las evaluaciones económicas, proveen información acerca de la calidad de la atención, la oportunidad diagnóstica y terapéutica. Optimizar el uso de la información generada por el registro, por parte de los clínicos y planificadores, permite mantener continuidad y sostenibilidad dentro de la institución, generar trabajos de investigación clínica, así como conocer el comportamiento del cáncer en el orden local, con el fin de generar acciones para el control del cáncer (Mirral,1997)

La respuesta frente al cáncer debe verse como un proceso cíclico y continuo de recolección y utilización de información para priorizar problemas y definir la implementación de iniciativas apropiadas, y para evaluar los programas implementados, redefinir o rediseñar los programas e intervenciones (Mirral, 1997) porque la prevención del cáncer difícilmente puede lograrse sin la existencia de sistemas de vigilancia y control apropiados para la enfermedad (Mirral, 1997)

Los países en desarrollo deben enfrentar múltiples desafíos en la construcción de planes de control adecuados, entre ellos, la ausencia o debilidad de los programas de vigilancia epidemiológica y el insuficiente desarrollo de registros institucionales y poblacionales de cáncer. (Arias, 2013)

Un registro es bueno en la medida que la información que contiene es real (Roa, 2002) La calidad de la información es la mayor limitación de los registros de cáncer, por ello la identificación es el elemento de mayor peso. Un problema no menor de los registros de cáncer guarda relación con la calidad de los diagnósticos, los que van desde la certeza con confirmación histológica, hasta los de sospecha clínica.(Roa,2002) Entre las normas establecidas por la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer), los diagnósticos van desde el certificado de defunción, diagnósticos no microscópicos (clínicos, exámenes clínicos, marcadores tumorales específicos), diagnósticos microscópicos (citológicos, histológicos de tumores primarios, de metástasis), hasta los desconocidos (Roa,2002)

Por lo que, no siempre el diagnóstico de cáncer es un hecho irrefutable. Respecto de los diagnósticos histológicos que son la base, se ha observado que el uso de términos categóricos de maligno o benigno, o bien tumoral o no tumoral, contribuyen a una clara separación y de inclusión o exclusión de un registro. Sin embargo, estudios realizados entre patólogos ha demostrado el frecuente uso de terminología ambigua, que no permite discriminar si un paciente tiene o no un tumor y, por ende, si debe registrarse como tal (Roa, 2002)

La presencia en los informes histológicos de frases como: altamente sospechoso, sugerente, compatible, probable o elementos morfológicos propios de,

son algunos ejemplos. Un registro de cáncer no puede ser originado a partir de una sola fuente de información. La información originada presente en los registros de los Departamentos de Patología, certificados de defunción, registros clínicos de tumores de otros orígenes, deben estar en constante revisión con el objeto de mantener la precisión de la información. Otros elementos como el seguimiento de pacientes a través del control clínico o seguimientos, vía entrevista personal o telefónica, contribuyen significativamente a una mejoría de la información (Roa, 2002).

El Registro Poblacional de Cáncer en Cali ha funcionado de manera continua por más de 50 años. Colombia presenta grandes diferencias geográficas, demográficas, sociales y culturales entre sus departamentos y municipios, por lo que los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Cali no son extrapolables al resto del país. Esta situación motivó la creación de 13 registros institucionales en 1990, pero con resultados poco alentadores por serias deficiencias en la mayoría de ellos (Ordoñez, Aragón, García, Collazos, & Bravo, 2014). A finales de 2010, existían registros de base poblacional en 8 áreas geográficas: registros municipales en Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto, y registros departamentales en Antioquia, Cesar y Huila, algunos de ellos en etapas incipientes y con dificultades en su implementación (Ordoñez, et al, 2014).

Por esta razón el Instituto Nacional de Cancerología ha optado por aplicar la metodología de estimación de la incidencia a partir de datos de mortalidad utilizada por la IARC como insumo principal para conocer la incidencia de cáncer en el país. En el año 2010, el Legislativo colombiano declaró el cáncer como problema de salud pública de prioridad nacional con la promulgación de las Leyes 1384 y 1388.

En el articulado de estas normas se reconoce la importancia de los sistemas de información en cáncer y se establece la obligatoriedad del reporte de los casos de cáncer por parte de todos los prestadores de servicios de salud involucrados en la atención de pacientes con cáncer. La norma contempla el fortalecimiento de los registros de cáncer existentes con miras a la creación del Observatorio Epidemiológico del Cáncer e incorpora la vigilancia epidemiológica del cáncer dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública sivegila, sumado a la medición de la prevalencia de factores de riesgo en la población y a las intervenciones para reducirla (Ordoñez, et al, 2014)

En diciembre de 2012 fueron reglamentados el Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional del Cáncer, mediante la Resolución 4496 del Ministerio de Salud. Esta norma reglamenta la obligatoriedad del reporte para todas las instituciones que manejan información sobre pacientes con cáncer y coordina la gestión, integración, difusión y utilización de la información sobre cáncer para planificar y evaluar servicios asistenciales, monitorear el comportamiento del cáncer en el país y retroalimentar las acciones de política contenidas en el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020. Además, establece responsabilidades a los diferentes actores del sistema de salud, en especial a las entidades administradoras de planes de beneficios (aseguradoras), a las instituciones prestadoras de servicios, a las autoridades sanitarias territoriales y a los registros poblacionales, entre las cuales destaca la obligatoriedad de llevar registros institucionales para las entidades que atienden pacientes con cáncer, lo cual complementa la información de base poblacional (Ordoñez, et al,2014)

Brasil ya cuenta con un sistema que integra la información de los registros hospitalarios a través de una plataforma web centralizada, de bajo costo, flexible y de fácil mantenimiento, desarrollada en convenio entre el Departamento de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y el Laboratorio de Sistemas Integrados de la Escuela Politécnica de la Universidad de Sao Paulo, financiado con recursos públicos y se propone lograr la integración de la información de los registros de base poblacional y los registros hospitalarios, junto con otra información importante del Sistema Único de Salud, en una sola base de datos de información sobre cáncer. La integración de los registros poblacionales con los registros institucionales (hospitalarios), soportada por una plataforma tecnológica adecuada y de libre acceso al público, es el mayor logro visible (Arias, 2013)

Argentina cuenta con el RITA es un sistema de registro de cáncer de base hospitalaria diseñado para ser implementado en instituciones que brindan servicios de salud a pacientes oncológicos. Su función principal es registrar en forma completa, continua y sistemática los datos personales de todos los casos de cáncer atendidos en las instituciones adheridas, las características anatomopatológicas de los tumores y los detalles clínicos del tratamiento y seguimiento de los pacientes para luego analizar y brindar información sobre la atención oncológica en los servicios de salud.

La creación de una Red Nacional de Registros Hospitalarios de Cáncer en Argentina, a través de la implementación del RITA en todas las jurisdicciones del país, permite organizar la atención oncológica teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica, el grado de complejidad de su patología, y los resultados institucionales.

El relevamiento de información sobre pacientes oncológicos se realiza en el software del RITA, un sistema de información centralizado sobre una plataforma web, en el cual se almacenan los datos en bases de datos relacionales. Durante el proceso de carga, los datos son validados con una serie de parámetros para asegurar la calidad y veracidad de los mismos y cumplir con las normas administrativas necesarias a fin de poder ser procesados en tiempo y forma. La información brindada por este registro permite planificar y optimizar los servicios de salud para la atención de pacientes con cáncer, realizar seguimientos y comparaciones, monitoreando resultados y calidad de atención; lo cual a su vez será la fuente de datos primaria para los registros poblacionales de cáncer, investigaciones epidemiológicas y futuras intervenciones de costo-beneficio probado. Al ser un sistema centralizado, en el que se incluyen instituciones de referencia en servicios a pacientes oncológicos públicas o privadas de todas las jurisdicciones, el Instituto Nacional del Cáncer puede contar con una visión completa de la atención en todo el país, lo cual le permite planificar políticas de salud en oncología y tomar decisiones basadas en las realidades regionales.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer son ingresados al sistema una vez que toman contacto con la institución para diagnóstico, tratamiento o en busca de una segunda opinión. Se reconoce como “caso” a toda persona con diagnóstico, dentro o fuera de la institución, de neoplasia maligna (incluyendo los de piel), o neoplasia de comportamiento incierto o benigno del Sistema Nervioso Central (SNC); o neoplasia in situ de mama, cuello de útero, vejiga o melanoma que toma contacto con dicha institución de cualquier sexo, edad y lugar de residencia (INC, 2010)

III JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza con los datos del Registro Hospitalario de Tumores del Hospital Solón Espinosa de Quito SOLCA, cuyo objetivo es conocer si el sistema de registro que se utiliza en éste hospital brinda suficiente y adecuada información para realizar acciones oportunas de intervención y planificación en beneficio de las usuarias en el área de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Está enfocada hacia el Registro del cáncer cérvico uterino por ser un cáncer que tiene un porcentaje importante de incidencia y mortalidad en el Ecuador. A partir el año 1996, el Ministerio de Salud Pública junto con SOLCA, llevan a cabo un programa piloto en la provincia de Pichincha, en acuerdo con la OPS denominado Plan Vida, desarrollado con la intención de bajar la tasa de incidencia del cáncer invasor de cuello uterino con la captación de los casos en la fase temprana de la enfermedad, mejorando la calidad de la toma de la muestra y la calidad de la lectura del Papanicolaou.

