



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina

Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021.

Trabajo de titulación previo a la  
obtención de título de Médico  
Modalidad: proyecto de investigación

### **Autores:**

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra

CI: 010594918-4

Correo electrónico: [danisaav98@hotmail.com](mailto:danisaav98@hotmail.com)

María Augusta Torres Ulloa

CI: 010681044-3

Correo electrónico: [magustorres9@gmail.com](mailto:magustorres9@gmail.com)

### **Director:**

Dr. Bernardo José Vega Crespo

CI: 010214691-7

Cuenca – Ecuador

22-febrero-2022



## RESUMEN:

**Antecedentes:** El cáncer de cérvix es el segundo cáncer ginecológico en Ecuador, a nivel nacional existe una alta prevalencia, a pesar de ser una enfermedad prevenible mediante la detección oportuna del cáncer y la vacunación, según la normativa nacional la principal forma de tamizaje es el papanicolaou (PAP), sin embargo, la población ecuatoriana rural tiene una baja cobertura en la realización de esta prueba.

**Objetivos:** Determinar la adherencia de las mujeres de la parroquia Guarainag del cantón Paute al tamizaje de cáncer de cérvix.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, los datos fueron obtenidos por un formulario aplicado a las mujeres desde 18 años de la comunidad de Guarainag, el universo total incluye a 456 mujeres (IC 95%, error 5%), la muestra fue de 208 mujeres, encuestadas aleatoriamente; los datos fueron representados usando tabulación simple y compuesta en Excel2019 y SPSS24, se analizaron las variables, su frecuencia y porcentajes, además de gráficos y otros estadísticos como Riesgo relativo, intervalo de confianza y valor de P.

**Resultados:** Se encontró un total de 25,4% de mujeres que no se han realizado el tamizaje con PAP a lo largo de su vida, determinado por miedo (17,3%), falta de conocimiento (35,7%), falta de acceso (18,4%) y favorecido por conocimiento adecuado sobre el cáncer de cérvix (53%) y la realización de otros tamizajes (48,6%).

**Conclusiones:** Existe aún un porcentaje de mujeres sin adherencia al tamizaje. Las variables con relación estadísticamente significativa fueron: falta de conocimiento, falta de acceso siendo limitantes; mientras que el adecuado conocimiento del cáncer de cérvix y la realización de otros tamizajes favorecieron la realización del PAP. Realizar un análisis profundo de las medidas de detección oportuna del cáncer desde los factores sociales y demográficos es importante para generar estrategias de prevención adecuadas.

**Palabras clave:** Cáncer de cérvix. Adherencia. Tamizaje. Factores sociodemográficos.



## **ABSTRACT:**

**Background:** Cervical cancer is the second gynecological cancer in Ecuador, only after breast cancer, at a national level there is a high prevalence of this pathology despite being a preventable disease through the timely detection of cancer and/or attendance to vaccination programs. According to national regulations, the main way of screening is through PAP, however, the rural Ecuadorian population mostly lacks in the proper application of this screening.

**Objectives:** To determine the adherence of women from the parish of Guarainag of the canton of Paute to cervical cancer screening.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out, the data were obtained by means of a form applied to women since 18 years of age in the Guarainag community, from a total known universe of 456 women using the prevalence from PAP we took a sample of 208 women with a 95% confidence interval; the data were represented using simple and compound tabulation in Excel 2019 and SPSS 24 where the variables, their frequency and percentages were analyzed, as well as graphs and other statistics such as relative risk, confidence interval and value of P.

**Results:** In this study 25.4% of women were found that they had not been screened with PAP, and it was limited by circumstances such as fear, lack of knowledge, lack of access and favored by adequate knowledge about cervical cancer and the performance of other screenings.

**Conclusions:** There is still a percentage of women without screening. The variables that had a statistically significant relationship in our study being limitans were: fear, lack of knowledge, lack of access; while adequate knowledge of cervical cancer and the performance of other screenings favored the accomplishment of the PAP. Its important to perform a deep analysis about the early detection measures of cancer, coming from the social and demographic factors to generate prevention strategies.

**Key words:** Cervical cancer. Adherence. Screening. Sociodemographic factors.



## INDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT:</b> .....	<b>3</b>
<b>INDICE DE CONTENIDO</b> .....	<b>4</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	<b>7</b>
<b>CLAUSULAS:</b> .....	<b>9</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>13</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPITULO UNO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPITULO DOS</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 FUNDAMENTO TEORICO</b> .....	<b>20</b>
2.1.1 CANCER DE CERVIX: DEFINICIÓN Y GENERALIDADES.....	20
2.1.2 VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX.....	21
2.1.3 PROGRAMAS DE DETECCIÓN.....	23
2.1.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAP).....	25
2.1.5 MANEJO DE LESIONES.....	27
2.1.6 BARRERAS A LAS QUE SE SOMETE LA APLICACIÓN DEL TAMIZAJE.....	28
<b>CAPITULO TRES</b> .....	<b>32</b>



<b>3.1</b>	<b>OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....</b>	<b>32</b>
	<b>CAPITULO CUATRO .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO: .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>ÁREA DE ESTUDIO: .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>UNIVERSO Y MUESTRA: .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4</b>	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....</b>	<b>33</b>
<b>4.6</b>	<b>VARIABLES: .....</b>	<b>34</b>
<b>4.7</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>34</b>
<b>4.8</b>	<b>MÉTODOS: .....</b>	<b>35</b>
<b>4.9</b>	<b>CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....</b>	<b>36</b>
	<b>CAPITULO CINCO .....</b>	<b>38</b>
<b>5.1</b>	<b>RESULTADOS Y TABLAS.....</b>	<b>38</b>
	<b>CAPITULO SEIS .....</b>	<b>63</b>
<b>6.1</b>	<b>DISCUSION.....</b>	<b>63</b>
	<b>CAPITULO SIETE .....</b>	<b>70</b>
<b>7.1</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>7.2</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>72</b>



<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
<b>9.1 ANEXO #1: Plano catastral, parroquia Guarainag, Paute.....</b>	<b>77</b>
<b>9.2 ANEXO #2: Aleatorización.....</b>	<b>78</b>
<b>9.3 ANEXO #3: Operacionalización de variables .....</b>	<b>79</b>
<b>9.4 ANEXO #4: Formulario de Recolección de datos .....</b>	<b>87</b>
<b>9.5 ANEXO #5: Consentimiento Informado .....</b>	<b>93</b>



## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1: TOTAL DE PARTICIPANTES ENTREVISTADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN. PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>38</b>
<b>TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES. PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>39</b>
<b>TABLA 3: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS MUJERES. PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>41</b>
<b>TABLA 4: CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES EN GUARAINAG, PAUTE 2021.</b>	<b>42</b>
<b>TABLA 5: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES DE LA PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>45</b>
<b>TABLA 6: COMPORTAMIENTO SEXUAL PREDISPONENTE PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>47</b>
<b>TABLA 7: APOYO DE PAREJA PARA ATENCIÓN GINECOLÓGICA EN MUJERES PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>49</b>
<b>TABLA 8: CARACTERÍSTICAS DEL TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU EN 185 MUJERES ENTREVISTADAS PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021</b>	<b>50</b>
<b>TABLA 9: BARRERAS PARA LA ADHERENCIA AL TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU EN 185 MUJERES PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>52</b>
<b>TABLA 10: INFLUENCIA ENTRE LOS FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU SEGÚN LAS MUJERES QUE HAN TOMADO O NO LA PRUEBA PARROQUIA GUARAINAG, PAUTE. 2021.</b>	<b>55</b>



**TABLA 11: ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE PAP MUJERES, GUARAINAG-PAUTE. 2021. 59**

**TABLA 12: ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES VARIOS Y LA REALIZACIÓN DE PAP. 61**



## CLAUSULAS:

### Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de febrero de 2022.

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra

CI. 010594918-4



## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra, autor del trabajo de titulación autora del trabajo de titulación "Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 22 de febrero de 2021.

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra

CI. 010594918-4



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

María Augusta Torres Ulloa en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de febrero del 2022.

María Augusta Torres Ulloa

CI. 010681044-3

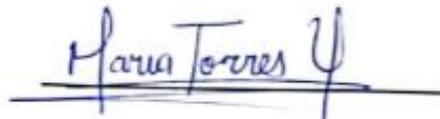


## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

María Augusta Torres Ulloa, autora del trabajo de titulación "Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 22 de febrero del 2022.

  
María Augusta Torres Ulloa

CI. 010681044-3



## DEDICATORIA

A mis padres María y Marcos, a mi hermano Leandro quienes me han apoyado constantemente a lo largo de este proceso formativo y siempre confiaron en mí. A las personas que conocí en mi experiencia universitaria, fueron una luz en este camino.

**María Augusta**

El presente trabajo está dedicado a Rosy mi madre y a Rosa mi abuela, dos personas sin las cuales nunca habría podido llegar tan lejos, son personas que me han enseñado sobre la constancia, la responsabilidad y el trabajo duro con el propio ejemplo. Ambas han estado junto a mí en mis momentos bajos para apoyarme y darme ánimos, y en mis momentos buenos sonriendo junto a mí. Este trabajo es una prueba más de su cariño incondicional hacia mí, y no hay palabras que puedan definir lo afortunado que me siento por tenerlas a mi lado. Todo fue y será por ustedes, mis flores más hermosas.

**Daniel**



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme guiado hacia esta profesión, a mi familia por el apoyo y la confianza en mí, a nuestro tutor de tesis Dr. Bernardo Vega quien nos guío para poder realizar este trabajo, no solo con fines científicos sino por la importancia comunitaria. Agradezco a los representantes de la comunidad de Guarainag por permitirnos realizar la investigación y por último a mi compañero de tesis Daniel quien fue un apoyo para este trabajo.

**María Augusta**

Extiendo el agradecimiento a todas las personas de que una u otra manera me brindaron su apoyo en el proceso recorrido hasta llegar a esta tesis y en la realización de la misma, destacando a mi familia, donde mi madre, abuela, tíos y primos siempre supieron brindarme cualquier apoyo que estuvo dentro de sus capacidades. También extiendo un agradecimiento a mis amigos cercanos, los cuales tuve la dicha de conocer durante mi proceso universitario y siempre llevo en mi corazón, incluyendo a la compañera con la cual realizamos este trabajo, ya que con ustedes pase los mejores momentos de mi vida universitaria. Agradezco a mis docentes, son contados los buenos médicos que al mismo tiempo sean buenos pedagogos, pero en algunos de ellos encontré la inspiración de buscar en mi lo que realmente me atrae de la medicina. Agradezco a la comunidad de Guarainag que nos brindaron la confianza y el apoyo para la realización de este trabajo de titulación y más que nada un agradecimiento a la vida por ponerme en este camino que he recorrido. Mi fuerza no me pertenece, es la sumatoria del apoyo de todas las personas que a mi lado sostienen mi existir.

**Daniel**



## CAPITULO UNO

### 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud en Ecuador las enfermedades no transmisibles representan un 72% de todas las muertes, de las cuales el cáncer alcanza una mortalidad del 17% (1). El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, el Informe Mundial de Cáncer confirma, que existen desigualdades en las acciones de control y atención del cáncer alrededor del mundo, confirmándose con las diferencias entre la incidencia de ciertos cánceres en los países menos desarrollados, como cáncer de estómago, hígado y de cérvix; es entonces de vital importancia determinar aquellos tipos que podrían ser prevenibles con adecuados programas de tamizaje. (2)

El cáncer de cérvix, que es una neoplasia maligna prevenible del sistema genitourinario causada principalmente por el virus del papiloma humano (VPH) que genera una serie de cambios celulares producidos por la replicación y el daño viral en las células escamosas cervicales que pueden ser detectadas con una citología vaginal; para que estas lesiones iniciales o premalignas progresen a cáncer es necesaria una evolución de años de duración, por lo tanto este cáncer puede ser prevenible y tratable en etapas precoces. (3)

Por el hecho de ser prevenible el cáncer de cérvix es una neoplasia que representa a las inequidades de la salud, pues se puede evidenciar que en países de bajos y medios ingresos está dentro de las 5 primeras causas de morbimortalidad en la población femenina, mientras que en los países de altos ingresos esta patología está en vías a la erradicación gracias a las políticas de tamizaje y a los programas de vacunación, por ende la incidencia y mortalidad son indicadores un tanto indirectos de la habilidad de cada región para brindar una adecuada atención integral de salud en este ámbito. (4)



En Ecuador, según la Organización Mundial de Salud y la IARC en su informe Globocan 2020, indica que el cáncer cervical posee el segundo lugar entre los 5 cánceres más frecuente en mujeres, con una incidencia de 16 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 8,2 cada 100 mil habitantes (5), las cifras son preocupantes al tener referentes internacionales con estadísticas que van en descenso. (3)

La importancia de esta patología se refleja en los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud para su eliminación mediante múltiples estrategias que buscan lograr que para el año de 2045 se haya reducido esta problemática de salud en un 42%, las acciones se enfocan en la estrategia 90-70-90, traducándose a un 90% de menores de 15 años vacunadas, un 70% de mujeres con tamizaje a los 35 y 45 años y un 90% de mujeres con enfermedad cervical que hayan sido tratadas sea de lesiones precancerosa o cáncer invasor. (6)

La aplicación de estrategias como la vacunación generalizada a la población en riesgo, en este caso las mujeres jóvenes, y la realización de una citología vaginal (PAP) es compleja y fuertemente conectada a determinantes socioeconómicas y sociodemográficas de la salud de la región, factores personales de cada paciente, barreras del sistema de salud, entre otros; sin embargo, la complejidad de la aplicación en las acciones de tamizaje está infravalorada. (4,7)

Dentro de la estrategia nacional de atención integral de cáncer se habla de puntos claves como: control de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación; en el cáncer de cérvix las acciones se centran en el tamizaje o detección siendo la línea de acción las campañas de tamizaje con un cribado en mujeres de 21 a 65 años con citología vaginal (PAP) cada 3 años, si las dos últimas citologías son normales, además en mujeres de 30-65 años en caso de ser posible realizar citología y pruebas moleculares para ADN de VPH cada 5 años. (8)

La estrategia usada en países como el nuestro, por lo general, es buscar un método de tamizaje relativamente sencillo, costo-efectivo y de tecnología simple; el ejemplo adecuado es la citología cervical. Se debe tomar en cuenta entonces que no solo está la importancia de la realización de la prueba de citología sino también el acceso



a centros de realización de la misma, el control de calidad, la capacitación, seguimiento y el trato con el paciente que son pilares fundamentales para que la práctica de la prueba tenga la eficacia necesaria en el control de esta patología. (4,7)

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix se encuentra dentro de las 5 principales neoplasias que afectan a las mujeres a nivel mundial, en algunos países como Ecuador solo luego del cáncer de mama, eso nos indica una gran alerta ya que en este caso específico se conoce que es causado principalmente por el VPH, por ende, es una patología prevenible al evitar la exposición al patógeno o detectando los cambios causados por el mismo en etapas precoces. (6,9)

