



# **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

## **INTERVENCIÓN EN MUJERES ADULTAS PARA ELEVAR LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU. GUALIÑAG DE CEBADAS, CANTÓN GUAMOTE**

**MARÍA ALEXANDRA TAMAYO FREIRE**

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Riobamba-Ecuador

Septiembre, 2019



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**CERTIFICACIÓN:**

**EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:**

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: **“INTERVENCIÓN EN MUJERES ADULTAS PARA ELEVAR LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU. GUALIÑAG DE CEBADAS, CANTÓN GUAMOTE”**, de responsabilidad de la Médica María Alexandra Tamayo Freire, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Juan Mario Vargas Guambo. Mgs.

**PRESIDENTE**

Md. María Luisa Villa Pérez. Esp.

**DIRECTORA**

Md. Katherine Elizabeth Cubillo Chungata. Esp.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Lic. Carlos Gafas González. PhD.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Riobamba, Septiembre 2019

## DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Alexandra Tamayo Freire, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



---

María Alexandra Tamayo Freire

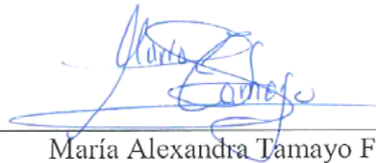
Nº. Cédula: 1715938716

©2019 María Alexandra Tamayo Freire

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, María Alexandra Tamayo Freire, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.



---

María Alexandra Tamayo Freire

Nº. Cédula: 1715938716

## **DEDICATORIA**

### **A mis padres:**

Francisco y María quienes con su amor, oraciones y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, valentía y perseverancia para cada día construir un nuevo camino.

### **A mí querido esposo:**

Guido Iván, tu apoyo incondicional ha sido fundamental, has estado conmigo en todo momento especialmente en los más difíciles, alcanzar esta meta no fue fácil, pero siempre estuviste para ser mi fortaleza y continuar alentarme.

### **A mí amado hijo:**

Christopher Iván, gracias a ti he aprendido a ser madre y a conocer el amor verdadero e incondicional, eres la razón de mi vida, mi mayor motivación e inspiración para nunca rendirme y cada día ser un mejor ser humano.

### **A mis compañer@ y amigas:**

De quienes durante estos 3 años ha aprendido mucho y con los que compartí conocimientos, amistad, alegrías y tristezas; y a todas aquellas personas que durante estos años de formación académica estuvieron a mi lado apoyándome, de forma particular a la Lcda. Inés Maldonado Ortiz a quien considero como mi segunda madre.

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios:**

Quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

### **A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo:**

Magna institución, por haberme aceptado para formar parte de ella y abierto las puertas del conocimiento para estudiar mi carrera, así también a los diferentes docentes que contribuyeron con su conocimiento y amistad para forjar en mí una nueva persona y profesional.

### **A la Comunidad de Gualiñag**

A sus autoridades y moradores, quienes me abrieron las puertas de sus hogares depositando su confianza en mi persona como médico y contribuyeron para la elaboración de la presente investigación.

### **A la Md. María Luisa Villa. Esp, Md. Katherine Cubillo. Esp, y Lcdo. Carlos Gafas Phd.**

Por su aporte invaluable como personas, decentes y amigos en la elaboración del presente trabajo de investigación.