En esta investigación se pretende resaltar que los sistemas de información son las directrices que sirven a las autoridades institucionales y de gobierno para conocer, evaluar, y modificar en forma oportuna los programas vigentes y los futuros que se lleven a cabo en las instituciones.

Si recordamos la incidencia de cáncer de cuello de útero en nuestro país y en los países de pocos recursos basados en los estudios estadísticos a nivel nacional e internacional, vemos que está afectado un grupo especialmente vulnerable de la población, la que tiene menores recursos económicos, sociales y culturales, y que es con ellos donde los programas que se realicen deberán ser oportunos y efectivos (Lewis, 2004).

Los resultados que se obtengan en el presente estudio serán de utilidad para el Registro Hospitalario de SOLCA y se podrá proyectar para el futuro a otras instituciones para que formen un registro de información en caso de no tenerlo o mejoren la calidad de información de los ya existentes.

Este es un aporte para los profesionales de la Salud Pública que en su día a día requieren de información actualizada y fiable para cumplir con sus intervenciones en salud y que benefician a la salud de la sociedad ecuatoriana.

IV METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer si el sistema de Registro Hospitalario que se utiliza en SOLCA Quito, brinda adecuada y suficiente información para la toma de decisiones y que permita realizar acciones oportunas de intervención y planificación en beneficio de las usuarias en el área de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar si en el registro Hospitalario del Hospital de SOLCA Quito de acuerdo a la Hoja de Historia Clínica consta si las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de cuello de útero se han realizado un Papanicolaou, previamente antes de ser diagnosticadas.

2. Conocer a través de la información de la Hoja de Historia Clínica del Registro Hospitalario las características de los datos reportados sobre la prueba de Papanicolaou (Colpocitología Oncológica).
3. Identificar si a través de la información de la Hoja de Historia Clínica del Registro Hospitalario las mujeres que tienen cáncer de cuello uterino fueron vacunadas para el Virus del Papiloma Humano en SOLCA o en otra entidad.
4. Determinar a través de la información de la Hoja de Historia Clínica del Registro Hospitalario si constan los principales factores de riesgo de acuerdo a las recomendaciones que realiza la OPS/OMS para el control de cáncer cérvico uterino.

4.3 Tipo de Estudio

El presente estudio es una investigación de tipo Descriptivo ya que describe las características más importantes del Sistema de Registro del Hospital de SOLCA Quito para este importante problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y clínicos.

4.3.1 Lugar del Estudio y Período de la investigación

La investigación se realizó en la ciudad de Quito en el Hospital Solón Espinosa, SOLCA, Núcleo de Quito, a través del análisis de la base de datos del Registro Hospitalario a fin de cumplir con los objetivos propuestos para el presente estudio. El período que cubre el análisis del Registro Hospitalario será del 2005 al 2009.

4.3.2 Universo y Muestra

El Universo de la presente investigación corresponde a 2397 casos, es decir a todos los registros de Cáncer Cérvico Uterino en el período 2005-2009 que acudieron al Hospital de SOLCA Quito.

La muestra es no aleatoria seleccionada por interés de la autora. Corresponde a los registros de los residentes en Quito que son 1.054 (43,97%)

4.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyen los registros de Pacientes Residentes de Quito que han acudido al Hospital de SOLCA en el período 2005-2009

Se ha realizado una selección de los datos de la información general de la historia clínica, aplicados al objetivo del presente estudio.

Se excluye todo lo que no está relacionado a cáncer cérvico uterino.

4.4 Instrumento

No se ha elaborado ningún instrumento para el presente trabajo. El instrumento en el que se basa el Registro Hospitalario es la Hoja: “Registro Hospitalario de Tumores” de SOLCA.

4.5 Códigos de Información

Los Códigos de Información que son utilizados por el Registro de SOLCA son:

1. No Específica: se refiere a que no se escribe el dato en la historia o no se pregunta a la paciente.
2. PAP con Regularidad: SOLCA se rige por la norma del Hospital y la Asociación Americana de Cáncer que considera la regularidad un Papanicolaou cada tres años, si el mismo no presenta ninguna alteración celular

3. PAP Anormal: se refiere a la presencia de alteraciones celulares independiente de la extensión o lugar.
4. Comportamiento del Tumor, se utiliza la siguiente nomenclatura: 0- Neoplasia Benigna 1- Malignidad Borderline, incierta 2- In Situ, Intraepitelial, No Infiltrante, no Invasor, intraductal 3- Neoplasia Maligna infiltrante.

4.6 Aspectos Bioéticos

Esta investigación sigue medidas de confidencialidad para el manejo de la información. Se mantendrá la restricción a personas no autorizadas o ajenas a la investigación. El presente estudio no tiene contacto directo con pacientes, sino se realizará a través de la base de datos, no existe ningún tipo de código de identificación. Por lo que se solicitó al comité de Bio-Ética de la Universidad San Francisco aprobarlo como Estudio Exento de Consentimiento Informado, para seguridad y confiabilidad de las personas que acuden a SOLCA Núcleo de Quito, el mismo que tiene el código de aprobación 2014-022T

4.7 Análisis y Tabulación de la información

La información recolectada fue almacenada y procesada, en primera instancia, en una base de datos de Excel. Su posterior análisis se lo realizó empleando fórmulas generales de Excel. Se calcularon porcentajes para el análisis de variables cualitativas.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Para el cumplimiento del objetivo específico 1 se han elaborado tres tablas con los datos del Registro Hospitalario de las pacientes que pertenecen a Quito.

En la **Tabla 1** se cuenta con la información acerca si hay registro de pacientes que se han realizado un estudio de Papanicolaou previamente al diagnóstico de cáncer cérvico uterino, el cual si está registrado, consta con las preguntas: Si se realiza, No se realiza, y No especifica. Se considera ésta información importante porque en el cáncer cérvico uterino se requiere del registro de esta información porque la prueba del Papanicolaou es la primera acción que debe realizarse toda mujer desde que inicia su actividad sexual cada tres años en caso de que los resultados sean normales y que no hayan factores de riesgo que la predispongan (Sociedad, Americana del Cáncer, 2008)

De los resultados obtenidos de un universo de 2397 registros de pacientes que han acudido al Hospital SOLCA Quito por diagnóstico de cáncer cérvico uterino, el 26% de registros pertenecen a las pacientes que Si se han realizado una prueba de Papanicolaou previamente al diagnóstico, y un registro del 63,7% de registros en los que No se Especifica, que de acuerdo a los códigos que utiliza el Registro Hospitalario de SOLCA, significa que no se escribe el dato en la historia o no se pregunta a la paciente, por lo que se debería crear conciencia de la importancia de ésta información por parte del personal responsable de realizar la entrevista a la paciente que llega a la Institución la que debe ser completa, ya que

el registro de ésta información pueden ayudar a la prevención de un cáncer avanzado con todas las consecuencias que esto puede traer para la calidad de vida de la paciente con ésta enfermedad y de ésta manera mantener el registro hospitalario completo con los datos necesarios de cada paciente.

Tabla 1. Registro Total de pacientes que acuden a SOLCA en el período 2005-2009 con patología cervical.