Pocas otras patologías son un reflejo tan claro de las inequidades globales en salud (10), el cáncer de cérvix es una de las enfermedades oncológicas más frecuentes en los países del tercer mundo como el nuestro, a pesar de ser prevenible en 2020 hubo 1453 casos nuevos en Ecuador. (5)

La realización de políticas públicas de salud como tamizaje para esta neoplasia son herramientas muy útiles en países desarrollados, donde el índice de muertes es 3 veces más bajo que en países de bajo-medio ingresos (4); sin embargo, no funcionan de la misma manera en nuestro medio, probablemente porque no se toma en cuenta la caracterización sociodemográfica de la población, ni las barreras que están implicadas en una correcta aplicación de las estrategias nacionales. (6)

Los tamizajes serán efectivos sólo si se toman en cuenta los determinantes de salud, la visión del tamizaje para el cáncer de cérvix debe ser global, ampliando más allá del punto de vista simplista concentrado solo en lo biológico o evidenciable, pues se trata de una problemática social y un ejemplo notorio de cómo el modelo únicamente biomédico fracasa al no tomar en cuenta al paciente de manera holística analizando sus determinantes tanto individuales de salud como las de cada región. (11)

En países desarrollados se ha evidenciado un descenso en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de cáncer de cérvix gracias al manejo de la detección de cáncer con



programas oportunos y organizados de tamizaje, en contraste, las altas cifras de cáncer de cérvix en nuestro país nos demuestran que el tamizaje no ha logrado alcanzar el máximo de efectividad por una falta de cobertura global de la población; por esta razón es importante investigar cuales son las situaciones que influyen en la adherencia al tamizaje. (4,10)

Teniendo en cuenta esta problemática, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la adherencia al tamizaje para cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia Guarainag?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cérvix es una patología prevenible mediante implementación de tamizaje para su pronta detección y su posterior tratamiento en etapas tempranas, aun así, en el año 2015 el cáncer de cérvix estaba posicionado en el segundo puesto de tumores de mayor incidencia en mujeres de Ecuador representando el 7,1% (12), en contraste con los datos obtenidos en el año 2020 donde representa el 9,5% del total de casos en mujeres de Ecuador (5); donde observamos que ha experimentado un cambio en porcentaje de casos totales pero no ha variado su posición en el segundo lugar de la incidencia de tumores más comunes en mujeres. Esto nos indica que, a pesar de los esfuerzos realizados, como región aún no alcanzamos el punto donde una enfermedad prevenible pueda ser erradicada, como se ha evidenciado en la zona rural un 57,7% de mujeres nunca se ha realizado un PAP reflejando que nuestro sistema de salud aún tiene barreras por superar. (13)

Entonces surge la necesidad de identificar cuáles son los determinantes sociodemográficos de la población que vuelven ineficaces o poco aplicables los esfuerzos del sistema de salud, en este caso al analizar una población y su realización de PAP podremos identificar cuáles son las características de la población con más riesgo de no acceder al tamizaje y en consecuencia tener un mayor riesgo de padecer la patología infra diagnosticada.

Nuestra población, al ser una población reducida, hará que su estudio sea más fácil y podría ser extrapolado a otras poblaciones que compartan sus características y darnos una pauta sobre cuáles son los puntos mejorables de la atención de salud para alcanzar un nivel superior y más eficaz de atención beneficiando a las mujeres en nuestro país.

Este proyecto está dentro de los lineamientos de prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública, dentro del área de Neoplasias Ginecológicas, subgrupo Estrategias de prevención y también en Relación con el virus de papiloma humano. Permitirá poner en conocimiento de las autoridades de salud los elementos que modifican la adherencia al tamizaje del cáncer de cérvix.

## **CAPITULO DOS**

### **2.1 FUNDAMENTO TEORICO**

#### **2.1.1 CANCER DE CERVIX: DEFINICIÓN Y GENERALIDADES**

El cáncer en general es la segunda causa de muerte prematura a nivel mundial, y nuestro país no es la excepción siendo la 1era causa de muerte entre los 10-69 años (14), según el Reporte Mundial del cáncer de la Organización Mundial de la Salud, en el Ecuador siguen siendo frecuentes el cáncer de estómago, cáncer colorrectal, cáncer de hígado, entre otros, pero en mujeres sobre todo el cáncer de mama y de cérvix. (2)

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud se dieron un estimado de 570.000 nuevos casos de cáncer de cérvix y 311.000 muertes en 2018 a nivel mundial (2), convirtiéndolo en el cuarto cáncer más frecuente tanto en incidencia como en mortalidad, y si bien las cifras están descendiendo en algunos países los esfuerzos por la implementación de programas de detección generalizados aún no son globales, sobre todo para países de África, Asia y Latinoamérica (14). Las cifras nacionales son de 1534 casos nuevos en 2020 y 813 muertes, con una prevalencia en 5 años de 4003 por 100 mil habitantes. (5)

Los factores de riesgo del cáncer de cérvix coinciden con los de otras ETS; pues su principal agente causal en el 99,7% de casos es un subtipo oncógeno de VPH que se incluye en el grupo de enfermedades de transmisión sexual, adicionalmente, estudios recientes han relacionado a la infección de VIH como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, aumentándolo hasta 6 veces (15). Otros de sus factores de riesgo son: infección por VPH de alto riesgo, inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales asociado al desarrollo de vaginosis, tabaquismo, multiparidad, uso crónico de anticoncepción combinada, inmunosupresión crónica o enfermedades debilitantes y por último destaca el nivel socioeconómico bajo acompañado del desconocimiento acerca del cáncer de cérvix (7,16).



### 2.1.2 VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX

El aparato genital femenino se divide en genitales externos e internos, dentro de los primeros tenemos el clítoris, los labios mayores y menores que protegen la zona vulvar e introito vaginal. En los genitales internos tenemos la vagina, ovarios, trompas, y el útero; estructura piriforme conformada por un cuello y un cuerpo, el cuello uterino corresponde a su tercio inferior, con unas medidas de 3cmx2,5cm, la zona inferior del cuello se subdivide en exocérvix, zona externa conformada por epitelio escamoso y el endocérvix más superior conformado por epitelio escamoso (16,17)

La mayoría de los cánceres de cérvix se originan en el área donde el endocérvix se une al exocérvix, llamada unión escamo-cilíndrica. Aquí inician los cambios celulares cuando las células son infectadas por VPH, sumado a la presencia de factores de riesgo y a la persistencia del virus. (18)

La presencia y persistencia de VPH es necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix, pero por sí sola no es una causa suficiente, existen cofactores que refuerzan el peligro de desarrollar la neoplasia (19). Si nos enfocamos en el VPH, un virus de tipo DNA bicatenario simple, este tiene tropismo por las células del epitelio escamoso o metaplásico del cuello uterino, algo a destacar es la importancia del subtipo del virus del papiloma, pues “las mujeres con un resultado positivo para los subtipos de alto riesgo tiene un riesgo relativo de 189 para padecer un carcinoma escamoso y un riesgo relativo de 110 de padecer adenocarcinoma cervicouterino frente a las mujeres con un resultado negativo de VPH” (20).

Por su comportamiento se han definido dos grupos de VPH: de alto riesgo (AR) y otro de bajo riesgo (BR); siendo el primero el más asociado con cáncer cervicouterino y además el más oncógeno. Dentro de la carcinogénesis del VPH podríamos destacar ciertas proteínas víricas como E6 y E7 presentes en los serotipos más agresivos, que interfieren de manera directa con la inhibición de genes supresores tumorales como p53 y Rb, estos oncogenes serían los encargados de frenar la replicación anómala de las células neoplásicas y eliminar



las células con ADN alterado. Así la invasión celular por parte del VPH causa cambios celulares, específicamente un proceso displásico; patrón que se puede reconocer en la citología de cuello uterino. (9,16)

El cáncer de cuello uterino o cérvix es una neoplasia maligna de los genitales internos femeninos, existen etapas precoces y pre-invasivas en las cuales las lesiones causadas por este virus se pueden denominar neoplasias intraepiteliales cervicales, por lo general estos estadios tienen un largo periodo de evolución por lo cual son potencialmente detectables y curables con el correcto tamizaje y tratamiento; debido a esto, se puede inferir que el cáncer invasivo de cérvix es prevenible, más a pesar de esta naturaleza prevenible sus cifras de aparición siguen creciendo. (16)

Esta patología por lo general es asintomática al tratarse de alteraciones inicialmente pequeñas limitadas al epitelio, aunque con la evolución del caso puede debutar con secreción acuosa con rastros de sangre o hemorragia vaginal, por lo general postcoital; lamentablemente la aparición de manifestaciones clínicas nos da un indicio de enfermedad avanzada. No es raro que en la exploración física no haya ninguna alteración identificable a simple vista, ya que las alteraciones sintomáticas se dan en estadios avanzados donde se da afectación ganglionar, efecto de masa en estructuras cercanas, edema, ascitis y hasta afectación a distancia por metástasis. (18,19)

Por esta razón para ayudarnos a identificar las alteraciones antes de que tengan una presentación de gravedad contamos con métodos de tamizaje e identificación de posibles alteraciones, entre estos tenemos el Frotis de células cervicales con tinción de Papanicolaou, la colposcopia con posible extracción de biopsia por medio de criobisturí u otra técnica. Se puede considerar como tamizaje también la prueba de ADN de VPH que puede ayudar a identificar la infección y el estudio de la cepa que indica un futuro riesgo dando una guía para los estudios preventivos de cáncer cervical, más es importante considerar que la infección no asegura la progresión a cáncer ni ayuda a identificar lesiones ya existentes. (20,21)



### 2.1.3 PROGRAMAS DE DETECCIÓN

La Organización Mundial de la Salud plantea en la estrategia global de cáncer de cérvix, los tres tipos de prevención, dentro de la primaria tenemos la aplicación de la vacuna contra el VPH en niñas de 9-14 años además de información sanitaria sobre el tabaco, educación de la sexualidad adaptada a la edad y cultura, promoción de condones a los individuos sexualmente activos y circuncisión masculina, prevención secundaria en mujeres a partir de los 30 años con tamizaje del test de VPH de alto grado, seguido de tratamiento adecuado lo más pronto posible de lesiones precancerosas y por último la prevención terciaria en todas las mujeres que necesiten como tratamiento del cáncer invasivo sea con cirugía, radioterapia, quimioterapia o cuidados paliativos. (8)

Los métodos de tamizaje recomendados según la Organización Mundial de la Salud son la detección de VPH, estudios citológicos y la inspección visual con ácido acético en caso de que no se disponga de los dos anteriores, cada país debe optar por establecer las políticas adecuadas para que se adecue a los factores propios de cada población, los costos, disponibilidad del equipo u recursos humanos y materiales necesarios. (18)

Con respecto a los programas de detección más comunes y usados en nuestro medio tendríamos principalmente a la citología cervical, también conocida como Papanicolaou (PAP) que usa la tinción de Tzank para impregnar la muestra cervical, lleva su nombre por el inventor George Papanicolau. El plan de tamizaje tiene ligeros cambios según la organización que la establezca, por ejemplo:

#### American Cancer Society:

Recomienda el tamizaje de cáncer cervical debería ser realizado en mujeres entre 25-65 años

Para mujeres en el rango de edad entre 25-65 años se recomienda:

- Test de VPH preferiblemente cada 5 años, pero en caso de no disponer ampliamente del test, hacer un co-testeo cada 5 años con



técnicas citológicas o también es aceptable la citología cervical sola cada 3 años.

Mujeres mayores a 65 años:

- Se recomienda la discontinuación del estudio en caso de mujeres que sobrepasan los 65 años y tengan un historial de pruebas negativas previas en un periodo de 10 años y que no tengan historia de CIN 2 o mayor en los últimos 25 años. (22,23)

American College of Obstetricians and Gynecologists:

Tamizaje de cáncer cervical debe ser realizado en mujeres entre 21-65 años, solo en mujeres más jóvenes en caso de tener VIH o alguna otra alteración que produzca un estado de inmunocompromiso.

- Para mujeres entre 21-29 años, la citología cervical sola cada 3 años es preferida, y el co-test para HPV no está recomendado, excepto en situaciones especiales.

Para mujeres entre 31-65 años:

- El tamizaje anual no está recomendado

Se puede usar cualquiera de los siguientes esquemas para el tamizaje:

- Citología cervical sola cada 3 años
- Test VPH cada 5 años
- Co-testeo con citología cervical y test VPH cada 5 años

Parar el tamizaje después de los 65 años si es que hay resultados consecutivos negativos en los últimos 10 años previos, o después de histerectomía por condición benigna con remoción total de cérvix. (24)

En el PAP se puede reconocer el desarrollo de cambios displásicos en las células invadidas por VPH, con respecto a la historia natural del cáncer de cérvix se



conoce que el precursor directo del cáncer invasivo es la displasia de alto grado (LIEAG), el periodo de desarrollo de este varía entre 10-15 años mientras que en el caso de las displasias de bajo grado (LIEBG) en su mayoría presentan una regresión espontánea. Según el resultado de la citología se pueden tomar medidas sobre todo en el caso de una anomalía citológica y se realizarán evaluaciones como colposcopia, toma de biopsia y su posterior tratamiento. (16,18)

Hasta el momento los esfuerzos mundiales se han concentrado en el tamizaje de mujeres mediante citología cervical y el tratamiento de las lesiones precancerosas, esta estrategia se ha mostrado efectiva en la reducción de incidencia y mortalidad siempre y cuando se cumplan con estándares de calidad de procedimientos, cobertura y seguimiento, actualmente se busca en cambio cambiar el enfoque con la vacunación general de la población en riesgo y la prueba de VPH acompañada de PAP. (6)

Dentro de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud, se habla también de la vacunación, actualmente existen varias vacunas distribuidas mundialmente, como: la bivalente para prevenir los tipos 16 y 18 (más oncogénicos), la tetravalente que además protege contra el tipo 6 y 11 contra las verrugas genitales y la nonavalente que incluye la prevención a 9 tipos de VPH “6, 11,16, 18, 31, 33, 45, 52, 58”, responsable del 90% de cánceres cervicales, 82% de lesiones precancerosas anogenitales y 90% de verrugas genitales. Según estudios clínicos estas vacunas son seguras y eficaces como método de prevención primaria pero no curan enfermedad ya desarrollada. (25,26)

#### **2.1.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAP)**

La técnica adecuada de realización de la citología cervical es un punto vital para la obtención de resultados con buena sensibilidad y especificidad, La citología cervical se considera una prueba altamente específica, pero cabe recalcar que depende de una correcta recolección de muestras, una extensión, fijación y tinción hecha por profesionales técnicos con un correcto entrenamiento y experiencia para su interpretación. (10)