AÑO	2005		2006		2007		2008		2009		Total muestra	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NO	30	8,6%	30	8,8%	46	12,1%	63	9,4%	78	11,8%	247	10,3%
SI	147	42,1%	91	26,8%	93	24,4%	132	19,8%	160	24,3%	623	26,0%
No especificado	172	49,3%	219	64,4%	242	63,5%	473	70,8%	421	63,9%	1.527	63,7%
Totales parciales	349	100,0%	340	100,0%	381	100,0%	668	100,0%	659	100,0%	2.397	100,0%

En la **Tabla 2** se registran el número de pacientes que Si se han realizado PAP con regularidad (que de acuerdo a las normas de SOLCA, se refieren a un Papanicolaou cada tres años), y las que No se han realizado el Papanicolaou, se encuentra el registro por año desde el 2005 al 2009, lo que llama la atención es que los registros pertenecen a Quito y sólo el 26,4% de los registros corresponden a que Si se realizan PAP con regularidad debiendo suponerse que si son de Quito y el centro Hospitalario de Especialidad es de Quito debería haber una concurrencia mayor para realizarse ésta prueba, sin embargo no es así.

El número de registros de las pacientes que No especifican (de acuerdo a SOLCA, éste término se utilizan cuando no se escribe el dato o no se pregunta a la paciente en el momento de la Anamnesis) y consta con un registro de 65,7%, es

decir más de la mitad de pacientes que llegan a la institución no se sabe si se han realizado alguna vez la prueba de Papanicolaou antes del diagnóstico de cáncer, por lo que las autoridades que planifican las acciones en prevención y difusión de la importancia que tiene ésta prueba diagnóstica no está llegando a la población, o talvez exista resistencia por parte de la población para hacerse ésta prueba, son cuestionamientos que en el futuro deberán despejarse con el objeto de poder controlar la incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino en el país.

Tabla 2. Registro de Pacientes residentes en Quito, que se realizan PAP con Regularidad (2005-2009)

AÑO	2005		2006		2007		2008		2009		Total muestra	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si se realizan	60	40,8%	40	27,8%	48	28,2%	51	18,2%	79	25,2%	278	26,4%
No se realizan	7	4,8%	13	9,0%	11	6,5%	19	6,8%	33	10,5%	83	7,9%
No especifica	80	54,4%	91	63,2%	111	65,3%	210	75,0%	201	64,2%	693	65,7%
TOTAL	147	100,0%	144	100,0%	170	100,0%	280	100,0%	313	100,0%	1054	100,0%

En la **tabla No 3** se puede observar el Registro de Pacientes Residentes en Quito que Si se realizan el Papanicolaou con regularidad y las que No se realizan con regularidad, en la que los resultados sobre el registro del 62,5% de Neoplasia Maligna Infiltrante en Quito nos indica que las pacientes que se han realizado el Papanicolaou con regularidad, es decir dentro de un plazo de 3 años igualmente reporta un porcentaje alto de neoplasia maligna, sin embargo este porcentaje es menor que en aquellos pacientes que no se han realizado Papanicolaou de manera

periódica, donde los resultados alcanzan un 77,1% de los registros, a pesar que la diferencia no es marcada el uso de la prueba del Papanicolaou permite una mayor detección de cáncer cérvico uterino.

Esto debe ser un llamado a las autoridades de salud, sobre la importancia del Papanicolaou como un método preventivo para el diagnóstico de cáncer, y de acuerdo a lo que refiere la literatura Se ha probado la efectividad del Papanicolaou en varios países desarrollados, que además de ser de bajo costo, son efectivos, tal como lo refieren Brown y Garber en su estudio “Cost-effectiveness of methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing” (Gómez-Jauregui, 2001). Se debe considerar también los programas de promoción para la prevención de éste cáncer, a través de medios de información para que las mujeres hagan conciencia de la importancia de realizarse controles oportunos, y por su parte las instituciones de salud deberían favorecer los medios para que las pacientes se realicen como: información, seguimiento, entrega pronta de los resultados, tratamiento en una misma institución, de manera que las pacientes que están en riesgo puedan obtener un control adecuado.

Tabla 3. Registro de Pacientes Residentes en Quito que SI y No se realizan PAP con regularidad de acuerdo al Comportamiento del Tumor In situ Y Neoplasia Maligna Infiltrante. Tabla Consolidada 2005-2009.

REGISTRO	SI PAP REGULARIDAD		NO PAP REGULARIDAD		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
In Situ	104	37,4%	19	22,9%	123	34,1%
Neoplasia Maligna	174	62,6%	64	77,1%	238	65,9%
TOTAL	278	100,0%	83	100,0%	361	100,0%

Para el cumplimiento del objetivo específico 2, se han elaborado dos tablas:

En la **tabla No 4** se encuentra el registro de las pacientes que acuden al Hospital SOLCA en el período 2005-2009 que Si se realizan PAP con regularidad y que reportan anormalidad, del total de registros (623), de pacientes que acuden a SOLCA durante el período 2005-2009 el 82,7% (515) presentan PAP anormal lo que podemos inferir algunas situaciones como que las pacientes no toman a la prueba del Papanicolaou como un método de prevención ya que lo que se reporta en la mayoría de casos son anormalidades, es decir las pacientes que llegan a la institución van en busca de un tratamiento cuando la sintomatología es evidente en ellas y no cómo un método para evitar la enfermedad, se debería comprobar si los resultados son los correctos, y dar el seguimiento de acuerdo a cada caso.

En ésta tabla se vuelve a confirmar que el diagnóstico de cáncer cérvico uterino, a través de la prueba de Papanicolaou permite una detección oportuna del cáncer y que si es diagnosticado en etapas tempranas la posibilidad de tratamiento y de mejorar la calidad de vida de las pacientes será mayor.

Tabla 4. Registro Total de pacientes que acuden al Hospital de SOLCA en el período 2005-2009, que SI realizan PAP con regularidad y que reportan Anormalidad

AÑO	2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si Anormalidad	129	87,8%	74	81,3%	73	78,5%	108	81,8%	131	81,9%	515	82,7%
No Anormalidad	8	5,4%	7	7,7%	13	14,0%	17	12,9%	14	8,8%	59	9,5%
No Especifica	10	6,8%	10	11,0%	7	7,5%	7	5,3%	15	9,4%	49	7,9%
Total	147	100,0%	91	100,0%	93	100,0%	132	100,0%	160	100,0%	623	100,0%

La segunda tabla que se ha elaborado es la **Tabla No 5**, en la que se representan el total de registros de pacientes que acuden al Hospital de SOLCA en el período 2005-2009 y que NO se realizan la prueba de Papanicolaou con Regularidad de acuerdo a SOLCA se refiere a regularidad como norma del Hospital y la Asociación Americana de Cáncer que considera un Papanicolaou cada tres años, si el mismo no presenta ninguna alteración celular. Los resultados encontrados sobre los registros demuestran que las pacientes que no se han realizado el Papanicolaou, el 18,6 % si presentan anormalidad, y el 75,3% no presentan anormalidad. Estas características del Papanicolaou son muy generales, ya que no hay un detalle de qué tipo de anormalidad se refiere, en qué etapa de alteración celular se encuentra por lo que éste dato debe ser más específico

El 75.3% de registros que reportan que no existe anormalidad de Papanicolaou se debe investigar si éste grupo de pacientes se han realizado la

prueba de Papanicolaou en otras instituciones de salud que no sea SOLCA o si existe un subregistro.

Tabla 5. Registro total de las Pacientes que acuden al Hospital de SOLCA en el período 2005-2009, que NO se realizan PAP con regularidad y que reportan Anormalidad

AÑO	2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si Anormalidad	2	6,7%	7	23,3%	4	8,7%	10	15,9%	23	29,5%	46	18,6%
No Anormalidad	28	93,3%	22	73,3%	34	73,9%	52	82,5%	50	64,1%	186	75,3%
No Específica	0	0,0%	1	3,3%	8	17,4%	1	1,6%	5	6,4%	15	6,1%
Total	30	100,0%	30	100,0%	46	100,0%	63	100,0%	78	100,0%	247	100,0%

Para dar cumplimiento al objetivo 3 se requiere de la información del Registro Hospitalario sobre las mujeres que tienen cáncer de cuello uterino y fueron vacunadas o fueron investigadas sobre la presencia del Virus del Papiloma Humano en SOLCA o en otra institución, no se pudo conocer sobre ésta información ya que no consta en el Registro, es decir que no se hace un estudio de relación entre la presencia del Virus del Papiloma Humano con el desarrollo del cáncer cérvico uterino y como ya se estableció en el capítulo de marco teórico en donde se describe que dos de los tipos oncogénicos de VPH (16 y 18) son los responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial, y de 65% en América Latina. Siguen en orden descendente de frecuencia VPH 45, 31, 33, 52, 58 y 35.

Estos 8 tipos de VPH son responsables de 90% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial (Muñoz, 2006).

Además de acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer en Estados Unidos a partir de los 30 años, el método preferido de detección del cáncer cérvico uterino, consiste en una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba de VPH cada 5 años. A esto se le llama prueba conjunta y debe continuar hasta los 65 años. (American Cancer Society, 2014)

Por lo que al ser SOLCA un centro de especialidad Oncológica debería darse cumplimiento a ésta recomendación con lo que se evitaría que éste tipo de cáncer se propague.

Debe existir en SOLCA un sistema de vigilancia en funcionamiento para llevar a cabo un seguimiento de la cobertura de vacunación contra el VPH, la detección de VPH y el tratamiento de seguimiento.

Para el cumplimiento del objetivo específico 4 acerca de determinar a través de la información de la Hoja de Historia Clínica del Registro Hospitalario si constan los principales factores de riesgo de acuerdo a las recomendaciones que realiza la OPS/OMS para el control de cáncer cérvico uterino se han elaborado las tablas 6,7, y 8 como sigue a continuación.

En la tabla 6 se hace referencia a la relación entre el registro de Nivel de Instrucción con la presencia de cáncer cérvico uterino. El nivel de instrucción se encuentra registrado como ninguna, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior completa e incompleta, ante lo que se ha determinado que existe relación en cuanto a la presencia de Neoplasia maligna

infiltrante con el grado de instrucción de primaria completa de un 69,4% siendo éste el registro que mayor llama la atención ya que a pesar de que no existe un registro sobre el nivel económico de la paciente se puede inferir que este porcentaje que representa más de la mitad de la muestra de Quito pertenece a personas que no han podido culminar con su educación y que seguramente estará relacionada con falta de oportunidades y bajos ingresos económicos ,a su vez influido en la falta de conocimiento sobre prevención en salud y dificultad en el acceso a las instituciones de salud. Lo que se confirma con las cifras que Globalnet y la Agencia Internacional Contra el Cáncer, según esa organización, más de la mitad de los 11 millones de casos de cáncer que ocurrieron el año 2008 en todo el mundo, se registraron en los habitantes del tercer mundo, y dos terceras partes de los 7,6 millones de muertes por cáncer ocurrieron en los habitantes pobres de los países pobres (Parkin, 2006).

Tabla 6. Registro de Pacientes según Grado de Instrucción relacionado con el Comportamiento del Tumor en Quito, período 2005-2009

Nivel de Instrucción	In Situ		Neoplasia Maligna		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Ninguno	6	1,3%	72	12,0%	78	7,4%
Primaria incompleta	7	1,5%	21	3,5%	28	2,7%
Primaria completa	354	78,1%	377	62,7%	731	69,4%
Secundaria incompleta	11	2,4%	9	1,5%	20	1,9%
Secundaria completa	49	10,8%	101	16,8%	150	14,2%
Superior incompleta	6	1,3%	7	1,2%	13	1,2%
Superior completa	20	4,4%	14	2,3%	34	3,2%
TOTAL	453	100,0%	601	100,0%	1.054	100,0%

En la tabla 7 están los registros de la edad de inicio de la vida sexual y la relación con el comportamiento del cáncer in situ y Neoplasia maligna infiltrante en los registros de las pacientes de Quito, por lo que se ha elaborado una tabla con dos grupos de edad, en el primero se registran al grupo de pacientes que iniciaron su vida sexual a los 15 a 20 años, ya que la literatura refiere que en el Ecuador la Edad de Inicio de Vida Sexual Activa, de acuerdo a los datos estadísticos que presenta el INEC, el 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes (Censo de Población y Vivienda, INEC 2010). Es por ello que del total de pacientes de Quito, se tomó el registro de edad de inicio de vida sexual, encontrándose que el 85,2% de registros en este grupo de inicio de vida sexual presentan Neoplasia Maligna Infiltrante, con lo que se ratifica de acuerdo a la literatura que el inicio de la actividad sexual en forma temprana es un factor de riesgo al que se le debería brindar mayor apoyo a nivel de autoridades de salud en

campañas de prevención. Por lo que educación y salud deberían trabajar conjuntamente para lograr mayor control en este grupo edad.

En el segundo grupo de registros se ha considerado al grupo de pacientes que iniciaron su vida sexual después de los 20 años en donde los resultados que se registran son apenas 136 pacientes que iniciaron su actividad sexual después de los 20 años.

A pesar de lo reportado existe un número importante de falta de registro de éste dato de 451 pacientes en las que el 80,9% constan como cáncer In situ.

La edad de inicio de la actividad sexual, es un factor de riesgo importante para el cáncer cérvico uterino se deberían contar con registros completos y fiables que permitan realizar campañas de educación sobre factores de riesgo en la mujer a nivel de colegios y universidades y que lamentablemente no se conoce si lo están realizando.

Tabla 7. Registro de Inicio de Actividad Sexual relacionado con el comportamiento del Tumor In situ y Neoplasia Maligna Infiltrante en Quito, 2005-2009

Edad Inicio de Actividad Sexual			
REGISTRO	15-20 años	Total	%
In Situ	64	64	14,8%
Neoplasia Maligna infiltrante	367	367	85,2%
Totales parciales	431	431	100,0%

REGISTRO	20- 49 años	Total	%
In Situ	18	18	13,2%
Neoplasia Maligna infiltrante	118	118	86,8%
Totales parciales	136	136	100,0%

REGISTRO	No Reporta	Total	%
In Situ	365	365	80,9%
Neoplasia Maligna infiltrante	86	86	19,1%
Totales parciales	451	451	100,0%

En la **tabla 8** constan los registros sobre número de gestaciones en las pacientes de Quito período 2005-2009 y la relación de éste con la presencia de cáncer In situ y Neoplasia Maligna Infiltrante lo más relevante es el registro de más de dos gestaciones y más de dos partos con el registro de Neoplasia Maligna Infiltrante de 84,9% 85,8% respectivamente; lo que se ratifica con lo que menciona la literatura sobre la paridad como factor de riesgo y la presencia del Virus del papiloma humano. Mujeres portadoras del ADN del Papiloma Humano VPH, son 7 o más embarazos a término, tienen un riesgo de padecer la enfermedad de 4 veces más que mujeres nulíparas o con menor número de hijos (Bosch, Lorincz, Munoz, Meijer, & Shah, 2002). Pero lamentablemente por la falta de registro del Papiloma

virus en el Registro Hospitalario de SOLCA no se puede establecer una relación con el registro de paridad en el grupo de mujeres que acuden a la institución, y que se deberían tomar los correctivos en el Hospital de SOLCA para que se realice la investigación sobre la presencia de éste virus en las pacientes, y que se establezca un protocolo a nivel de autoridades del Ministerio de Salud Pública para que además de realizarse los Papanicolaou se incluya prueba de HPV.

Tabla 8. Registro de Gestaciones y Partos en las Pacientes de Quito, y la relación con el Comportamiento del Tumor In Situ Y Neoplasia Maligna Infiltrante 2005-2009

Comportamiento del tumor					
Numero de Partos	In situ		Neoplasia		Total
Registros	No	%	No	%	No
1	4	4,6%	18	3,8%	22
2	13	14,9%	54	11,3%	67
2 +	70	80,5%	406	84,9%	476
Total	87	100,0%	478	100,0%	565

Comportamiento del tumor					
Numero de Gestaciones	In situ		Neoplasia		Total
Registros	No	%	No	%	No
1	5	5,0%	30	5,7%	35
2	14	14,0%	45	8,5%	59
2 +	81	81,0%	454	85,8%	535
Total	100	100,0%	529	100,0%	629

VI. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

En la presente Descripción y Análisis del Registro Hospitalario del Hospital de SOLCA, Quito se ha utilizado la base de datos, con el objeto de conocer si el sistema de Registro brinda adecuada y suficiente información para la toma de decisiones y a su vez permita realizar acciones oportunas de intervención y planificación en beneficio de las usuarias de esta institución a nivel de prevención, tratamiento y seguimiento en el cáncer cérvico uterino.