Según los protocolos de citología cervical se debe cumplir condiciones para la toma de muestra como: No realizarla en sangrado, no debe haber tenido relaciones sexuales tres días antes de la realización del examen, no tomar la muestra en los primeros 3 meses posparto (excepto en situaciones especiales), no tomar muestra en infección vaginal con evidencia clínica o uso de medicación intravaginal. (21)

El proceso de la toma de muestras requiere de varios materiales, preparación de instrumentos y la toma de muestra de exocérvix y endocérvix; el proceso, el trato con la paciente y el respeto del pudor tiene gran importancia para dejar tanto una buena experiencia para la mujer como una muestra significativa para el análisis de la misma. (21)

Pero a pesar de la sensibilidad alta y especificidad relativamente baja de este método sigue siendo una de las principales herramientas para la detección temprana del cáncer de cérvix, un claro ejemplo se puede evidenciar en los países desarrollados que han disminuido notablemente las tasas de cáncer invasivo por su correcta implementación en programas de tamizaje. (7)

En países como el nuestro las barreras para un tamizaje generalizado en la población de riesgo son complejas, pues estos procedimientos involucran gran consumo de insumos médicos, personal capacitado, infraestructura sanitaria, entre otros recursos de los que aún escasean; dejando muy claro entonces que el grado de afección de una población de cáncer de cérvix se traduce a las desigualdades de salud y depende de condiciones socioeconómicas de la misma población y su gobierno (10). En Ecuador la Estrategia Nacional de control de cáncer nos indica: “Realizar cribado en mujeres de 21 a 65 años con Papanicolaou cada 3 años. En mujeres de 30 a 65 años y de ser posible, realizar el tamizaje con citología y pruebas moleculares para ADN de VPH cada 5 años; para otras edades y casos específicos, referirse a los documentos normativos emitidos por el ente rector”. (8)

El cáncer cervical es un serio problema de salud pública que como está especificado anteriormente, afecta en su mayoría a poblaciones de mujeres de



estratos sociales bajos, vulneradas y golpeadas por la inequidad, siendo un reflejo de cómo las desigualdades de la salud pueden influir en el desarrollo de una enfermedad. Los países en vías de desarrollo poseyeron 370.000 de los 466.000 casos de cáncer cervical en el año 2000 o el 80% de casos totales (10), según la estrategia global para acelerar la eliminación del cáncer cervical del WHO “una mujer muere de cáncer cervical cada dos minutos” (6); la parte preocupante es que este cáncer es en su gran mayoría prevenible, tratable y curable si es detectado a tiempo, por lo tanto la mala aplicación de las políticas de salud nacionales son probablemente la razón por la cual los esfuerzos estatales fracasan, al no tener en cuenta las necesidades de las mujeres, sus condiciones sociales, culturales, económicas, etc. Para 2030 el objetivo de WHO es usar el llamado 90-70-90 como un objetivo para combatir este problema de salud pública. (6)

### **2.1.5 MANEJO DE LESIONES**

En el informe de la citología cervical se usa la clasificación citológica de Bethesda para clasificar las lesiones intraneoplásicas en grupos de alto grado y de bajo grado; además dentro del manejo de las lesiones detectadas en la clasificación histológica de Richard tendríamos dos opciones: un tratamiento conservador en caso de neoplasia intraepitelial tipo I (NIC I) y un tratamiento dirigido en casos de neoplasia intraepitelial tipo II y III (NIC II y NIC III) que serían las llamadas lesiones de alto grado, por su potencial de malignizar y convertirse en cáncer invasor. (16,27)

El tratamiento conservador se enfoca en citologías de control cada 6 o 12 meses dependiendo del caso, pues en estas lesiones existe alta posibilidad de regresión espontánea. El tratamiento dirigido en cambio se enfoca en intervenciones como colposcopia para confirmar la lesión y determinar su extensión, otra opción es realizar la prueba de inspección visual con ácido acético. (28)

Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud, todas las mujeres que hayan obtenido un resultado positivo en el tamizaje deben realizarse una inspección visual con ácido acético para ver la elegibilidad a crioterapia y



descartar lesiones amplias. (21) Y la Sociedad Americana de Patología cervical nos indica que si el método de tamizaje es la citología la conducta a seguir será la colposcopia y si está es positiva procedemos al tratamiento o seguimiento según el caso particular. (22)

En caso de resultado positivo confirmado, la mejor opción es la crioterapia, se debe tomar en cuenta dos condiciones para elegir la crioterapia que son: totalidad de la lesión visible, unión escamo-cilíndrica visible, lesión no abarca más del 75% del exocervix. Caso contrario se usan otras opciones como la conización que puede ser con bisturí, laser o asa electro quirúrgica. (27)

#### **2.1.6 BARRERAS A LAS QUE SE SOMETE LA APLICACIÓN DEL TAMIZAJE**

La eficacia de los procesos de tamizaje en las diferentes naciones va a depender de varias condicionantes que determinarán su éxito o fracaso, como tal tenemos los ejemplos de Brasil, Perú y Puerto Rico que no poseen programas organizados de tamizaje, lo que se puede evidenciar en sus altas tasas de incidencia de cáncer de cérvix (Incidencia de >40 por 100 000 mujeres), contando solo con tamizajes esporádicos a baja escala en diferentes regiones. (29)

Otro ejemplo es el caso de Colombia donde un conjunto de organizaciones se reunió para ofrecer la realización de citologías de tamizaje desde 1970, sin embargo, las tasas de mortalidad se han mantenido estables o con ligeras disminuciones gracias al aporte conjunto de campañas de detección temprana y de educación. Por lo que se piensa que, aunque existan actuales tamizajes citológicos, aún existen barreras que impiden su aplicación total en las naciones y por lo tanto que alcancen su impacto máximo en la salud poblacional. (29)

Algunos de los limitantes son: el buscar fuentes de recursos suficientes para llevar a cabo los proyectos, el desarrollo de infraestructura, el entrenamiento correcto y suficiente de los trabajadores, y la elaboración de sistemas de vigilancia y control a largo plazo para el tamizaje, investigación, tratamiento y seguimiento de las pacientes. Algunas de las medidas que se pueden aplicar de



manera temprana podrían ser la reorganización y estructuración de los programas de tamizaje citológico usando la experiencia de aciertos y errores de programas ya aplicados anteriormente en el país o en otras naciones, el planteamiento de objetivos realistas y realizables. (6)

En el Ecuador, el sistema de salud integral se basa en el MAIS-IFC que es un programa de atención integral de salud guiado según la APS-R; con estos principios se busca basarse en la promoción y prevención de salud según la estratificación en ciclos de vida y grupos de riesgo, además de atención en distintos escenarios que engloban la mayor cantidad de casos posibles, dentro de este sistema aplicado se encuentran las determinantes de la salud, que son los componentes externos al sistema de salud pero que influyen de manera directa o indirecta en la salud de la población. (30)

Los determinantes de salud, específicamente los de tipo social deberían ser tomados en cuenta al aplicar los programas de prevención pues estos se los asocia directamente con la morbilidad y mortalidad de por cáncer de cérvix. Para incluirlos todos se desarrolló un método específico en Cochrane para el análisis de las desigualdades de salud en las revisiones sistemáticas cumpliendo las siglas PROGRESS PLUS, estos pueden ser útiles al momento de la creación de formularios o estadísticas específicas en investigación de este campo para así garantizar la visión de la equidad en investigación. (31)

En el caso del cáncer de cérvix hay múltiples determinantes de la salud que influyen en que las cifras en nuestro país no vayan en descenso sino se estanquen o sufran cambios pequeños a lo largo de los años; en el año 2015 el cáncer de cérvix estaba posicionado en el segundo puesto de tumores de mayor incidencia en mujeres de Ecuador representando el 7,1% (12) en contraste con los datos obtenidos en el año 2020 donde representa el 9,5% del total de casos en mujeres de Ecuador (5); donde observamos que ha experimentado un cambio en porcentaje de casos totales pero no ha variado su posición en el segundo lugar de la incidencia de tumores más comunes en mujeres.



Es importante destacar que el tamizaje supone un gasto de inversión económica para los sistemas de salud, ya que a largo plazo representan un ahorro en cuanto a gastos de salud como es el caso de las pruebas moleculares de VPH que supondrían un ahorro de US\$ 3482 por años vividos con discapacidad reduciendo la prevalencia de enfermedades derivadas, gastos en tratamiento y seguimiento. (32)

En un estudio realizado en Cali, Colombia, se determinaron ciertas barreras implicadas en el mal funcionamiento de los planes de tamizaje, en este caso por la semejanza entre los ambientes y determinantes sociodemográficos con Ecuador podríamos hacer una extrapolación o mínimo una relación de los datos obtenidos con nuestra realidad. Estas barreras son: (29)

- Sistema de salud fragmentado: Los sistemas de salud distribuidos en varias capas administrativas generan retrasos y vuelven dificultoso el acceso de los pacientes a programas de tamizaje, de atención y de seguimiento.
- Cantidad limitada de centros de atención y escasez de equipamiento necesario para el diagnóstico temprano: En servicios de salud de atención primaria existe la alta posibilidad de no contar con los recursos necesarios para la atención y que los pacientes tengan que ser transferidos a un centro diferente para cumplir con sus expectativas de servicio, eso sumado a la existencia de lugares en donde el acceso no es una posibilidad ya sea por el transporte dificultoso o barreras de infraestructura.
- Deficiencia de personal entrenado: Como ha sido hablado con anterioridad los procesos de tamizaje dependen en gran manera de la calidad de los procedimientos técnicos con los que se aplican, por lo que cualquier deficiencia en el personal que los realice se verá reflejado en resultados poco satisfactorios.



- Barreras socioeconómicas: Las dificultades económicas poblacionales limitan el acceso a la salud y dejan desatendidas las problemáticas preexistentes, junto a problemas como la dificultad del acceso a los servicios, estigmas de la atención y del entorno sanitario, desinformación y conceptos erróneos perpetuos en el popular colectivo sobre el cáncer, sobre los métodos de transmisión del VPH y el tratamiento de las lesiones tumorales junto a los costos que estos implican. (29)

En el caso de la población universo la importancia de su estudio radica en los diferentes condicionantes de la población para el acceso al tamizaje de cáncer de cérvix como son: su pertenencia a la zona rural, los limitantes producidos por la dificultad geográfica de acceso a la población y su carencia de puntos de atención de salud cercanos, el pobre conocimiento sobre salud en general por parte de sus habitantes y el déficit de poder adquisitivo.



## **CAPITULO TRES**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la adherencia que tienen las mujeres de la parroquia Guarainag, cantón Paute al tamizaje de cáncer de cérvix (PAP).

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterización sociodemográfica de la muestra: edad, estado civil, instrucción, antecedentes gineco obstétricos, características de vivienda y convivencia, sistema de salud al que acude y sus características, apego a los servicios de salud, uso de métodos anticonceptivos y de protección, y conocimientos generales sobre VPH y cáncer de cérvix
- Identificar la prevalencia y frecuencia de realización de PAP en las mujeres de la parroquia Guarainag, cantón Paute 2021
- Identificar las condiciones que favorecen la adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix.



## **CAPITULO CUATRO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se llevó a cabo en la comunidad rural de Guarainag, Paute, Azuay-Ecuador.

### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA:**

Se trabajó con un universo finito que consta de la proyección poblacional por parroquias del INEC, dando una población de mujeres de 456 para el año 2021. Para la muestra usamos el dato de prevalencia de 40,9-51,4% realización de PAP (33) haciendo uso del valor menor, obteniendo que para un 95% de intervalo de confianza y un 5% de error alfa nuestro tamaño muestral es de 208 mujeres.

Para la aleatorización de los individuos a encuestar usamos el plano catastral de la parroquia de Guarainag del cual obtuvimos un código de casa específico basado en el número de la casa y en el número de manzana, se asignó un número y luego se aleatorizó los mismos con la página random.org; las encuestas se realizaron en este orden hasta cumplir la totalidad de sujetos de la muestra efectiva. (Ver Anexo #1 y #2)

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres de más de 18 años
- Mujeres que hayan tenido relaciones sexuales
- Mujeres que acepten el consentimiento informado

### **4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Mujeres sin la capacidad de contestar el formulario



#### 4.6 VARIABLES:

- Realización del tamizaje de cáncer de cérvix por lo menos una vez en su vida.
- Características sociodemográficas, determinantes de salud estructurales e intermedios e historia gineco obstétrica:
  - o Edad
  - o Estado civil
  - o Apoyo de pareja
  - o Nivel de instrucción
  - o Ingresos socioeconómicos
  - o Autoidentificación
  - o Habitantes por casa
  - o Tenencia de casa
  - o Sistema de salud al que acude
  - o Centro de salud cercano
  - o Tiempo que usa para llegar al centro de salud
  - o Tiempo que tarda en conseguir una cita
  - o Frecuencia de visitas al centro de salud al año
  - o Método de transporte al centro de salud
  - o Número de Embarazos
  - o Número de abortos
  - o Método de planificación familiar y anticoncepción
  - o Realización del PAP
  - o Motivos de no realizarse el PAP
  - o Número de veces que se ha realizado un PAP
  - o Edad de la 1era relación sexual
  - o Número de parejas sexuales
  - o Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
  - o Uso de tabaco
  - o Información/Conocimiento sobre VPH y PAP

#### 4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver Anexo #3)



#### 4.8 MÉTODOS:

Para recolectar la información se usó un instrumento de recolección de datos realizado por los autores, obteniéndose información directa de las mujeres de la comunidad.

El instrumento fue un formulario donde constaban las variables de estudio relacionadas con la realización del PAP, datos sociodemográficos y datos ginecológicos de las mujeres. (Ver Anexo #4)

**2. Técnica de recolección de información:** Aplicación de formulario directamente a la población de mujeres

**3. Instrumentos:** Formularios impresos

**4. Procedimiento:**

- Autorización: Se pidió autorización al presidente del GAD parroquial de la comunidad de Guarainag y se realizó la presentación del consentimiento informado.
- Capacitación: Lectura de Guías de práctica clínica, revisión de artículos científicos, revisión bibliográfica, entre otros.
- Supervisión: El presente proyecto fue guiado y supervisado por el Doctor Bernardo Vega.

**5. Plan de tabulación y análisis:**

- Los datos obtenidos mediante los formularios fueron tabulados e ingresados a Microsoft Excel 2019 y el programa SPSS 24.
- Los resultados están presentados en tablas simples y compuestas; se usó variables medidas estadísticas como frecuencias y porcentajes.