Se ha considerado a la prueba del Papanicolaou como la primera acción de prevención que se debería considerar en éste tipo de cáncer, por lo que al analizar si el registro hospitalario ofrece ésta información se registran los datos de las preguntas Si se realiza, No se realiza, y No especifica. Se considera ésta información importante porque en el cáncer cérvico uterino se requiere del registro de esta información ya que la literatura al respecto menciona que la prueba del Papanicolaou es la primera acción que debe realizarse toda mujer desde que inicia su actividad sexual cada tres años en caso de que los resultados sean normales y que no hayan factores de riesgo que la predispongan (Sociedad, Americana del Cáncer, 2008)

De los resultados obtenidos de un universo de 2397 registros de pacientes que han acudido a SOLCA Quito por diagnóstico de cáncer cérvico uterino, el 26,4% de registros pertenecen a las pacientes que si se han realizado una prueba de Papanicolaou previamente al diagnóstico, y un registro del 63,7% en los que no se

Especifica, que de acuerdo a los códigos que utiliza el Registro Hospitalario de SOLCA, significa que no se escribe el dato en la historia o no se pregunta a la paciente, por lo que se debería crear conciencia de la importancia de ésta información por parte de las personas responsables tanto del registro hospitalario como de la atención a las pacientes al realizar una entrevista completa a la paciente que llega a la Institución, actualizar los datos del Registro con datos de laboratorio clínico ya que el registro de ésta información puede ayudar a la planificación de acciones de prevención y el seguimiento adecuado a evitar un cáncer avanzado con todas las consecuencias que esto puede traer para la calidad de vida de la paciente con ésta enfermedad, y la información completa de los registros permita a las autoridades el programar acciones para el control del cáncer cérvico uterino.

No se pudo conocer si existe una Guía de Práctica Clínica o Protocolo en la que se mencione sobre las pruebas de Tamizaje y la manera cómo se guía a la paciente cuando tiene un Papanicolaou con lesiones pre-cancerígenas, en que tiempo le vuelven a citar para el control, si existe un registro especial por fecha que le sirva de registro de seguimiento. Por lo que sería importante que la Institución cuente con éste tipo de información que le brinda seguridad a la paciente de que puede completar su tratamiento en SOLCA, y que tiene mejores posibilidades de mejorar su calidad de salud, y no esperar a que los síntomas sean mayores que compliquen su salud.

Lo que llama la atención es que de los registros de Quito, sólo el 26,4% corresponden a que Si se realizan PAP con regularidad debiendo suponerse que si son de Quito y el centro Hospitalario de Especialidad siendo de Quito debería registrar una concurrencia mayor para realizarse ésta prueba, lo que puede estar

relacionado a que las pacientes llegan a SOLCA en busca de tratamiento cuando el cáncer ya está diagnosticado, y que quizás se hayan realizado la prueba de Papanicolaou en otra institución y sean referidas a SOLCA, pero ésta información no se conoce porque no está registrada, siendo fundamental para un adecuado seguimiento de las pacientes.

Se ha tratado de buscar información sobre si SOLCA, como hospital de especialidad en cáncer se rige con Plan Nacional de Prevención y control de cáncer cérvico uterino, pero no ha sido posible. Se pudo conocer que por parte del Ministerio de Salud, la entidad encargada de realizar los programas de control de enfermedades catastróficas dentro de ellas el cáncer, es la Dirección Nacional de Normalización, la misma que actualmente está trabajando sobre cáncer.

El número de registros de las pacientes de Quito que no especifican (de acuerdo a SOLCA, éste término se utilizan cuando no se escribe el dato o no se pregunta a la paciente en el momento de la Anamnesis) es de 65,75%, es decir más de la mitad de pacientes que llegan a la institución no se sabe si se han realizado alguna vez antes del diagnóstico de cáncer en ésta o en otra institución una prueba de Papanicolaou.

El registro del 62,5% de Neoplasia Maligna Infiltrante en Quito nos está diciendo que las pacientes que se han realizado el Papanicolaou de manera periódica, es decir dentro de un plazo de 3 años igualmente reporta un porcentaje alto de neoplasia maligna, sin embargo este porcentaje es menor que en aquellos pacientes que no se han realizado Papanicolaou de manera periódica, donde los resultados alcanzan un 77,1% de los registros.

Lo que se puede establecer que las pacientes que acuden a SOLCA lo hacen en forma tardía cuando el cáncer ya se encuentra en fase de malignidad, es decir, que las pacientes están llegando al Hospital de SOLCA ya cuando la enfermedad está avanzada, y no en búsqueda de un método preventivo, lo que refleja que la población no tiene claro el concepto de prevención a través de la prueba del Papanicolaou.

No existe un registro de las acciones realizadas en las pacientes que presentan Cáncer In Situ de acuerdo a lo establecido por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en la que existen lesiones pequeñas en la capa superficial del epitelio del cuello uterino y a las que el tratamiento quirúrgico local será suficiente, ya que en los estadios más avanzados el tratamiento deberá ser combinado con quimioterapia y radioterapia (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2014).

Se deben registrar con precisión los datos referentes a factores de riesgo en la Hoja de Registro Hospitalario, ya que se ha obtenido información parcial, haciendo hincapié en que son importantes los registros de todos los factores de riesgo para que en SOLCA se pueda conocer de mejor manera el desenvolvimiento del cáncer cérvico uterino en la población y en base a ello tomar acciones para su control.

Recordando lo que la Sociedad Americana del Cáncer recomienda como factores de riesgo importantes para realizar un control de cáncer cérvico uterino se mencionan : Investigación del Virus de Papiloma Humano, Investigación sobre el Virus de Inmunodeficiencia VIH Infecciones recurrentes por Clamidia, Sobrepeso, Tiempo de administración de Anticonceptivos orales, Uso de Dispositivos

Intrauterinos, Uso de Dietilestilbestrol (DES), Investigación sobre antecedentes familiares.

Dentro de los factores de riesgo registrados en SOLCA está edad de inicio de vida sexual, existen 451 registros en los que no consta esta información. Es decir que no se pregunta o no se registra en la anamnesis realizada a las pacientes que llegan a la institución. Este registro es importante porque se está dando una información relevante a las autoridades que se dedican a la promoción de educación sexual a nivel de colegios y universidades, sobre el impacto que tiene el inicio de la actividad sexual temprana para contraer el cáncer cérvico uterino y otras enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo a los datos obtenidos se determina que la mayoría de registros corresponden a pacientes que iniciaron su vida sexual temprano entre los 15 -20 años, así lo establece el INEC, confirmando que el 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes (Censo de Población y Vivienda, INEC 2010).

La edad de inicio temprano de la vida sexual en los adolescentes implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo de infecciones genitales por HPV. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico-uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, en caso de existir un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (Bosch FX, Manos NM, Muñoz M, ShermanM, Jansen AM, Peto J, et al.1995).De los resultados obtenidos se ratifica que el número de

pacientes que inicia su vida sexual en forma temprana entre los 15 a 20 años han desarrollado con el tiempo cáncer cérvico uterino con un comportamiento de cáncer del tipo Neoplasia Maligna Infiltrante, con un registro del 85,2%.

Otro factor de riesgo es la Paridad en la que los resultados obtenidos reflejan una relación mayor en los registros de pacientes que han tenido más de dos partos y la presencia de Neoplasia Maligna Infiltrante con un registro del 84,9%. Llama la atención que a pesar de los registros corresponden a pacientes que se han realizado el Papanicolaou con regularidad, exista un mayor número de cáncer cérvico uterino, en donde se vuelve a repetir lo que se ha mencionado anteriormente que las pacientes llegan a buscar atención cuando el cáncer ya está en una fase maligna. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede corroborar con la literatura que refiere que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto que las nulíparas de presentar lesión intraepitelial. Luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después; después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (Castañeda-Iñiguez, 1998). Es por ello que debe existir un programa de protección a la mujer en edad fértil, seguimiento a sus condiciones de salud, y permanente monitoreo de las características de los Papanicolaou que se realicen

Al analizar el registro sobre el Nivel de Instrucción de las pacientes que residen en el Cantón Quito con la gravedad del Cáncer de cuello Uterino: In situ y Avanzado, del total de registro de pacientes 1054, lo que más llama la atención es el 69,4% de registros con Primaria completa, es decir 731 registros que presentan Neoplasia Maligna Infiltrante, lo que se ratifica con lo que la referencia de la literatura menciona que la incidencia y mortalidad del cáncer cérvico uterino se

relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación.

En Ecuador, las tasas más altas de cáncer se observaron en los individuos más pobres, y esto fue aún más notable entre las mujeres, especialmente las de las zonas rurales (Lewis, 2004) De la misma manera suceden en otros países latinoamericanos como el caso de México en el que el conocimiento sobre los beneficios del tamizaje, la situación socioeconómica y la escolaridad fueron los principales factores para fomentar el uso del método de Papanicolaou (Lewis, 2004) De allí que se vuelve a enfatizar que las campañas de prevención en la población deben ser evaluadas en cuanto al impacto que puedan tener y que en toda la red de servicios de salud se debe dar importancia y difundir el registro de pruebas de Papanicolaou en la población.

Las mujeres con una baja condición socio-económica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlas más proclives a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse (Dos Santos, 1997)

Lo que se mencionó anteriormente debe llamar la atención a los organismos de Salud para establecer mejores condiciones de salud, socio-económicas y educativo culturales para la población ecuatoriana, orientado a la salud de la mujer ecuatoriana, formando parte de las Políticas Públicas en Salud y la atención prioritaria a la población más vulnerable de todo el país.

Debe existir en el Registro del Hospital de SOLCA, variables que permitan conocer más detalladamente las características de la población con cáncer cérvico

uterino, para de esta manera focalizar las acciones para el control de la misma, entre las que se pueden mencionar: variables socio demográficas, barrios en donde reside la paciente, a que etnia pertenece entre otras.

Vale la pena recalcar que el análisis que se realizó está referido al registro hospitalario del Cáncer de Cuello Uterino en Quito, se deberá ampliar y profundizar la investigación en factores de riesgo a nivel nacional.

5.2 Conclusiones

1.- El sistema de Registro Hospitalario de SOLCA Quito, no es completo si se toma como referencia las Recomendaciones de la OPS (2010) para el Control del Cáncer Cérvico Uterino, en el que se especifica la información con la que se debe contar para realizar el registro y control del mismo. La información que brinda la institución está registrada en forma parcial lo que no puede contribuir en gran manera para realizar programas de salud dentro de la institución y colaborar con los datos para programas a nivel Nacional.

2.- No se ha encontrado información completa de registros sobre los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino.

Se mencionan los puntos más importantes que se deben considerar para que la información del Registro Hospitalario sea más completa:

- Conocer y llevar un registro de la prevalencia de infección causada por el Papiloma virus, dato importante ya que al ser una causa del cáncer cérvico uterino se debería prestar atención.
- Establecer en forma permanente una Evaluación del Programa Vida en la Detección Oportuna del Cáncer en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

- Establecer un Plan de Registro de Seguimiento de casos. Ya que las pacientes que tienen como resultado cáncer in situ en Quito 77%, de acuerdo a la tabla de comportamiento de tumor en Quito, deberían tener un seguimiento en el tratamiento para que éste no evolucione a neoplasia maligna infiltrante.
- Documentar exhaustivamente los datos de la Historia Clínica y en especial si las pacientes han sido diagnosticadas en SOLCA, o son referidas de otra institución del MSP.

3.- Falta de Registros de existencia, frecuencia y prevención del HPV. Los tipos oncogénicos de VPH (16 y 18) son los responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial, y de 65% en América Latina. Siguen en orden descendente de frecuencia VPH 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Estos 8 tipos de VPH son responsables de 90% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial (Muñoz, 2006) y lamentablemente en el Hospital de SOLCA no existe ningún registro acerca del HPV, por lo que se establece que no se está realizando prevención primaria y no se conoce si investigan sobre la presencia de éste virus no existe el registro si en otra institución se realizó el diagnóstico de HPV.

De acuerdo a lo que establece el Ministerio de Salud Pública dentro de la Estrategia de Prevención primaria de cáncer cérvico uterino, se implementó desde enero del año 2015 la inmunización contra la infección por el virus de papiloma humano, centrando su programa en la población cautiva de las escuelas públicas y privadas. La edad a la que está dirigida esta campaña es hacia niñas de 9 a 11 años, pudiendo sumarse a ellas la población que acuda por demanda espontánea a las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

No se han promocionado acerca de que acciones se están orientando a la población femenina en edad fértil, y no hay otro programa detallado más que el Materno Infantil, en el que se sugiere la prueba de Papanicolaou pero sin ofrecer mayores detalles y sin dar información sobre los beneficios de la prevención en el cáncer cérvico uterino.

4.- A pesar que SOLCA Quito se rige por las Normas Americanas contra el Cáncer que recomienda que se realicen una Papanicolaou cada tres años si no hay anormalidad, éste registro no se conoce en forma exacta, ya que en el registro hospitalario sólo consta la pregunta si se ha realizado Papanicolaou con anterioridad sin indicar el tiempo, edad, lugar y los resultados del mismo.

De las pacientes registradas que si se realizan Papanicolaou con regularidad el 82,7% están registradas que presentan anormalidad, y no se registra ni conoce si el diagnóstico se acompaña de un seguimiento apropiado y un tratamiento oportuno en los casos de las mujeres con lesiones precancerosas, por ejemplo, no existe un registro si en éste grupo de pacientes se realizó una colposcopia.

5.3 Recomendaciones

1. El sistema de Registros Hospitalarios del Hospital de SOLCA Quito debe ser más específico, en todo lo relacionado a la prueba de Papanicolaou, brindando información completa y adecuada en tiempo real para la toma de decisiones, poniendo énfasis en la historia clínica junto a los procedimientos y diagnósticos establecidos internacionalmente.
2. Debe existir un Plan Nacional de Prevención y control de cáncer cérvico uterino para que toda la información que se registre sea de utilidad en la planificación y control

3. El sistema de Registro Hospitalario del Hospital de SOLCA Quito debe realizar el seguimiento de referencia y contra- referencia para permitir un acceso oportuno y la continuidad de la atención vinculando el centro prestador de servicios con los centros de referencia, de laboratorio, de diagnóstico y de tratamiento del cáncer cervicouterino.
4. Establecer las características de la prueba de Papanicolaou como inicio de las actividades de control y seguimiento a las pacientes con anomalías citológicas, para lo cual se debe ampliar la información de seguimiento. Actualmente no se conocen los registros de la paciente en donde recibió las primeras acciones de prevención, si fue referida de otro lugar o institución.
5. Se debe profundizar sobre las líneas de investigación en cáncer cérvico uterino haciendo hincapié sobre factores de riesgo.
6. Tomar de referencia a los efectos de la calidad de la información registrada, al sistema del Registro Hospitalario de Cali, Colombia, como pionero en América, en donde uno de los factores que ha influido positivamente en sus resultados es la colaboración interinstitucional en la operación del registro. Los directivos de la Universidad del Valle de Cali tuvieron la visión de concebirlo como una oportunidad para el desarrollo de investigación científica, y parte integral de la formación académica de los estudiantes; así como también los Registros Institucionales de Argentina Rita, y de Brasil, como se menciona en el marco teórico del presente trabajo.
7. Debe existir en SOLCA un sistema de vigilancia en funcionamiento para llevar a cabo un seguimiento de la cobertura de vacunación contra el VPH, la detección de VPH, incidencia y el tratamiento de seguimiento.
8. Establecer un registro de la incidencia de la infección por Papiloma Virus Humano (HPV) en la población femenina por grupos de edad y el registro de la vacunación contra el HPV, por lo que debe existir en SOLCA un sistema de vigilancia en

funcionamiento para llevar a cabo un seguimiento de la cobertura de vacunación contra el VPH, la detección de VPH y el tratamiento de seguimiento.

9. Establecer un programa conjunto entre los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación y SOLCA para concientizar sobre la promoción y prevención de ésta patología, en programas sobre salud sexual y reproductiva de difusión masiva al igual que el programa de prevención del cáncer mamario.
10. Establecer un programa conjunto con el Programa Materno Infantil para concientizar sobre la problemática del Cáncer de cuello uterino en madres jóvenes.
11. Esperar que a la brevedad la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública actualice una Guía de Procedimientos para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de cuello uterino. Para que exista confiabilidad en el procedimiento, resultado de la prueba de Papanicolaou, no solamente en SOLCA sino en cualquier institución de salud que la paciente se realice.
12. Se deben planificar estrategias de comunicación para educar a la comunidad con el apoyo de políticas nacionales.
13. Se debe realizar otros estudios de investigación para profundizar el tema de Registros Institucionales y su aporte a los Registros Nacionales de Tumores a nivel Nacional.