#### 4.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

- El presente trabajo no representa ningún riesgo para los participantes, ya sea de manera directa o indirecta, sin embargo, tampoco representara un beneficio directo inmediato para la comunidad evaluada.
- Los datos recolectados, y, por lo tanto, también sus participantes se manejaron con absoluta confidencialidad, por lo que la base de datos obtenidos está solo a cargo de los autores del presente trabajo para cumplir el objetivo planteado. El almacenamiento de los datos será realizado solo por los autores por un tiempo prudente y luego se procederá a su eliminación.
- Se solicitaron los debidos permisos mediante un oficio y entrega de este protocolo al GAD municipal de Paute, para obtener el debido permiso y la facilitación de datos como el plano catastral de la parroquia Guarainag, para el desarrollo correcto del estudio.
- Se contó con el consentimiento informado donde se dio detalles de las características de los datos necesarios y su uso, la participación fue voluntaria y los participantes del estudio podían retirarse del estudio en el momento en el que lo crean conveniente sin represalias de ningún tipo. (Ver anexo #5)
- Durante el desarrollo del estudio, el protocolo realizado fue inspeccionado y aprobado por el director de tesis, posteriormente fue remitido a los comités pertinentes de investigación y bioética logrando su aprobación.
- Los autores no declaran conflictos de interés en el desarrollo de este estudio, al estar financiado en su totalidad por los autores.
- El estudio en cuestión podría brindar beneficios a futuro en cuanto al conocimiento de condicionantes sociales de la adherencia al PAP, que



podrían ser usados para mejorar la calidad de salud general mediante su aplicación en programas nacionales de tamizaje.



## CAPITULO CINCO

### 5.1 RESULTADOS Y TABLAS

**Tabla 1: Total de participantes entrevistados según criterios de inclusión. Parroquia Guarainag, Paute. Ecuador. 2021.**

ENTREVISTADAS	Número	Porcentaje
Cumplen los criterios de inclusión	185	88,95%
No cumplen los criterios de inclusión	23	11,05%
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:** Del total de entrevistadas según la muestra de 208 personas, el 11,05% (23 participantes) no cumplen con el criterio de inclusión de haber iniciado su vida sexual. Es importante destacar que dentro de este grupo de 23 personas a pesar de no requerir el examen de PAP 2 de ellas si fueron sometidas al PAP.

**Tabla 2: Características sociodemográficas en mujeres. Parroquia Guarainag, Paute. 2021.**

EDAD	Número	Porcentaje
De 18-29 años	33	17,8%
De 30-39 años	29	15,7%
De 40-49 años	36	19,5%
De 50-59 años	25	13,5%
De 60-65 años	21	11,4%
Mayores de 65 años	41	22,2%
<b>Media: 49.39</b>	<b>Mediana: 48</b>	<b>Moda: 46</b>
<b>Estándar: 19,185</b>		<b>Desviación</b>
ESTADO CIVIL	Número	Porcentaje
Soltera	38	20,5%
Casada	99	53,5%
Viuda	21	11,4%
Divorciada	7	3,8%
Unión Libre	20	10,8%
NIVEL DE EDUCACIÓN	Número	Porcentaje
Primaria	103	55,7%
Secundaria	36	19,5%
Superior	17	9,2%
Ninguna	29	15,7%
AUTOIDENTIFICACIÓN	Número	Porcentaje
Mestiza	178	96,2%
Blanca	4	2,2%
Indígena	2	1,1%
Otra	1	0,5%



**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**EDAD:** En cuanto corresponde a la tabla 2, de las 185 encuestadas, la edad promedio es de 46 años siendo la más joven de 18 años y la mayor de 92 años.

**ESTADO CIVIL:** En cuanto a estado civil 99 mujeres (53,5%) eran casadas siendo esto la mayoría, seguido por las solteras 38 (20,5%) encuestadas.

**NIVEL DE EDUCACIÓN:** Del total de entrevistadas el 55,7% cuentan con educación primaria siendo relevante que el 15,7% no cuenta con ningún tipo de educación.

**AUTOIDENTIFICACIÓN:** En cuanto a lo que concierne a identificación étnica, la mayoría de las encuestadas se autoidentificaba como mestiza 178 (96,2%).



**Tabla 3: Características socioeconómicas de las mujeres. Parroquia Guarainag, Paute. 2021.**

INGRESO MENSUAL	Número	Porcentaje
Menos de 400\$	158	85,4%
Mayor o igual a 400\$	27	14,6%
TENENCIA DE LA CASA	Número	Porcentaje
Propia	142	76,8%
Prestada	38	20,5%
Arrendada	5	2,7%
HABITANTES POR CASA	Número	Porcentaje
1-2	52	28,1%
3-4	68	36,8%
5 o más	65	35,1%
<b>Media: 3.96</b>	<b>Mediana: 4</b>	<b>Moda: 3</b>

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**INGRESO MENSUAL:** Con relación a la tabla 3, del total de entrevistadas 158 (85,4%) personas tienen un ingreso mensual menor al sueldo mínimo ecuatoriano, siendo las entrevistadas que ganan un sueldo básico o más de un 14,6% (27).

**TENENCIA DE LA CASA:** Podemos observar que de las mujeres entrevistadas solo 5 personas (2,7%) pagan arriendo por el uso de sus viviendas, siendo el restante 97,3% mujeres que viven en casas propias o prestadas.

**HABITANTES POR CASA:** Es importante destacar que 65 personas (35,1%) viven en un ambiente con 5 o más personas dentro del hogar, siendo el máximo de habitantes encontrados en una casa de 20 personas.



**Tabla 4: Características del acceso a la salud de las mujeres en Guarainag Parte I, Paute 2021.**

SERVICIO DE SALUD AL QUE ACUDE	Número	Porcentaje
MSP	116	62,7%
IESS	54	29,2%
Privado	15	8,1%
ACCESIBILIDAD	Número	Porcentaje
Si	126	68,1%
No	59	31,9%
NÚMERO DE CITAS MEDICAS AL AÑO	Número	Porcentaje
0	5	2,7%
1	19	10,3%
2	37	20,0%
3	32	17,3%
4	18	9,7%
5	13	7,0%
6	12	6,5%
7	2	1,1%
8	1	,5%
10	7	3,8%
11	1	,5%
Mas de 12	38	20,5%
Media: 5,46 2	Mediana: 3,00	Moda:

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**SERVICIO DE SALUD AL QUE ACUDE** En cuanto a la tabla 4, podemos ver que 116 personas correspondiendo al 62,7% de los entrevistados acuden al centro de salud del MSP como centro de atención primaria



**ACCESIBILIDAD:** De la población 59 personas (31,9%) manifiestan que no tienen facilidad para el acceso a centros de atención de salud cerca de su vivienda.

**NUMERO DE CITAS:** Con respecto al número de citas anuales, 147 personas correspondientes a 79,5% tuvieron menos de 12 citas mientras que 38 personas correspondientes al 20,5% acudieron a 12 o más citas médicas al año.



**Tabla 4: Características del acceso a la salud de las mujeres en Guarainag parte II, Paute 2021.**

TIEMPO DE LLEGADA	Número	Porcentaje
Menos de 1h	132	71,4%
Entre 1-2h	43	23,2%
Mas de 2h	10	5,4%
TIEMPO DE ESPERA	Número	Porcentaje
Menos de 1 semana	27	14,6%
Mas de 1 semana	3	1,6%
Inmediato	155	83,8%
TRANSPORTE	Número	Porcentaje
Auto propio	15	8,1%
Auto ajeno	16	8,6%
Bus	38	20,5%
Moto/Bicicleta	1	0,5%
Caminando	110	59,5%
Otro	5	2,7%

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**TIEMPO DE LLEGADA:** De nuestras entrevistadas 53 personas (28,6%) manifestaron que se demoran más de 1 hora en su transporte a los centros de atención médica.

**TRANSPORTE:** El medio de transporte primario usado por las mujeres encuestadas es la caminata, siendo 110(59,5%) las que lo refirieron al momento de la encuesta.

**TIEMPOS DE ESPERA:** En relación a los tiempos de espera para la atención en la mayoría fue inmediata 83,8% (155).

**Tabla 5: Antecedentes gineco-obstétricos en mujeres de la parroquia Guarainag, Paute. 2021**

<b>EMBARAZO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ningún embarazo</b>	19	10,3%
<b>Un embarazo</b>	35	18,9
<b>2 embarazos</b>	31	16,8
<b>3 embarazos</b>	15	8,1
<b>4 o más embarazos</b>	85	45,9
<b>ABORTOS</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	138	74,6
<b>1</b>	30	16,2
<b>2</b>	10	5,4
<b>3</b>	3	1,6
<b>4</b>	2	1,1
<b>5</b>	1	,5
<b>6</b>	1	,5
<b>INICIO DE VIDA SEXUAL</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>10-19 años</b>	101	54,6
<b>20-29 años</b>	74	40,0
<b>30-40 años</b>	10	5,4
<b>Media:</b> 20,03 mínimo 10 años, máximo 40		<b>Mediana:</b> 19
<b>Moda:</b> 18		
<b>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	136	73,5
<b>2</b>	39	21,1
<b>3</b>	7	3,8
<b>5</b>	1	,5
<b>7</b>	1	,5
<b>15</b>	1	,5



**Media:** 1,42  
**Moda:** 1

**Mediana:** 1,00

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**EMBARAZO:** Podemos observar que de las mujeres encuestadas 19 personas (10,3%) no han tenido ningún embarazo, mientras que 85 personas (45,9%) tuvieron 4 o más embarazos, siendo el máximo registrado de 15 embarazos.

**ABORTOS:** Es importante destacar que 25,4% de las entrevistadas tuvieron al menos un aborto, llegando a un máximo de 6 abortos en una entrevistada.

**INICIO DE VIDA SEXUAL:** En cuanto al ámbito de inicio de vida sexual, 101 personas correspondientes al 54,6% iniciaron su vida sexual en un periodo de edad entre 10-19 años, siendo 98 entrevistadas menores de 18 años al iniciar su vida sexual y siendo la menor edad de inicio a los 10 años como se muestra en la tabla.

**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:** En cuanto al número de parejas sexuales 136 (73,5%) han tenido solo una pareja, existiendo el caso de una participante con 15 parejas sexuales a la fecha siendo el mayor valor encontrado.



**Tabla 6: Comportamiento sexual predisponente para el desarrollo de cáncer de cérvix en mujeres parroquia Guarainag, Paute. 2021.**

<b>ANTECEDENTES DE ETS</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	15	8,1%
No	170	91,9%
<b>USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	77	41,6%
No	108	58,4%
<b>MÉTODOS USADOS</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Preservativo	14	7,6%
Implante	16	8,6%
ACO	11	5,9%
DIU	3	1,6%
Inyecciones	12	6,5%
Ligadura	21	11,4%
No usa	108	58,4%
<b>USO DE TABACO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	2	1,1%
No	183	98,9%
<b>EXPOSICION AL TABACO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	36	19,5%
No	149	80,5%

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**ANTECEDENTES DE ETS:** Podemos observar que el porcentaje de personas con antecedentes de ETS es bajo siendo manifestado solo por 15 mujeres (8,1%) pero no es un dato nada despreciable al relacionarlo con los siguientes resultados.



**USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y TIPOS DE METODOS:** El uso de métodos anticonceptivos y de barrera por parte de la población solo llega a un 41,6%, de los cuales solo 7,6% son métodos de actual barrera ante ETS, específicamente el condón.

**USO Y EXPOSICION AL TABACO:** Si bien en esta población el consumo de tabaco como factor de riesgo es de solo el 1,1%, el mayor riesgo se da por la exposición pasiva del 19,5% por parte de parejas o familiares.



**Tabla 7: Apoyo de pareja para atención ginecológica en mujeres parroquia Guarainag, Paute. 2021**

RECIBE APOYO DE SU PAREJA PARA ACUDIR AL GINECOLOGO Y REALIZARSE PAP	Número	Porcentaje
Si	95	51,4%
No	30	16,2%
No aplica	60	32,4%
Total	185	100%

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

Es importante destacar de la tabla 7 que 30 mujeres, correspondiente al 16,2% de las entrevistadas no cuentan con el apoyo de su pareja para acudir al ginecólogo y para realizarse exámenes de tamizaje de cáncer de cérvix.



**Tabla 8: Características del tamizaje con Papanicolaou en 185 mujeres entrevistadas parroquia Guarainag, Paute. 2021**

REALIZACION DE PAP	Número	Porcentaje
Si	138	74,6
No	47	25,4
NÚMEROS DE PAP REALIZADOS EN SU VIDA	Número	Porcentaje
0	47	25,4
1	24	13,0
2	21	11,4
3	16	8,6
4	14	7,6
5	12	6,5
6	4	2,2
7	4	2,2
8	2	1,1
10	19	10,3
11	1	,5
12	2	1,1
13	1	,5
15	4	2,2
16	1	,5
18	1	,5
20	7	3,8
25	3	1,6
28	1	,5
30	1	,5
<b>Media: 4,88</b>	<b>Mediana: 3,00</b>	<b>Moda: 0</b>
FRECUENCIA DE PAP AL AÑO	Número	Porcentaje
0	126	68,1
1	55	29,7
Más de 1	4	2,2



TAMIZAJE MAMARIO	Número	Porcentaje
Si	90	48,6
No	95	51,4

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**REALIZACION DE PAP:** En la población encuestada se puede destacar el dato sobre la realización de PAP en la población, un 25,4% de las entrevistadas no se ha realizado ningún PAP a lo largo de su vida, representando 47 mujeres sin tamizaje. En contraste podemos observar un total de 18 mujeres con un tamizaje excesivo al haber tenido más de 14 PAP a lo largo de su vida, siendo nuestro valor máximo una mujer con 30 PAP.

**FRECUENCIA ANUAL:** Con respecto a la frecuencia anual de este examen, la mayoría de mujeres (68,1%) no se realizaba el tamizaje cada año, mientras que 4 mujeres se realizan este examen más de 1 vez por año.

**TAMIZAJE MAMARIO:** En cuanto a la realización de otras estrategias para la detección oportuna del cáncer, un 51,4% de las mujeres no se ha realizado ningún otro tamizaje como el tamizaje de cáncer de mama.



**Tabla 9: Barreras para la adherencia al tamizaje con Papanicolau en 185 mujeres parroquia Guarainag, Paute. 2021**

<b>MIEDO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	32	17,3
No	153	82,7
<b>VERGUENZA</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	53	28,6
No	132	71,4
<b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	66	35,7
No	119	64,3
<b>FALTA DE ACCESO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	34	18,4
No	151	81,6
<b>INCOMODIDAD</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	30	16,2
No	155	83,8
<b>FALTA DE TIEMPO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	40	21,6
No	145	78,4
<b>ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	16	8,6
No	169	91,4
<b>POCA CONFIANZA EN LA PRUEBA</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	10	5,4
No	175	94,6
<b>RESULTADOS TARDIOS</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	14	7,6
No	171	92,4
<b>COSTO ELEVADO</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>



Si	12	6,5
No	173	93,5
<b>OTRAS RAZONES</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	63	34,1
No	122	65,9
<b>CONOCIMIENTO SOBRE VPH</b>		
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	53	28,6
No	132	71,4
<b>CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VPH</b>		
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	23	12,4
No	162	87,6
<b>CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE CUELLO</b>		
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	98	53,0
No	87	47,0
<b>CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO</b>		
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	36	19,5
No	149	80,5

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

**MIEDO:** Según lo analizado en la tabla 8, el 17,3% correspondiente a 32 entrevistadas señalaron miedo como una de las barreras para someterse a la prueba de PAP.

**VERGÜENZA:** Con respecto a la vergüenza como limitante para someterse al tamizaje, hubo 53 personas (28,6%) que refirieron este sentimiento como barrera.



**FALTA DE CONOCIMIENTO:** Un 35,7% de mujeres, es decir 66 refirieron que la falta de conocimiento era una de las barreras a la hora de someterse al tamizaje con PAP:

**FALTA DE ACCESO:** La falta de acceso al PAP solo representado un problema en 34 mujeres, es decir el 18,3%.

**INCOMODIDAD:** Con respecto a sentir incomodidad, este fue un problema para 30 mujeres siendo un 16,2%.

**FALTA DE TIEMPO:** En relación a la falta de tiempo para ir a realizarse la prueba, 40 mujeres afirmaron esta como una barrera para la realización de PAP.

**ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD:** Dentro del ítem organizacional se incluye la mala atención brindada por el proveedor de salud, el tiempo excesivo de espera, atención deficiente o malas experiencias en el sistema de salud; fue una barrera en 16 mujeres que representa el 8,6%.

**POCA CONFIANZA EN LA PRUEBA:** En este ítem, 10 mujeres refirieron la poca confianza en la prueba como un limitante ante la realización de PAP.

**RESULTADOS TARDIOS:** Dentro de las entrevistadas 14 mujeres manifestaron entrega de resultados tardíos aun cuando si se sometieron al PAP, siendo este un 7,6% de nuestra población en estudio.

**COSTO ELEVADO:** Factores de costos elevados en la prueba fueron una barrera en el 6,5% de mujeres, siendo 12 personas con esta barrera.

**OTRAS RAZONES:** Dentro del ítem “Otras razones”, se incluye el descuido por parte de las mujeres, la falsa sensación de salud dada por estar asintomáticas, haberse realizado histerectomía, entre otras; este fue un limitante para 63 mujeres, es decir un 34,1%.

**CONOCIMIENTO SOBRE VPH Y CANCER DE CERVIX:** En cuanto al ámbito del conocimiento sobre VPH 132 personas correspondientes al 71,4% no contaban con conocimiento valido sobre el virus, y 162 personas (87,6%) no conocían sobre la prevención del mismo. Por último, en lo que se refiere a



conocimientos sobre cáncer de cérvix 98 personas (53%) conocían de su existencia, pero del total de entrevistados 149 (80,5%) no sabían cómo prevenirlo.

**Tabla 10: Influencia entre los factores que limitan la realización del Papanicolaou según las mujeres que han tomado o no la prueba parroquia Guarainag, Paute. 2021**

VARIABLE		REALIZACIÓN DE PAP					
		No se realizó	Si se realizó	Total	RR	Valor de P	IC
		N(%)	N(%)	N(%)			
<b>Miedo</b>	SI	13(7)	19(10,3)	32(17,3)	1,828	0,03	1,094-3,054
	NO	34(18,4)	119(64,3)	153(82,7)			
<b>Vergüenza</b>	SI	8(4,3)	45(24,3)	53(28,6)	1,205	0,041	1,029-1,412
	NO	39(21,1)	93(50,3)	132(71,4)	*0,511		0,256-1,019
<b>Falta de conocimiento</b>	SI	28(15,1)	38(20,5)	66(35,7)	2,657	0,000	1,613-4,376
	NO	19(10,3)	100(54,1)	119(64,3)			
<b>Falta de Acceso</b>	SI	15(8,1)	19(10,3)	34(18,4)	2,082	0,006	1,278-3,390
	NO	32(17,3)	119(64,3)	151(81,6)			
<b>Incomodidad</b>	SI	5(2,7)	25(13,5)	30(16,2)	0,615	0,230	0,256-1,426
	NO	42(22,7)	113(61,1)	155(83,8)			
<b>Falta de Tiempo</b>	SI	6(3,2)	34(18,4)	40(21,6)	0,530	0,088	0,243-1,159
	NO	41(22,2)	104(56,2)	145(78,4)			
<b>Organización del sistema de Salud</b>	SI	4(2,2)	12(6,5)	16(8,6)	0,983	0,969	0,405-2,386
	NO	43(23,2)	126(68,1)	169(91,4)			
<b>Poca confianza en la prueba</b>	SI	3(1,6)	7(3,8)	10(5,4)	1,193	0,731	0,448-3,181
	NO	44(23,8)	131(70,8)	175(94,6)			
<b>Resultados tardíos</b>	SI	3(1,6)	11(5,9)	14(7,6)	0,833	0,722	0,292-2,344
	NO	44(23,8)	127(68,6)	171(92,4)			
<b>Costo Elevado</b>	SI	2(1,1)	10(5,4)	12(6,5)	0,641	0,472	0,176-2,327
	NO	45(24,3)	128(69,2)	172(93,5)			



<b>Otras Razones</b>	SI	14(7,6)	49(26,5)	63(34,1)	0,822	0,475	0,476-1,419
	NO	33(17,8)	89(48,1)	122(65,9)			

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

**Análisis:**

Influencias del miedo en la realización de papanicolaou: Con relación al miedo, un 17,3% de la población en estudio manifestó miedo al realizarse PAP mientras que un 82,7% no manifestó miedo dentro de este grupo podemos destacar que 119 mujeres que no tenían miedo si se realizaron el PAP; pudiendo concluir que las mujeres que tienen miedo tienen menos probabilidades de someterse al tamizaje, siendo datos estadísticamente significativos. (RR 1,828, IC 1,094-3,054; valor p de 0,03).

Influencias de la vergüenza en la realización de papanicolaou: En cuanto a vergüenza, en nuestra población 95 personas (50,3%) que no expresaron vergüenza si se realizaron el PAP en contraste con 8 participantes (4,3%) que si tu tuvieron vergüenza y no se realizaron la prueba del PAP.

Influencias de la falta de conocimiento en la realización de papanicolaou: Con respecto a la falta de conocimiento, se concluye que un 35,7% correspondiente a 66 personas ven como un limitante a la adherencia del tamizaje el hecho de no tener el suficiente conocimiento, mientras que 119 (64,3%) no tuvo falta de conocimiento; sin embargo se analiza que el hecho de no contar con suficiente conocimiento genera más posibilidades de no realizarse el PAP, siendo esto estadísticamente significativo (RR 2,657 IC 1,613-4,376 valor de p 0,00)



Influencias de la falta de acceso en la realización de papanicolaou: En el caso de la falta de acceso como una razón de no adherirse al tamizaje, 34 mujeres (18,4%) refirió falta de acceso a esta prueba; mientras que 151 (81,6%) si tenía acceso; se concluye que la falta de acceso aumenta las posibilidades de no adherirse al tamizaje siendo este análisis estadísticamente significativo. (RR 2,657 IC 1,612-4,376 valor de p 0,006).

Influencias de la incomodidad en la realización de papanicolaou: Analizando los resultados podemos inferir que en cuanto a incomodidad 113 (61,1%) participantes manifestaron que no sentían incomodidad hacia la prueba por lo que se realizaron el tamizaje, mientras que 5 (2,7%) mujeres si manifestaron incomodidad, siendo una está de las razones por las cuales no se realizaron el PAP.

Influencias de la falta de tiempo en la realización de papanicolaou: Revisando los resultados de la tabla, podemos observar que de aquellas mujeres que se realizaron la prueba 104 (56,2%) no manifestaron falta de tiempo, mientras que de las mujeres que no se realizaron el tamizaje 6(3,2%) registraron falta de tiempo como una de las razones para no someterse a la prueba.

Influencias de la organización del sistema de salud en la realización de papanicolaou: En cuanto a situaciones organizacionales de salud como malas experiencias en el sistema médico o tratos inadecuados a los pacientes 10 (5,4%) manifestaron haber experimentado alguna mala experiencia, de las cuales 4(2,2) manifestaron esta como una razón para no someterse al tamizaje.

Influencias de la confianza en el procedimiento para realización de papanicolaou: En cuanto a confianza en la prueba de PAP 10(5,4%) mujeres



encuestadas manifestaron su desconfianza en el tamizaje, de las cuales 3(1,6%) entrevistadas no se realizaron el PAP

Influencias de entrega tardía de resultados en la realización de papanicolaou:

Podemos inferir de la tabla que 11(5,9%) mujeres entrevistadas manifestaron una entrega tardía o nula de los resultados de las pruebas por parte de los centros de salud que la realizan, mientras que 127 (68,6%) de las entrevistadas no refieren problemas con la entrega de resultados de las pruebas de PAP a las que se han sometido.

Influencias del costo en la realización de papanicolaou: Analizando los resultados de la tabla podemos ver que 10(5,4%) manifiestan que hay un coste elevado para la realización de las pruebas, mientras que 128(69,2%) mujeres comentan el no tener problemas en cuanto a costos del PAP cuando se lo realizaron.

Influencias de otras razones en la realización de papanicolaou: Existen otras razones por las cuales las mujeres no se realizan la prueba, siendo las principales el descuido por parte de las entrevistadas y en segundo lugar la idea de normalidad ante la falta de sintomatología, de ellas 14(7,6%) manifiestan que estas son razones por las cuales no se han realizado el tamizaje de PAP, en contraste con las 49(26,5%) mujeres que manifiestan las mismas razones, pero si se han realizado el PAP.



**Tabla 11: Asociación entre el grado de conocimiento y la realización de PAP mujeres, Guarainag-Paute. 2021.**

VARIABLE		Si se realizó	No se realizó	Total	RR	Valor de P	IC 95%
		N(%)	N(%)	N(%)			
CONOCIMIENTO DE VPH	SI	40(21,6)	13(7)	53(28,6)	1,017	0,862	0,846-1,221
	NO	98(53)	34(18,4)	132(71,4)			
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN VPH	SI	16(8,6)	7(3,8)	23(12,4)	0,924	0,554	0,695-1,228
	NO	122(65,9)	40(21,6)	162(87,6)			
CONOCIMIENTO DE CÁNCER DE CERVIX	SI	81(43,8)	17(9,2)	98(53)	1,262	0,008	1,056-1,506
	NO	57(30,8%)	30(16,2%)	87(47)			
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN CÁNCER DE CERVIX	SI	30(19,5)	6(3,2)	36(19,5)	1,150	0,180	0,964-1,372
	NO	108(58,4)	41(22,2)	149(80,5)			

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

### **Análisis:**

En general podemos concluir de la Tabla 11 que el nivel de conocimiento sobre el VPH y su prevención además del cáncer de cérvix y su prevención está muy por debajo de lo ideal, existiendo cifras muy altas de desconocimiento sobre estos temas.

Conocimiento de VPH y prevención: El conocimiento sobre VPH solo estuvo presente en un 28,6% de la población en estudio, representando 53 mujeres encuestadas, mientras 132 no tenían conocimiento en este ámbito. El Conocimiento sobre la prevención de VPH también tuvo cifras muy bajas con solo 23 personas conocedoras del tema, mientras que el restante 86,7% no conocía sobre cómo prevenir este virus.



Conocimiento de cáncer de cérvix y prevención: La principal variable fue el conocimiento sobre cáncer de cérvix pues existió significancia estadística, dándonos a entender que del grupo de mujeres que si conoce sobre el cáncer de cérvix (98 mujeres, 53%) tienen más posibilidades de realizarse el tamizaje con PAP (RR 1,21 IC 95% 1,05-1,50 valor de p 0,008). El conocimiento sobre prevención del cáncer de cérvix también es muy bajo, representando un 19,5%.

**Tabla 12: Asociación entre factores varios y la realización de PAP.**

VARIABLE		No se realizó	Si se realizó	Total	RR	Valor de P	IC 95%
		N(%)	N(%)	N(%)			
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NULO	8(4,3)	21(11,4)	29(15,7)	1,103	0,769	0,576 - 2,112
	SI ESCOLARIDAD	39(21,1)	117(63,2)	156(84,3)			
INGRESO SOCIOECONÓMICO	BAJO	40(21,6)	118(63,8)	158(85,4)	0,976	0,946	0,489 - 1,950
	MEDIO Y ALTO	7(3,8)	20(10,8)	27(14,6)			
ACCESO A SERVICIO DE SALUD	NO	18(9,7)	41(22,2)	59(31,9)	1,326	0,275	0,804 - 2,186
	SI	29(15,7)	97(52,4)	126(68,1)			
REALIZACION DE OTROS TAMIZAJES DE DOC	NO	45(24,3)	50(27,0)	95(51,4)	21,316	0,000	5,327 - 85,299
	SI	2(1,1)	88(47,6)	90(48,6)			
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	NO	33(17,8)	75(40,5)	108(58,4)	1,681	0,057	0,967 - 2,920
	SI	14(7,6)	63(34,1)	77(41,6)			

**Fuente:** Datos recolectados por los autores.

**Elaboración:** Daniel Peñafiel, Ma. Augusta Torres.

### **Análisis:**

Influencias de nivel de escolaridad en la realización de papanicolaou: Según podemos observar en la tabla anterior 29(15,7%) de las entrevistadas cuentan con un nulo nivel de escolaridad, de las cuales 8 (4,3%) no se han sometido al tamizaje por PAP.

### Influencias del ingreso socioeconómico en la realización de papanicolaou:

Analizando la tabla anterior podemos observar que 158(85,4%) de las entrevistadas cuentan con un ingreso económico mensual bajo, menor a un sueldo básico ecuatoriano, de las cuales 40(21,6%) no se han realizado el tamizaje por PAP.



Influencias del acceso a servicios de salud en la realización de papanicolaou:

En cuanto a el acceso a los servicios de salud, 59(31,9%) de las entrevistadas manifiestan que no cuentan con un servicio de salud cercano, de las cuales 18(9,7%) no se han realizado nunca el tamizaje por PAP.

Influencias de la realización de otros tamizajes en la realización de

papanicolaou: Con relación a la realización de otros tamizajes, un 48,6%(90) de la población en estudio manifestó haberse realizado el tamizaje de DOC mamario, mientras que un 51,4%(95) no manifestó el haberse sometido a este mismo tamizaje, dentro de este grupo podemos destacar que 45 mujeres que no se hicieron el tamizaje mamario tampoco se realizaron el PAP; pudiendo concluir que las mujeres que no acuden a otro tamizajes tienen menos probabilidades de someterse al tamizaje por PAP, siendo datos estadísticamente significativos. (RR 21,316; IC 5,327-85,299; valor p de 0,000).

Influencias de uso de anticonceptivos en la realización de papanicolaou:

En cuanto al uso de anticonceptivos, 108(58,4%) de las entrevistadas manifiestan que no usan ningún tipo de método anticonceptivo, y de ellas 33(17,8%) nunca se han sometido a un tamizaje por PAP.