5.4 Limitaciones

La principal limitación que se encontró ha sido el acceso a la información en SOLCA, a pesar que en el Registro Hospitalario se obtuvo mucha colaboración se debió cumplir con aprobaciones por parte del departamento de docencia que retrasó el proceso de la misma, y en donde se prestaba la información únicamente de la base de datos, no se tuvo acceso a las historias clínicas ni a datos de laboratorio siendo muy importante para corroborar la información del Registro Hospitalario.

El contenido en sí de la base de datos del Registro Hospitalario no es completo hay un porcentaje importante de datos que No especifican, por lo que se pierde la información, además los datos sobre el test de Papanicolaou no es suficiente ya que constan sólo dos preguntas que si se realiza con regularidad o no se realizan, con lo cual no se puede establecer la utilidad de la prueba.

No se pudo encontrar las normas para la realización de la prueba de Papanicolaou en el país, no existe un registro que indique cómo se debe realizar, ya que en SOLCA se me informó en forma verbal que ellos se rigen por la sociedad de cáncer americana. Por ésta razón es necesario que a nivel Nacional se realice un programa de control para cáncer cérvico uterino y se establezca una norma para la realización de la prueba de Papanicolaou.

VI REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2012). *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. 2012-2014*. Atlanta, Ga.: American Cancer Society. American Cancer Society. (2014). *Cáncer de Cuello Uterino. Detección Temprana y prevención*. Atlanta, Ga.: American Cancer Society.
- Arzuaga Salazar, María Angélica, De Souza María de Lourdes, Azevedo Lima Vera Lucía (2012). *El cáncer de Cuello de Utero un problema Social Mundial Revista Cubana Enfermería*. Vol 28 No 1. La Habana.
- Arias O., Nelson E. (2013). Registros poblacionales de cáncer: avances en Colombia, Chile y Brasil. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 117-126. Retrieved Mayo 06.
- Bernard, H.-U. (2005). The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. *Journal of clinical virology*, 32, 1-6.
- Bernheim, P. J. (2012). *Fundación contra el Cáncer*. European Society for Medical Oncology. Bosch, F., Lorincz, A., Munoz, N., Meijer, C., & Shah, K. (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of clinical pathology*, 55(4), 244-265.
- Castellsagué, X., & Muñoz, N. (2003). Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis—role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *JNCI monographs*, 2003(31), 20-28.
- Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. (1998). *Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas*. Salud Pública México.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador. INEC 2010.
- Clifford, G., Gallus, S., Herrero, R., Munoz, N., Snijders, P., Vaccarella, S., . . . Matos, E. (2005). Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the *International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys*: a pooled analysis. *The Lancet*, 366(9490), 991-998.
- Cueva, P., & Yépez, J. (2009). *Epidemiología del Cáncer en Quito 2003 - 2005* (14 ed. ed.). Quito, Ecuador: SOLCA.
- División de Prevención y Control del Cáncer. *Centro Nacional para la Prevención De Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud*, CDC (2013). Atlanta.
- Dos Santos IS (1997). Socio-economic differences in Reproductive Behaviors IARAC. *Scientific Publications Alliance for Cervical Cancer Prevention Members*. New York. USA.
- Ferbeyre, L., & Salinas, J. (2005). *Bases genéticas y moleculares del cáncer*. *Gamo*, 4(2), 32-39.

- Gómez-Jauregui, A. (2001). Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud pública de México*, 43(4), 279-288.
- Goss, P. E., Brittany L Lee, Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J., . . . Ferreyra, M. (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncology*, 14, 391-436.
- Herrero, R., Aciffima, M., Bratti, C., & Balmaceda, I. (1997). Diseño y métodos de un estudio de la Historia Natural del neoplasio de cuello uterino en la población de una provincia rural de Costa Rica: *El Proyecto de Guanacoste*. Rev. Panamericana de Salud Pública, 1, 411-425.
- International Agency for Research on Cancer. (2007). Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* .EE.UU.:Autor.
- IARAC. (2008). International Agency for Research on Cancer. *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*.Lyon. Autor
- INC.(2014). Instituto Nacional del Cáncer. *Información sobre los estadios del cáncer del cuello uterino*. Instituto Nacional del Cáncer. Autor
- Lewis, Merle J., (2004). Análisis de la Situación del Cáncer Cervicouterino en América
- López, A., & Lizano, M. (2006). Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. *Cancerología*, 1, 31-55.
- Maldonado, Hugo (2009). *Conceptos usados en Salud*. España 2009.
- Mikamo, H., Sato, Y., Hayasaki, Y., Kawazoe, K., Izumi, K., Ito, K., . . . Tamaya, T. (1999). Intravaginal bacterial flora in patients with uterine cervical cancer. High incidence of detection of Gardnerella vaginalis. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 5(2), 82-85.
- Ministerio de Salud de Chile, (2010). *Guía Clínica para el Control del Cáncer Cérvico Uterino*. Santiago.
- Mirral, Pedro A. (1997) Registros de cáncer en América Latina .*América Revista Brasileira de Cancerologia* - Volume 43 n°1.
- Muñoz, Nubia. (2006). Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. *Biomédica*, 26(4), 471-474.
- Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. (2002). Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: *the IARC Multicentric case-control study*. The Lancet. EE.UU.

- Ordóñez, Dora, Aragón, Natalia, García, Luz Stella, Collazos, Paola, & Bravo, Luis Eduardo. (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: *análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad*. Salud Pública de México, 56(5), 465-472. Recuperado en 05 de mayo de 2015, de <http://www.scielo.org.mx/scielo>.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: *Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina*. Washington, D.C.: OPS; 2010.
- Parkin, D. M. (2006). The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International journal of cancer*, 118(12), 3030-3044.
- Roa E, Iván (2002). Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera *Revista chilena de cirugía* Vol.54. No 2. Santiago de Chile.
- Sayed, e.-A. S., El-Wakil, H., Kamel, N., & Mahmoud, M. (2002). A preliminary study on the relationship between *Trichomonas vaginalis* and cervical cancer in Egyptian women. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 32(1), 167-178.
- Serrano, R. O., Pérez, C. J. U., & Díaz, L. A. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*, 55(2), 146-160.
- Solidoro Santisteban, A. (2010). Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta Médica Peruana*, 27(3), 204-206. Disponible en <<http://www.scielo.org.pe/scielo.php>
- Tejeda, M. D., Velasco, M. S., & Gómez-Pastrana Nieto, F. (2007). Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*, 30(2), 42-59.
- Vega B, Sacoto C. (2012). Prevalencia de Cáncer de Cuello Uterino en Ecuador, estrategias para su disminución. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Cuenca*. Vol 30.
- Walboomers, J. M., Jacobs, M. V., Manos, M. M., Bosch, F. X., Kummer, J. A., Shah, K. V., . . . Munoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of pathology*, 189(1), 12-19.
- Wright Jr, T. C., Cox, J. T., Massad, L. S., Twiggs, L. B., & Wilkinson, E. J. (2002). 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *Jama*, 287(16), 2120-2129.