## CAPITULO SEIS

### 6.1 DISCUSION

El cáncer de cérvix, conocido problema de salud pública, afecta fuertemente a los países en vías de desarrollo representado una alta morbimortalidad, probablemente por la limitación de las acciones de prevención y detección oportuna; si las condiciones se mantienen constantes para 2030 habrá un aumento del 21% de casos y de 27% en muertes esperadas (4). La presente investigación tiene como objetivo determinar la adherencia de las mujeres de la parroquia Guarainag del cantón Paute al tamizaje de cáncer de cérvix mediante la caracterización sociodemográfica de nuestra muestra y la identificación de factores limitantes y facilitadores del tamizaje con PAP.

En la población estudiada el 25,4% de mujeres no se han realizado la prueba de PAP en ninguna ocasión a lo largo de su vida a pesar de haber iniciado su vida sexual o incluso al tener antecedentes de riesgo como inicio temprano de vida sexual, poco o nulo uso de métodos de barrera, infecciones de transmisión sexual, entre otros; dato que no coincide con las estadísticas del INEC de 2018 (34), que especifica que en la población rural el 58,7% de las mujeres no tendrán realizada ni una sola prueba de PAP en su vida, mostrando que aunque no es nada despreciable la cantidad de mujeres que nunca se han hecho un tamizaje, la cantidad ha mejorado hasta la fecha; con respecto a cifras obtenidas por Martín López y col. en España en el intervalo 2003-2009 se indicó una cobertura de detección del 66,1% reflejando una cifra baja a pesar de la eficacia del PAP como acción de detección oportuna del cáncer (35); la diferencia de resultados, siendo favorables las obtenidas en nuestro estudio, no refleja totalmente una mejoría en las estrategias locales sino más bien una diferencia en el tamaño muestral, aun así ni las cifras ecuatorianas ni las españolas muestran datos esperanzadores con respecto a una adecuada adherencia al PAP en las mujeres.



El 74,6% de mujeres que si se realizaron el PAP no tiene una correcta adherencia al tamizaje pues el 13% solo se ha realizado un PAP a lo largo de su vida, las recomendaciones internacionales de tamizajes consecutivos que establecen un periodo entre tamizajes de hasta 3 años dependiendo de los resultados obtenidos incluso pudiendo ser necesario el tamizaje cada año (24), en la publicación española realizada por Ibáñez R y col. en 2015 se evidenció que las mujeres con un infra tamizaje tienen más riesgo de desarrollar cáncer de cérvix pues el 73,8% de mujeres con cáncer de cérvix no tenían un antecedente de citología de control en los 10 años previos. (36)

Por otro lado, otras mujeres han tenido un sobre tamizaje incluso con incluso más de 20 PAP en 6,4% de entrevistada; un estudio realizado en Canadá por Worthington C y col. en cambio demostró que la mayoría de mujeres encuestadas, un 61,4%, tenían un tamizaje adecuado según la normativa internacional o incluso una adherencia creciente de un 9,9% de entrevistadas, mientras que únicamente el 4,8% nunca se realizó PAP y un 6,6% tuvo una frecuencia decreciente en relación a los tamizajes. Quizá la diferencia de adherencia entre poblaciones se deba a las fuertes políticas públicas implementadas en Canadá además de la protección adicional con prevención primaria gracias a la vacuna implementada contra las cepas oncogénicas de VPH, dejando así a nuestra población con fallas de adherencia al tamizaje incluso en las mujeres que a pesar de las múltiples barreras si se sometieron al PAP, pero no se logró un tamizaje eficaz con seguimiento oportuno; en la población estudiada se evidenció ciertas situaciones donde mujeres eran obligadas a someterse al PAP por condicionamiento para obtener otros servicios de salud como métodos de planificación familiar, con el objetivo de cumplir ciertos requerimientos estadísticos, por lo tanto las mujeres en edad fértil que acudían mensualmente para servicios de anticoncepción eran forzadas al tamizaje, convirtiéndolo en un proceso redundante para las mismas pacientes. Generando la incógnita, si ¿estos procesos estarán volviendo inefectivo el tamizaje? (37)



Dentro del análisis logrado con respecto a la adherencia al tamizaje con PAP contra el cáncer de cérvix, se logró determinar ciertas razones predominantes que dificultan que la población de la comunidad de Guarainag se someta a este examen tan importante como medida de prevención.

Podemos mencionar: en nuestra población estudiada el 85,4% de las participantes cuentan con un ingreso mensual menor a 400 dólares americanos, es decir inferior a un sueldo básico ecuatoriano; sin embargo no presenta una relación estadísticamente significativa de riesgo al hecho de no realizarse PAP, dato que podemos contrastar con un estudio realizado por Daley y col. en Florida en 2010 donde se menciona que la pobreza es un factor importante de riesgo, presentándose como barrera a nivel comunitario para la realización de exámenes de tamizaje debido al impacto que tiene en diversos aspectos del diario vivir como: transporte público o privado de los pacientes, costos del diario vivir como alimentación, vestido, servicios básicos y pagos de otros servicios de salud, pues se priorizan estos pagos inmediatos y más urgentes sobre los gastos que produciría la atención y realización de tamizajes como el PAP que no les representa un problema inmediato (38), el porqué de esta diferencia podría verse en el hecho que el 62,7% de nuestra población usa los servicios del MSP, es decir cuenta con un acceso gratuito a la prueba mientras que en EEUU el gasto de bolsillo y la privatización de los servicios médicos han convertido al factor socioeconómico como un limitante para la realización del PAP. Si bien existen un par de puntos de salud en la comunidad estudiada que brindan atención inmediata a los pacientes, la atención no es constante pues existen días que el centro de salud cierra o se realizan actividades extramurales que prologan los tiempos de espera pudiendo incluso afectar en un día de trabajo de los pacientes representando una pérdida a nivel económico y un limitante para la atención de salud.



Con respecto a los sentimientos de miedo y vergüenza, encontramos que en la comunidad de Guarainag un 28,6% de mujeres manifestaron vergüenza y un 17,3% manifestó que sentía miedo, siendo estas razones por la cuales tenían dificultades para realizarse un PAP o repetirlo de acuerdo al tamizaje. Datos similares se encontraron en un estudio compuesto de diversos grupos focales realizado en Nepal por Dari E. y col. en 2020, se determinó la vergüenza como uno de los principales sentimientos limitantes; no solo por la incomodidad de mostrar los genitales al personal de salud sino por factores asociados al machismo, en la cultura nepalí patriarcal únicamente las mujeres casadas tendrán acceso a la salud ginecológica y reproductiva además que los genitales femeninos deben ser ocultados de cualquier persona ajena al esposo (39), la similitud de resultados se debe totalmente al constante sometimiento cultural que sufren las mujeres por parte de sus parejas o padres tanto en la cultura latinoamericana como en la africana en las cuales el machismo sigue estando latente; además siendo de vital importancia el entablar un correcto nivel de confianza y confidencialidad con el médico pues existen sentimientos de vergüenza al PAP al ser un examen que pudiese ser considerado invasivo al tener que mostrar genitales.

El miedo está relacionado con las dinámicas domino-familiares machistas prevalentes tanto en nuestra población rural estudiada donde 16,2% de mujeres no contaba con el apoyo de su pareja para la realización de controles ginecológicos y en ciertas entrevistadas inclusive tenían prohibición de realización de estos exámenes, pudiendo ser la razón del miedo no exclusivamente hacia la prueba de tamizaje si no también hacia las consecuencias familiares que podría provocar el someterse a la atención médica. Concordando con el estudio realizado por Hassani L. y col. en Tehran durante el año 2017 que manifestaba que la falta de apoyo familiar era un obstáculo para el tamizaje, ya que las parejas desconocían la importancia del tamizaje, probable razón del escaso o nulo apoyo que recibían las mujeres para este control. (40)



Otra barrera significativa para el estudio fue la falta de conocimiento que afectó a un 35,7% de mujeres; en nuestra población 15,1% de las mujeres que manifestaron falta de conocimiento nunca se realizaron un tamizaje mediante PAP, siendo este estadísticamente significativo. Este último es un factor comprobado de riesgo para no someterse al tamizaje según un estudio realizado en Lima, Perú por Matassini E. y col. en el año de 2020 sobre las barreras diagnósticas y terapéuticas del cáncer de cérvix, se encontraron resultados similares a los de nuestra investigación, específicamente dentro de los factores clasificados como de índole personal de la población peruana como la falta de conocimiento; según se describe en este estudio cualitativo la falta de conocimiento genera una falsa sensación de seguridad pues las mujeres esperan la aparición de síntomas para realizarse controles ginecológicos incluido el PAP además de que existe una subestimación de la enfermedad (41), los resultados parecidos en ambas poblaciones se deben que entre nuestro país y Perú hay similitud cultural, educacional e incluso geográfica.

Es importante destacar que según los datos obtenidos en la comunidad de Guarainag la falta de tiempo afectó al 21,6% de entrevistadas, contrastando con una revisión sistemática de estudios en países de bajo y medio ingresos publicado en India por Devarapalli y col. en 2018, que encontró que la falta de tiempo y/o creencias de que el procedimiento demoraba mucho tiempo (48,3%) representaba una barrera importante para la realización de los tamizajes, mientras que en nuestro estudio se encontró que de las mujeres que manifestaban falta de tiempo solo 3,2% no se hicieron nunca un PAP, no representando una barrera estadísticamente significativa esta diferencia pudo haberse dado debido a que a pesar de ser una comunidad rural contaba con más de un centro médico al que acudir para obtener servicios de salud. (42)

Con respecto a la evaluación de conocimientos sobre el cáncer de cérvix, el VPH y los métodos de prevención de ambos en nuestro estudio, el 71,4% de las



entrevistadas no sabían sobre el virus del papiloma humano, de las cuales 18,4% nunca se ha realizado un tamizaje, siendo relevante que 87,6% desconocían de métodos de prevención. En cuanto al cáncer de cérvix 47% de nuestra población no sabía sobre su existencia de las cuales 16,2 % no se han realizado ningún tamizaje, y por consecuencia 80,5% no sabían cómo prevenirlo ni que el PAP es un método de tamizaje fiable para su prevención. Similares resultados se determinaron en un estudio realizado por Matassini E. y col. en una población de Perú en 2020 que indicaban que las mujeres tienen desinterés en la realización del tamizaje debido al desconocimiento sobre la enfermedad, sus consecuencias, y los procedimientos con los cuales se podía hacer el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en caso de ser encontrada, entre las barreras de conocimiento que poseen las mujeres está que no conocen las causas que la provocan ni cómo prevenirlas (41), la desinformación es común para ambos países latinoamericanos pudiendo relacionarse con el bajo nivel educativo de la población sobre todo en comunidades rurales como las que fueron estudiadas además de los pocos esfuerzos gubernamentales para la creación de una cultura de prevención por medio de charlas a la comunidad.

Según datos encontrados en nuestra población la realización de otros tamizajes como la detección oportuna del cáncer mamario hace más probable que las mujeres se realicen el tamizaje para cáncer de cérvix mediante PAP, ya que de las mujeres sometidas a la detección oportuna del cáncer mamario solo 2 (1,1%) mujeres no se realizaron el tamizaje en contraste con las 88 (47,6%) que si lo hicieron. Dato que no corresponde con lo encontrado en un estudio descriptivo realizado por Carrasco G. y col. en Chile publicado en 2021 que concluye que, si bien el tamizaje por detección oportuna de cáncer de mama ha aumentado en su cobertura, los niveles de cobertura por PAP se han mantenido estáticos o hasta con una ligera disminución de cobertura. Esto se podría explicar en que nuestra población estudiada fue visitada meses antes del inicio del estudio por brigadas móviles de SOLCA que sometieron a pruebas de tamizaje mamario



gratuitas a las mujeres de Guarainag, en las cuales se pudieron dar recomendaciones a las mujeres que acudieron de realizarse un PAP, en consecuencia, aumentando su realización. El uso de brigadas móviles ha aumentado el rango de personas diagnosticadas y tratadas incluso en poblaciones rurales según el estudio realizado en el año de 2017 en Madagascar; fortaleciendo la idea planteada en la comunidad estudiada donde los pacientes usuarios de la brigada móvil consiguieron tanto un tamizaje mamario como de cáncer de cérvix además de tratamiento oportuno sin el limitante de la ruralidad (43,44)



## CAPITULO SIETE

### 7.1 CONCLUSIONES

- El total de la población que si se sometió a la realización del PAP fue del 74,6%, mientras que un 25,4% de mujeres encuestadas no se realizó ningún tamizaje ningún momento de su vida.
- Las características sociodemográficas del estudio son: la edad promedio fue de 46 años, el rango de edad de mayor frecuencia fue de Mayores de 65 años con 22,2%.
- Según el estado civil, la mayoría de mujeres estaba casada, es decir 53,3%. Un 55,7% de la población contaba solo con instrucción primaria. La etnia predominante fue la mestiza, 96,2%.
- Según el nivel socioeconómico el 85,4% tenía ingresos inferiores del sueldo básico, el 76,8% contaba con casa propia, y un 35,1% vivía con 5 habitantes o más en su domicilio.
- Como antecedentes gineco obstétricos encontramos el promedio de paridad de las pacientes encuestadas fue de 4 o más embarazos representando el 45,9%, el 74,6% no había tenido abortos.
- La edad promedio de inicio de vida sexual fue a los 19 años, con un 54,6% entre los 10 y 19 años, el promedio de parejas sexuales fue 1, representando un 73,5%, el 91,9% no tenía antecedentes de ETS y el 58,4% no usa métodos anticonceptivos.
- Con respecto a los servicios de salud el 62,7% usa servicios del MSP, el 68,1% refirió facilidad de acceso y la mayor parte de la población requerían menos de 1 hora para llegar al servicio de salud siendo el 71,4% de encuestadas.
- Con respecto al conocimiento sobre VPH el 71,4% no tenían conocimiento valido sobre el virus, y 162 personas (87,6%) no conocían sobre la prevención del mismo.
- En lo que se refiere a conocimientos sobre cáncer de cérvix 98 personas (53%) conocían de su existencia, pero del total de entrevistados 149 (80,5%) no sabían cómo prevenirlo.
- Como factores que dificultan la realización del tamizaje de PAP, se obtuvo resultados estadísticamente significativos con el miedo (RR 1,828) siendo un limitante para la prueba, también otra barrera fue la falta de conocimiento (RR 2,657) al igual que la falta de acceso (RR 2,082).
- Como factores que favorecen la realización del tamizaje de PAP, se obtuvo resultados estadísticamente significativos para la realización de la



prueba, y estos fueron tanto el tener un adecuado conocimiento de cáncer de cérvix (RR 1,262) como la realización de otros tamizajes (RR 21,316)

## 7.2 RECOMENDACIONES

- El éxito de las estrategias preventivas debe ser fortalecido desde el primer nivel de atención de salud, pues serán los encargados de brindar información a la comunidad sobre detección oportuna del cáncer y las acciones que se pueden realizar como prevención, bien sea la vacunación generalizada contra el VPH o la realización de pruebas de tamizaje.
- Se debe considerar la realización de actividades de promoción de la realización del PAP aclarando dudas y brindando información importante sobre la prueba como proceso, tiempo de espera de resultados, frecuencia del tamizaje, poblaciones objetivo para la prueba, interpretación personalizada y adaptada al paciente de resultados, etc.
- Buscar mejorar las cifras de mujeres que se hayan realizado PAP por lo menos dos veces a lo largo de su vida (35 y 45 años), mediante programas de atención continua y no estacionales que actúen como un servicio permanente a nivel de atención primaria en centros de salud logrando un tamizaje global.
- Fomentar el apoyo familiar y de pareja para los controles ginecológicos y las pruebas de detección del cáncer dentro de las comunidades rurales, enfatizando en que la salud es un derecho universal y no una decisión influenciada por el sistema de apoyo de cada mujer.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS/OMS. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.who.int/nmh/countries/ecu\\_es.pdf](https://www.who.int/nmh/countries/ecu_es.pdf)
2. PAHO/WHO. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention (IARC) - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/69005>
3. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. The Lancet. enero de 2019;393(10167):169-82.
4. Vale DB, Teixeira JC, Bragança JF, Derchain S, Sarian LO, Zeferino LC. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. Int J Gynecol Obstet. enero de 2021;152(1):7-11.
5. Globocan. Ecuador: Fact sheets [Internet]. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
6. OPS/OMS. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. WHO. [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240014107>
7. Hoque MR, Haque E, Karim MR. Cervical cancer in low-income countries: A Bangladeshi perspective. Int J Gynecol Obstet. enero de 2021;152(1):19-25.
8. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador [Internet]. 2017 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0059\\_2017.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf)
9. Hull R, Mbele M, Makhafola T, Hicks C, Wang S-M, Reis RM, et al. Cervical cancer in low and middle-income countries (Review). Oncol Lett. 1 de septiembre de 2020;20(3):2058-74.
10. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organ. 2001;79(10):954-62.



11. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* abril de 2015;80(2):101-10.
12. Tarupi P. *Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015.* Quito-Ecuador: UTE; 2019.
13. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III: serie información estratégica.* Quito: Editorial Ecuador; 2013.
14. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
15. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health.* 1 de febrero de 2021;9(2):e161-9.
16. Berek J. *Berek y Novak Ginecología.* 16th ed. Wolters Kluwer Health; 2020.
17. Hoare BS, Khan YS. *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Female Internal Genitals.* En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554601/>
18. World Health Organization, World Health Organization, Reproductive Health and Research. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice.* [Internet]. 2016 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1)
19. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J. *Human Papillomavirus and Related Diseases in the World.* [Internet]. 2017. Disponible en: <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
20. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson L, Schaffer JI, Corton MM. *Williams Ginecología.* 3a ed. McGraw-Hill; 2017.
21. OPS/OMS. *Mejores datos para tomar decisiones. Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino* [Internet]. Ginebra; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324796/9789243514253-spa.pdf?ua=1>



22. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321-46.
23. Arrossi S, Temin S, Garland S, Eckert LO, Bhatla N, Castellsagué X, et al. Primary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Guideline. *J Glob Oncol.* 17 de marzo de 2017;3(5):611-34.
24. Committee Opinion No. 624: Cervical cancer screening in low-resource settings. *Obstet Gynecol.* febrero de 2015;125(2):526-8.
25. PAHO/WHO. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. 2017; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf?sequence=>
26. Bosch FX, Moreno D, Redondo E, Torné A. Vacuna nonavalente frente al virus del papiloma humano. Actualización 2017. *Med Fam SEMERGEN.* 1 de mayo de 2017;43(4):265-76.
27. FECASOG. Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello del útero. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.fecasog.com/sites/default/files/2017-04/Manejo-de-lesiones-premalignas-de-cuello-del-utero.pdf>
28. Gaitan ES. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Medica Sinerg.* 1 de noviembre de 2019;4(11):e300-e300.
29. Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Velez-Mejia C, Perez-Bustos AH, Munoz-Zuluaga C, El-Sharkawy F, et al. Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model. *J Glob Oncol.* 1 de julio de 2019;(5):1-9.
30. Ministerio de Salud Pública. Manual de Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Quito-Ecuador; 2012.
31. PROGRESS framework: Applying an equity lens to interventions [Internet]. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/234>
32. Henríquez-Trujillo A, Narváez-Moscoso F. Estimación de la carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino en Ecuador. *Rev Med Vozandes* 2016; 27: 53 – 55. *Rev Médica Vozandes.* 1 de enero de 2016;27:53-5.
33. Censos IN de E y. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>



34. MSP, INEC, OPS/OMS. Encuesta STEPS Ecuador 2018. [Internet]. Quito-Ecuador; 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
35. Martín-López R, Hernández-Barrera V, de Andres AL, Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Jimenez-Garcia R. Trend in cervical cancer screening in Spain (2003–2009) and predictors of adherence. *Eur J Cancer Prev.* 2012;21(1):82-8.
36. Ibáñez R, Alejo M, Combalia N, Tarroch X, Autonell J, Codina L, et al. Underscreened Women Remain Overrepresented in the Pool of Cervical Cancer Cases in Spain: A Need to Rethink the Screening Interventions. *BioMed Res Int.* 9 de junio de 2015;2015:e605375.
37. Worthington C, McLeish K, Fuller-Thomson E. Adherence over time to cervical cancer screening guidelines: insights from the Canadian National Population Health Survey. *J Womens Health* 2002. febrero de 2012;21(2):199-208.
38. Daley E, Alio A, Anstey EH, Chandler R, Dyer K, Helmy H. Examining barriers to cervical cancer screening and treatment in Florida through a socio-ecological lens. *J Community Health.* febrero de 2011;36(1):121-31.
39. Darj E, Chalise P, Shakya S. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives.* junio de 2019;20:20-6.
40. Hassani L, Dehdari T, Hajizadeh E, Shojaeizadeh D, Abedini M, Nedjat S. Barriers to Pap Smear Test for the Second Time in Women Referring to Health Care Centers in the South of Tehran: A Qualitative Approach. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* octubre de 2017;5(4):376-85.
41. Matassini Eyzaguirre SM, Luna V, Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Médica Peru.* octubre de 2020;37(4):463-70.
42. Devarapalli P, Labani S, Nagarjuna N, Panchal P, Asthana S. Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: A systematic review. *Indian J Cancer.* 10 de enero de 2018;55(4):318.
43. Carrasco G. M, Viviani G. PM, Sanchez R. CG. Estrategias de tamizaje para cáncer de mama y cervicouterino en Chile y ENS: descripción de coberturas acorde determinantes sociales. *Medwave [Internet].* 3 de agosto de 2021 [citado 6 de noviembre de 2021];21(S2).



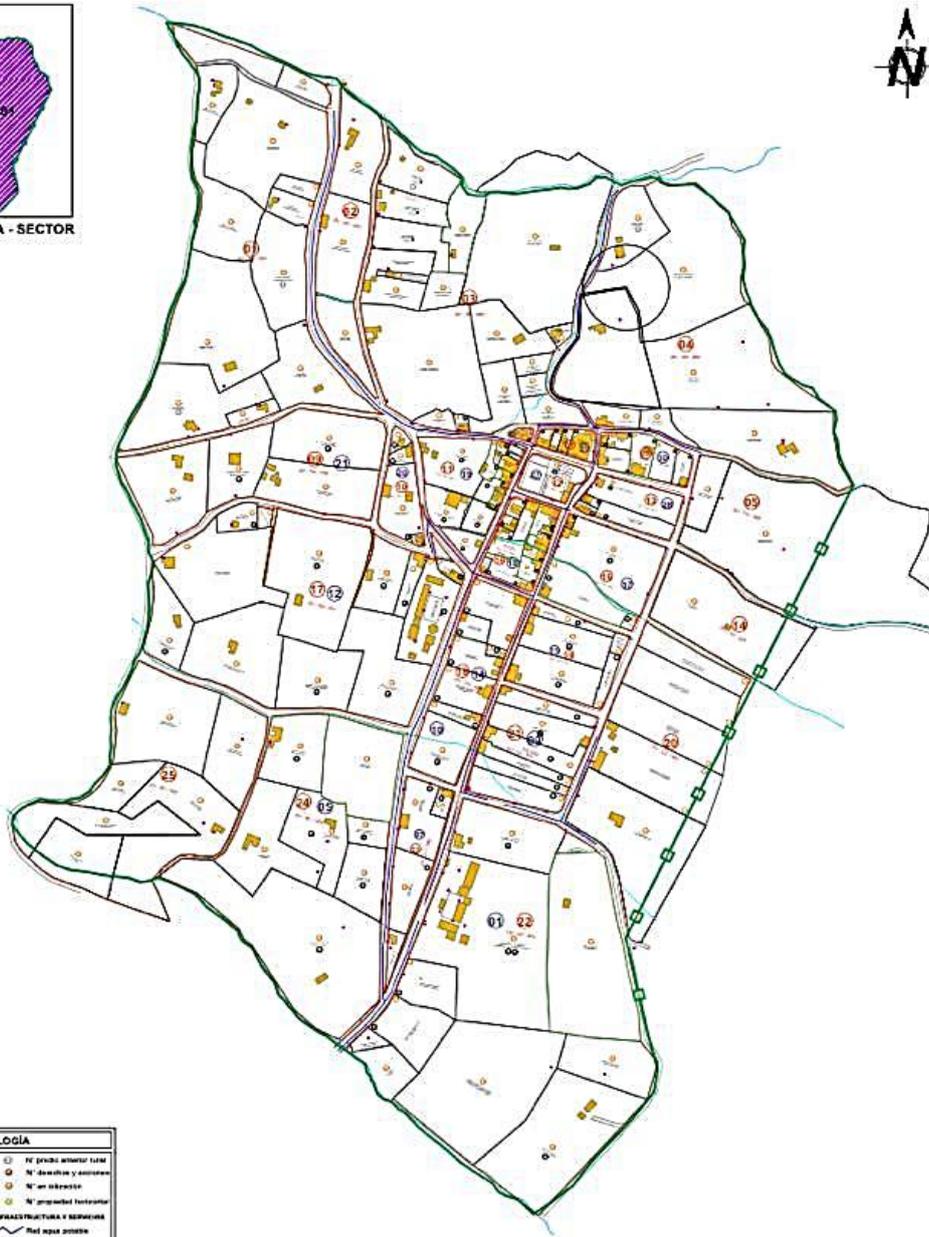
Disponible en:  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/SP2021/EquiDetSal/SP56.act>

44. Dumont A, Bessières N, Benbassa A, Razafindrafara G, Rabearison F, Philippe H-J. [Cervical cancer screening in rural Madagascar: Feasibility, coverage and incidence]. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 1 de abril de 2017;46(4):327-32.

# ANEXOS

## 9.1 ANEXO #1: Plano catastral, parroquia Guarainag, Paute.

CREADO CON UNA VERSION PARA ESTUDIANTES DE AUTODESK  
**CABECERA URBANO PARROQUIAL GUARAINAG**



SIMBOLOGÍA	
— Límite urbano	○ N° predio anterior total
— Río	○ N° de división y comunera
— Canal de Agua	○ N° en intersección
— Amacaramiento	○ N° propiedad horizontal
— División predial	— Red de agua fría y caliente
— Red gas	— Red de agua potable
— Edificación	— Red de alcantarillado
○ N° Manzana actual	— Medidor Luz eléctrica
○ N° Manzana anterior	— Medidor agua potable
○ N° predio	— Plano de Luz
○ N° predio anterior	— Plano de revisión

Gobierno Autónomo Descentralizado  
Municipal de Paute

**Proyecto:** ACTUALIZACIÓN DEL CATASTRO PREDIAL URBANO DEL CENTRO CANTONAL, ÁREAS URBANO PARROQUIALES Y VALORACIÓN DEL SUELO Y EDIFICACIONES RURALES DEL CANTÓN PAUTE, PROVINCIA DEL AZUAY.

**Consultora:** Arq. Susana Delgado  
SENESCYT  
1007-12-1143990

**Contiene:**  
Planos Manzaneros de la Cabecera  
urbano Parroquial de GUARAINAG

Z01 - 501

**Escala:** 1 :2000

**Fecha:** Octubre 2016

**Lamina:** 1 / 1



## 9.2 ANEXO #2: Aleatorización

1. 17-07	38. 3-15	74. 16-07
2. 18-02	39. 20-04	75. 3-02
3. 24-05	40. 2-02	76. 17-02
4. 14-01	41. 17-03	77. 16-06
5. 18-05	42. 11-02	78. 1-08
6. 18-03	43. 18-01	79. 11-10
7. 16-14	44. 23-02	80. 8-01
8. 17-10	45. 19-04	81. 18-04
9. 11-11	46. 15-01	82. 9-01
10. 6-03	47. 7-01	83. 10-02
11. 3-01	48. 3-05	84. 16-03
12. 3-12	49. 19-01	85. 16-12
13. 13-01	50. 24-01	86. 6-02
14. 25-01	51. 4-01	87. 3-03
15. 1-10	52. 3-14	88. 21-03
16. 16-01	53. 11-09	89. 20-05
17. 24-07	54. 7-02	90. 10-01
18. 2-01	55. 10-04	91. 16-05
19. 11-01	56. 22-02	92. 4-06
20. 13-04	57. 1-05	93. 6-06
21. 15-04	58. 10-03	94. 1-13
22. 6-01	59. 25-03	95. 3-04
23. 21-01	60. 1-07	96. 16-08
24. 23-01	61. 9-04	97. 23-04
25. 16-04	62. 4-04	98. 1-11
26. 1-03	63. 17-05	99. 19-05
27. 11-08	64. 24-06	
28. 3-10	65. 6-05	
29. 13-03	66. 21-04	
30. 17-01	67. 4-03	
31. 17-11	68. 11-14	
32. 17-04	69. 22-04	
33. 21-02	70. 9-02	
34. 22-01	71. 11-12	
35. 11-07	72. 11-03	
36. 16-10	73. 18-07	
37. 16-02		



## 9.3 ANEXO #3: Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Edad	Años de vida completos de la población en estudio	Característica demográfica	Edad en años cumplidos	1. Menores de 21 años 2. 21-65 años 3. Mayores de 65 años
Estado civil	Condición de una persona en función de poseer o no pareja y su relación	Característica demográfica	Estado civil actual	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Nivel de instrucción	Nivel educacional completado en su totalidad	Característica demográfica	Nivel educativo actualmente completado	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguna
Auto identificación	Auto calificación de pertenencia a un grupo étnico	Característica demográfica	Forma de identificación personal	1. Mestizo 2. Blanco 3. Negro 4. Indígena 5. Otro
Ingreso económico	Valor total en dólares obtenido por trabajo o diferentes medios para la subsistencia según el salario básico de Ecuador en un periodo de un mes	Característica Social	Ingreso económico promedio mensual	1. Menor a US\$ 400 2. Mayor o igual a US\$400



Tenencia de la casa	Estado de posesión de la vivienda habitada	Característica Social	Estado actual de tenencia del lugar que habita	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Propia</li><li>2. Prestada</li><li>3. Arrendada</li></ol>
Habitantes por casa	Número de personas que habitan la casa incluyendo al encuestado	Característica Social	Número de habitantes de la vivienda incluyendo al encuestado	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 1-2</li><li>2. 2-4</li><li>3. Más de 5</li></ol>
Servicio de salud	Tipo de servicio de salud al que acude en su mayoría	Característica Social	Servicio de salud al que se acude con más frecuencia	<ol style="list-style-type: none"><li>1. MSP</li><li>2. IESS</li><li>3. Privado</li></ol>
Disponibilidad de centro de salud	Disponibilidad de un servicio de salud cercano al que pueda acceder con facilidad	Característica geográfica	Existencia de un servicio de salud de fácil acceso y cercano al evaluado	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si</li><li>2. No</li></ol>
Tiempo al centro de salud más cercano	Tiempo en horas comprendido entre el hogar y el centro de prestación de servicios de salud	Característica geográfica	Tiempo en horas que tarda para llegar al servicio de salud usual	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menos de 1 h</li><li>2. Entre 1-2 h</li><li>3. Más de 2 h</li></ol>
Tiempo en conseguir una cita	Tiempo en días comprendido desde la solicitud del servicio médico hasta el momento de la atención	Característica social	Tiempo en días que tarda en recibir la atención desde el	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menos de 1 semana</li><li>2. Más de 1 semana</li></ol>



			primer acercamiento	
Numero de citas	Numero promedio de citas médicas anuales asistidas	Característica social	Numero promedio de citas médicas a las que se acude al año	Numérico
Método de transporte	Método de transporte comúnmente usado para llegar al servicio de salud de su elección	Característica social	Medio de transporte usado con más frecuencia para acudir a las citas medicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auto propio</li> <li>2. Auto ajeno</li> <li>3. Taxi</li> <li>4. Bus</li> <li>5. Moto/ Bicicleta</li> <li>6. Caminando</li> <li>7. Otro</li> </ol>
Embarazos	Número total de embarazos que hayan sobrepasado las 20 semanas y que no hayan terminado en aborto	Antecedente ginecobstétrico	Número de embarazos que hayan sobrepasado las 20 semanas	Numérico
Aborto	Número de abortos intencionales o espontáneos y embarazos que no hayan sobrepasado las 20 semanas	Antecedente ginecobstétrico	Número de abortos por cualquier causa o embarazos menores a 20 semanas	Numérico
IVSA	Edad en años cumplidos en la que se haya dado	Antecedente ginecobstétrico	Edad en la cual e inicio la vida sexual	Numérico



	la primera relación sexual coital			
Número parejas sexuales	Número de parejas sexuales diferentes con las que se haya tenido un acto sexual de cualquier característica hasta la actualidad	Antecedente ginecobstétrico	Número de parejas sexuales hasta la actualidad	Numérico
Antecedente de enfermedad de transmisión sexual	Historia de enfermedades de transmisión sexual que hayan sido diagnosticadas por un facultativo de salud	Característica social	Diagnósticos pasados o actuales de enfermedades de transmisión sexual	1. No 2. Especificar la/las ETS
Uso de métodos anticonceptivos	Uso actual de métodos anticonceptivos o de planificación familiar	Característica social	Uso de métodos de planificación familiar, protección o anticoncepción usados actualmente	1. Si 2. No
Tipo de método usado	Tipo de método, técnica o mecanismo usado para anticoncepción, protección contra ETS o planificación familiar	Característica social	Método anticonceptivo, de planificación familiar o de protección en uso actual	1. Preservativo 2. Implante 3. ACO 4. DIU 5. Otro



Exposición al tabaco	Consumo actual de tabaco, o de humo liberado por fumadores cercanos	Característica social	Consumo de tabaco de forma pasiva o activa	1. Si 2. No
Realización de PAP	Realización del PAP en algún momento de su vida, se hayan comprobado o no los resultados	Característica social	Realización de un PAP en cualquier momento de su vida	1. Si 2. No
PAP realizados en toda su vida	Numero de PAP realizados en total hasta la actualidad independientemente de si se comprobaron sus resultados.	Característica Social	Cantidad de PAP realizados en su vida	Numeral
Apoyo de pareja	Facilidades para acudir a consultad de ginecología y toma de PAP sin impedimentos por parte de la pareja actual en caso de que posea una	Característica social	Cuenta con el apoyo de su pareja para acudir a citas de salud y realización del PAP	1. Si 2. No
Razones para no hacerse un PAP	La/las razones por las cuales no se ha realizado un PAP	Característica social	Cuáles han sido las razones para no realizarse el PAP	1. Miedo 2. Vergüenza 3. Falta de conocimiento



				<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Falta de acceso</li> <li>5. Falta de tiempo</li> <li>6. Malas experiencias con el sistema de salud</li> <li>7. Mala atención</li> <li>8. Poca confianza en la prueba</li> <li>9. Tiempo excesivo de espera</li> <li>10. Incomodidad o dolor al momento de la prueba</li> <li>11. Costoso</li> <li>12. Otros: Especificar</li> </ol>
Frecuencia PAP	Número de veces que se haya completado una toma de muestra y su estudio respectivo de PAP, se hayan comprobado o no los resultados	Característica social	Número de veces al año que se realiza un PAP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> <li>3. Más de 1</li> </ol>
Realización tamizajes	Realización de otros métodos de	Característica social	Cumplimiento de otros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>



	tamizaje para cáncer como el autoexamen mamario, mamograma, etc.		tamizajes para cáncer	
Conocimiento HPV	Conocimiento correcto y actual que se tenga sobre el virus del papiloma humano	Característica social	Conocimiento sobre la existencia del VPH	1. Si 2. No
Prevención HPV	Conocimiento correcto y actual que se tenga sobre métodos de prevención de la infección de virus del papiloma humano	Característica social	Conocimiento sobre la existencia de métodos de prevención para el VPH	1. Si 2. No
Conocimiento cáncer de cuello uterino	Conocimiento correcto y actual que se tenga sobre el cáncer de cuello uterino	Característica social	Conocimiento sobre la existencia del Cáncer de cuello uterino	1. Si 2. No
Prevención cáncer de cuello uterino	Conocimiento correcto y actual que se tenga sobre métodos de prevención de cáncer de cuello uterino	Característica social	Conocimiento sobre la existencia de métodos de prevención para Cáncer de cuello uterino	1. Si 2. No





9.4 ANEXO #4: Formulario de Recolección de datos



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**FORMULARIO DE RECOPIACION DE INFORMACION**

**“Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag-Paute, 2021**

*Instrucciones: Lea atentamente las preguntas y responda en cada uno de los espacios en blanco situados a la derecha. Este formulario es confidencial y los datos obtenidos serán usados únicamente para fines de la investigación de titulación. Si tiene alguna duda pregunte a los encuestadores.*

Muchas Gracias por su apoyo.

**Investigadores:** Daniel Santiago Peñafiel Saavedra y María Augusta Torres Ulloa

Fecha: __/__/__	Formulario N°: _____
<b>1. Edad en años cumplidos:</b>	_____ años
<b>2. Estado civil:</b>	Soltera____ Casada____ Viuda____



	Divorciada____ Unión Libre____
<b>3. ¿Cuál es su nivel de educación?</b>	Primaria____ Secundaria____ Superior____ Ninguna____
<b>4. ¿Cómo se identifica usted?</b>	Mestizo____ Blanco____ Negro____ Indígena____ Otro____
<b>5. ¿De cuánto es su ingreso familiar promedio mensual?</b>	USD \$ _____
<b>6. ¿Cuál es el estado de pertenencia de su casa actual?</b>	Propia____ Prestada____ Arrendada____
<b>7. ¿Cuántas personas viven actualmente en su casa incluyéndole?</b>	En la vivienda habitan _____ personas.
<b>8. ¿A cuál de los siguientes servicios de salud usted acude con más frecuencia?</b>	MSP (centros de salud) ____ IESS (Seguro social, seguro campesino) ____ Privado



<b>9. ¿Dispone usted de un servicio de salud de fácil acceso y cercano?</b>	SI____ NO____
<b>10. ¿Cuánto tiempo tarda llegar al servicio de salud?</b>	_____ horas.
<b>11. ¿Cuánto tiempo tarda en hacerse atender desde el momento de agendar la cita?</b>	_____ días.
<b>12. ¿Cuál es el número promedio de citas médicas que a las que acude al año?</b>	_____ citas médicas al año.
<b>13. ¿Cuál es el método de transporte que usa con más frecuencia para acudir a sus citas médicas?</b>	Auto propio____ Auto ajeno____ Taxi____ Bus____ Moto/Bicicleta____ Otro____
<b>14. ¿Cuántos embarazos ha tenido que hayan sobrepasado los 5 meses?</b>	#_____
<b>15. ¿Cuántos abortos o embarazos menores a 5 meses ha tenido?</b>	#_____



<b>16. ¿A qué edad inició su vida sexual?</b>	_____ años.
<b>17. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta el momento?</b>	_____ parejas sexuales.
<b>18. ¿Ha sido diagnosticada de alguna enfermedad de transmisión sexual?</b>	SI _____ Especificar _____ cuáles: _____ NO _____
<b>19. ¿Usa usted algún método anticonceptivo, de planificación familiar o de protección?</b>	SI _____ NO _____
	<b>¿Cuáles?</b> Condón _____ Implante _____ Pastillas anticonceptivas _____ Dispositivo intrauterino _____ Otro _____ Especificar: _____
<b>20. ¿Consume usted tabaco?</b>	SI _____ NO _____
<b>21. ¿Convive con un fumador?</b>	SI _____ NO _____
<b>22. ¿Se ha realizado alguna vez el Papanicolaou?</b>	SI _____ NO _____



<b>23. ¿Cuántos Papanicolaou se ha realizado en su vida?</b>	_____
<b>24. ¿Cuenta con el apoyo de su pareja para acudir al ginecólogo y realizarse el Papanicolaou?</b>	SI _____ NO _____
<b>25. ¿Cuáles han sido sus razones para no realizarse el Papanicolaou?</b> (Puede escoger más de uno) Marqué con una X	Miedo _____ Vergüenza _____ Falta de conocimiento _____ Falta de acceso _____ Falta de tiempo _____ Malas experiencias con el sistema de salud _____ Mala atención _____ Poca confianza en la prueba _____ Tiempo excesivo de espera _____ Incomodidad/ dolor al momento de la prueba _____ Costoso _____ Otros: _____ Especificar: _____
<b>26. ¿Con que frecuencia al año se hace el Papanicolaou?</b>	_____ veces al año.
<b>27. ¿Se realiza exámenes clínicos para cáncer mamario?</b>	SI _____ NO _____
<b>28. ¿Conoce usted sobre la existencia y consecuencias de la infección por Virus del Papiloma Humano?</b>	SI _____ NO _____



<b>29. ¿Conoce usted sobre la existencia de métodos para prevenir la infección por VPH?</b>	SI____ NO____
<b>30. ¿Conoce usted sobre la existencia del cáncer de cuello uterino?</b>	SI____ NO____
<b>31. ¿Conoce usted sobre la existencia de métodos para la prevención del cáncer de cuello uterino?</b>	SI____ NO____

## 9.5 ANEXO #5: Consentimiento Informado

---

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Título de la investigación: Adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de la parroquia de Guarainag, cantón Paute. 2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Daniel Santiago Peñafiel Saavedra	010594918-4	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	María Augusta Torres Ulloa	010681044-3	Universidad de Cuenca

#### ¿De qué se trata este documento?

Nosotros, estudiantes de último año de la universidad de Cuenca Usted a invitamos a participar en este estudio que se realizará en la comunidad de Guarainag-Paute donde se investigará sobre el apego de la población a la realización de un examen llamado Test de Papanicolaou para prevenir el cáncer de cuello uterino En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

#### Introducción

Las cifras de cáncer de cuello en el Ecuador sigue siendo altas, aun con los esfuerzos para su prevención, por lo cual es de importancia el investigar cuales son las razones para su baja efectividad, la prueba de Papanicolaou ha sido el test de elección para detectar a tiempo alguna sospecha de Cáncer, a pesar de que este procedimiento es económico y fácil de realizarlo su cobertura no es la esperada, es importante establecer cuáles son estas dificultades que impiden llegar a cubrir a toda la población a fin de replantear las campañas de salud vigentes.

#### Objetivo del estudio

El presente trabajo de investigación tiene como propósito el describir las características de la población de las mujeres en edad fértil; identificar los factores que influyen en el acceso a programas de detección oportuna de cáncer y la prestación del servicio por el servicio de salud; determinar el nivel de satisfacción de las usuarias frente a la ejecución del programa detección oportuna de cáncer y el nivel de cobertura del programa detección oportuna de cáncer.

## Riesgos y beneficios

**Riesgos:** La presente investigación no representa ningún riesgo a los participantes, debido que el trabajo de investigación no involucra contacto físico, ni afectación emocional o procedimiento alguno que ponga en riesgo la salud.

**Beneficios;** Hay beneficios a largo plazo para las usuarias, institución y la comunidad contribuyendo a plantear normativas para detectar oportunamente los factores que limitan el cumplimiento del test de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil.

**Confidencialidad:** los datos que Ud. proporcione a los investigadores serán guardados en completa reserva en una base de datos confidencial si acceso a externos, y utilizados únicamente por los investigadores y el equipo de salud con el fin de completar la investigación. Al final de la investigación los datos serán almacenados por un par de años para posibles consultas futuras y después eliminados

## Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en el estudio es voluntaria, si Ud. inicialmente decide participar y durante el estudio es su voluntad abandonarlo está en su libre derecho y deberá comunicar su decisión a los investigadores.

## Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;

- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### **Información de contacto**

En caso de que Ud. Requiera más información, dudas, comentarios u opiniones sobre el estudio favor contactarse con los investigadores:

Daniel Peñafiel Tel: 0993027481 Correo: [daniels.penafiels@ucuenca.edu.ec](mailto:daniels.penafiels@ucuenca.edu.ec)

María Torres U Tel: 0979909289 Correo: [maria.torresu@ucuenca.edu.ec](mailto:maria.torresu@ucuenca.edu.ec)

### Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

---

Nombres completos del/a participante

---

Firma del/a participante

---

Fecha

---

Nombres completos del/a investigador/a

---

Firma del/a investigador/a

---

Fecha

Daniel Santiago Peñafiel Saavedra

---

Nombres completos del/a investigador/a

---

Firma del/a investigador/a

---

Fecha

María Augusta Torres Ulloa