GLOSARIO

Carcinoma *in situ* (CIS)

Estadio precoz del cáncer, en el cual las células cancerosas han invadido en una sola capa de tejido en el órgano afectado. (Mikamo et al., 1999)

Colposcopia Procedimiento en el que el médico utiliza un colposcopio (instrumento con una lupa similar a los binoculares) para explorar el cuello uterino. (IARC, 2008)

Displasia (leve/grave)

Células cuyo aspecto parece más o menos anómalo al microscopio, que no son cáncer, pero podrían ser sus precursores (López, A., & Lizano, M. (2006)

Examen de Papanicolaou

Procedimiento en el que se raspan las células del cuello uterino para su exploración al microscopio. Se usa para detectar el cáncer y los cambios que pudieran derivar en él. (INC, 2014)

Eficacia

Se refiere al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. En nuestro sector hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Respondería a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria (bajo condiciones de uso y de aplicación ideales) para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo (Maldonado, 2009)

Efectividad

Se refiere al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento o de cualquier práctica médica. En el campo sanitario responderá al análisis del efecto de un curso de acción sanitaria, bajo condiciones habituales de práctica médica, sobre el nivel de salud de un colectivo. (Maldonado, 2009)

Eficiencia

Se refiere a la producción de los bienes o servicios más valorados por la sociedad al menor coste social posible. Responde por tanto a la medida en que las consecuencias del proyecto son deseables desde la perspectiva económica. Supone en resumen maximizar el rendimiento (output) de una inversión dada. (Maldonado, 2009)

Metástasis

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama tumor Metastásico o metástasis. El tumor Metastásico contiene células similares a las del tumor original. (IARC, 2008)

Neoplasia intraepitelial cervicouterino (NIC o CIN)

Crecimiento de células anómalas en la superficie del cuello uterino. Pueden usarse los números del 1 al 3 para describir en qué medida son anómalas algunas de las células y qué parte del tejido del cuello uterino está afectado (IARC, 2008)

Pronóstico

Probable curso o desenlace de una enfermedad; posibilidad de recuperación, o de recurrencia o recidiva. (Cueva & Yépez, 2009)

Virus del papiloma humano (VPH)

El VPH representa una familia de virus que produce infección de la piel o las mucosas a nivel local. Hay dos subgrupos de tipos de VPH que infectan las vías genitales: los tipos de bajo riesgo (que causan verrugas en las zonas genitales) y los de alto riesgo (que producen cáncer de cuello uterino, vagina, vulva y ano en las mujeres, y cáncer de pene y ano en varones). (Muñoz, 2006).

Registro de Caso

El Registro Nacional de Tumores, incluye todos los casos de tumores malignos invasivos o in situ incidentes en el año, con o sin verificación histológica, ocurridos en pacientes residentes en Quito para el cálculo de incidencia y, de todos los casos diagnosticados en Quito para la evaluación de variables específicas. (Cueva & Yépez, 2009)

ANEXOS

Anexo 1: Sociedad de lucha contra el Cáncer, SOLCA núcleo de Quito

SOLCA es una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. La misma se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y tenía, en el año 2006, 3 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

Misión

Conducir en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente.

Visión

Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel Científico y tecnológico; por su excelencia en el servicio y atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública.

Historia

El 7 de diciembre de 1951, en la ciudad de Guayaquil fue constituida la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador. SOLCA. Por Decreto Legislativo del 15 de octubre de 1953, publicada en el Registro Oficial No. 362 del 12 de noviembre de ese año, SOLCA tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el

cáncer en todo el país mediante planes de enseñanza e investigación a fin de alcanzar la prevención curación y paliación de las enfermedades neoplásicas

En 1990, comienza a gestarse la idea de construir un hospital acorde a las necesidades de pacientes con neoplasias malignas. En 1995, se convocó por la prensa la construcción de la obra civil, instalaciones y equipamiento fijo. El 16 de agosto de 1996, se inició la construcción del nuevo hospital. A partir del 3 de enero del 2000, el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala abre sus puertas con una atención integral. El 20 de Julio de 1984 se creó el Registro Nacional de Tumores, adscrito a SOLCA Núcleo de Quito, según Acuerdo Ministerial 6345, y que en forma progresiva alcanzaría una cobertura nacional. El Registro es un sistema de información que se ocupa de recolectar, almacenar, analizar, interpretar y reportar en forma sistemática los datos de todos los casos diagnosticados de cáncer en los diferentes servicios de salud de la ciudad de Quito. Actualmente existen Registros de cáncer poblacional en Quito, Guayaquil, Manabí, Cuenca, Loja y Machala.

El reporte de Tumores Malignos en SOLCA núcleo de Quito en el año 2005 han sido de 23389, el mayor número de casos por grupo de edad corresponde a pacientes mayores de 75 años en un total de 1825 casos. El cáncer más frecuente en hombres hasta el año 2005 ha sido el de Próstata y el cáncer más frecuente en mujeres ha sido el de cuello uterino (Cueva & Yépez, 2009).

Anexo 2: Estadios del Cáncer Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

FIGO 2014

Estadio	Definición
Estadio 0	Es el estadio de enfermedad precancerosa, es decir, en el que se presentan lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino (que se asemeja a la piel). Tales lesiones también se conocen como carcinoma in situ o neoplasia intraepitelial cérvico uterina (NIC). Los grados 1 a 3 de NIC se distinguen conforme a si la lesión se limita a la capa basal del epitelio de la superficie cérvico uterina (NIC1), llega a la capa intermedia (NIC2) o se extiende a su capa superior (NIC3).
Estadio I	El primer estadio del cáncer invasivo, incluso cuando no sea visible a simple vista, pero que se ha determinado mediante el examen de las biopsias* con microscopio en laboratorio, presenta un crecimiento en profundidad en el estroma, es decir, el tejido bajo la capa superficial del cuello uterino. En su anchura, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios. Dependiendo de las dimensiones de la lesión y de su visibilidad macroscópica (es decir, su visibilidad a simple vista), pueden distinguirse varios subestadios.
Estadio IA	Cáncer invasivo microscópicamente que no es visible de forma macroscópica y que ha crecido menos de 5 mm de profundidad en el estroma y que se ha extendido menos de 7 mm de ancho.
Estadio IA1	Invasión del estroma* inferior a 3 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a los 7 mm.
Estadio IA2	Invasión del estroma* entre 3 y 5 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a 7 mm.
Estadio IB	Cáncer visible a nivel macroscópico o más 0invasivo a nivel microscópico que el estadio IA2
Estadio IB1	Lesión con diámetro máximo inferior a 4 cm.
Estadio IB2	Lesión con diámetro máximo superior a 4 cm.
Estadio II	El cáncer se extiende en los tejidos más allá del útero, pero no llega a los huesos de la pelvis ni al tercio inferior de la vagina.

Estadio IIA	Cáncer visible a nivel macroscópico (visible a simple vista) que se extiende más allá del cuello uterino, sin extensión a los parametrios
Estadio IIA1	La lesión visible a nivel macroscópico tiene menos de 4 cm de diámetro máximo
Estadio IIA2	La lesión visible a nivel macroscópico tiene más de 4 cm de diámetro máximo
Estadio IIB	Cáncer visible a nivel macroscópico con extensión a los parámetros.
Estadio III	El cáncer se extiende a la pared pélvica, los huesos y/o el tercio inferior de la vagina y comprime uno o ambos uréteres
Estadio IIIA	No se extiende a las paredes laterales de la pelvis, pero sí afecta al tercio inferior de la vagina.
Estadio IIIB	El cáncer se extiende a la pared pélvica y/o comprime uno o ambos uréteres.
Estadio IV	Cáncer avanzado y metastásico.
Estadio IVA	Invade los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) y/o se extiende más allá de la pelvis en sí misma, es decir, al abdomen o la ingle.
Estadio IVB	Con metástasis distantes, es decir, a los pulmones o el hígado.

Anexo 3.- Aprobación por parte de SOLCA, Quito para realizar el trabajo de investigación.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



SOLCA
ECUADOR
NÚCLEO DE QUITO
Av. Eloy Alfaro y los Pinos
Telfs.: 2419-775 / 2419-776 / 2419-778 / 2419-780
Casilla: 17-11-4965 C.C.I.

Oficio 06-2014 DOC
Quito, 6 de marzo de 2014

Señorita
Grace Tituaña Avila
Universidad San Francisco de Quito

Estimada Señorita Tituaña

En relación al oficio enviado a esta Jefatura, en el que solicita la factibilidad de realizar su trabajo de investigación titulado: "Efecto del tamizaje cervicecero uterino como acción de prevención para las mujeres diagnosticadas con cáncer en el período 2005-2011 que aducen al hospital de SOLCA Núcleo de Quito", cúpleme informarle que su solicitud ha sido aceptada.

Considerando que el tema es interesante, comprometo a usted que una vez culminada su investigación, los resultados serán expuestos en forma verbal en uno de los viernes científicos coordinados por el Departamento de Docencia e Investigación, para lo cual deberá ponerse en contacto con la secretaria del departamento.

Atentamente



Dr. Carlos Torres F.
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
CIRUJANO ONCÓLOGO



Con copia Dr. Ramiro Hidalgo R. Director Médico

Elizabeth García
Secretaría de Docencia e Investigación