*Alexandra*

## CONTENIDO

Páginas

RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Problema de investigación.....</b>	<b>2</b>
<i>1.1.1. Planteamiento del problema .....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2. Formulación del problema.....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.3. Justificación .....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.4. Objetivos de la Investigación .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.4.1. Objetivo general.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.4.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>6</i>
<i>1.1.5. Hipótesis de la investigación.....</i>	<i>6</i>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Antecedentes del problema.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Bases teóricas.....</b>	<b>8</b>
<i>2.2.1 Generalidades del Cáncer de Cuello Uterino .....</i>	<i>8</i>
<i>2.2.2 Agente causal del cáncer de cuello uterino .....</i>	<i>9</i>
<i>2.2.3 Virus del papiloma humano. ....</i>	<i>10</i>
<i>2.2.4 Factores de Riesgo para Cáncer Cervical. ....</i>	<i>11</i>
<i>2.2.5 Incremento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cérvicouterino. ....</i>	<i>12</i>
<i>2.2.6 Generalidades sobre la prueba de Papanicolaou o citología cervical .....</i>	<i>14</i>
<i>2.2.7 Prueba de Papanicolaou .....</i>	<i>14</i>
<b>2.3 Marco conceptual.....</b>	<b>25</b>
<i>2.3.1 Cáncer de Cuello Uterino.....</i>	<i>25</i>
<i>2.3.2 Conocimiento.....</i>	<i>25</i>
<i>2.3.3 Educación sanitaria .....</i>	<i>25</i>
<i>2.3.4 Factores de riesgo.....</i>	<i>25</i>
<i>2.3.5 Papanicolaou .....</i>	<i>26</i>
<i>2.3.6 Práctica .....</i>	<i>26</i>
<i>2.3.7 Virus del papiloma humano .....</i>	<i>26</i>



### CAPÍTULO III

<b>3.</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo y diseño de la investigación.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Métodos de la investigación.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>Enfoque de la investigación .....</b>	<b>28</b>
<b>3.4</b>	<b>Alcance investigativo .....</b>	<b>28</b>
<b>3.5</b>	<b>Población de estudio .....</b>	<b>28</b>
<b>3.6</b>	<b>Unidad de análisis .....</b>	<b>28</b>
<b>3.7</b>	<b>Selección y tamaño de la muestra.....</b>	<b>28</b>
<b>3.7.1</b>	<b><i>Criterios de inclusión: mujeres .....</i></b>	<b>28</b>
<b>3.7.2</b>	<b><i>Criterios de exclusión: mujeres.....</i></b>	<b>29</b>
<b>3.7.3</b>	<b><i>Criterios de salida .....</i></b>	<b>29</b>
<b>3.8</b>	<b>Identificación de variables .....</b>	<b>29</b>
<b>3.9</b>	<b>Operacionalización de las variables .....</b>	<b>30</b>
<b>3.10</b>	<b>Matriz de consistencia .....</b>	<b>32</b>
<b>3.10.1</b>	<b><i>Aspectos generales.....</i></b>	<b>32</b>
<b>3.10.2</b>	<b><i>Aspectos específicos.....</i></b>	<b>33</b>
<b>3.11</b>	<b>Instrumento de recolección de datos.....</b>	<b>35</b>
<b>3.12</b>	<b>Técnica de recolección de datos.....</b>	<b>35</b>
<b>3.13</b>	<b>Procesamiento de la información .....</b>	<b>38</b>
<b>3.14</b>	<b>Normas éticas .....</b>	<b>39</b>

### CAPÍTULO IV

<b>4.</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>52</b>

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>59</b>
--------------------------	-----------

<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
-----------------------------	-----------

### BIBLIOGRAFÍA

### ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
<b>Tabla 1-3.</b> Componentes y acciones utilizados en la intervención integral.....	37
<b>Tabla 1-4.</b> Características sociodemográficas de la población de estudio según edad, instrucción, estado civil y ocupación.....	40
<b>Tabla 2-4.</b> Distribución de la población de estudio según vida sexual y reproductiva.....	41
<b>Tabla 4-4.</b> Distribución de mujeres adultas según edad y nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou (pretest).....	42
<b>Tabla 5-4.</b> Distribución de mujeres adultas según nivel de instrucción y nivel de conocimiento sobre de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención.....	43
<b>Tabla 8-4.</b> Distribución de mujeres adultas según edad y la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención.....	45
<b>Tabla 9-4.</b> Distribución de mujeres adultas según estado civil y la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención.....	45
<b>Tabla 10-4.</b> Distribución de pacientes según nivel de instrucción y práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención.....	46
<b>Tabla 11-4.</b> Distribución de pacientes según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y su práctica antes de la intervención.....	47
<b>Tabla 14-4.</b> Distribución de las mujeres adultas según la edad y el tipo de realización de la prueba de Papanicolaou.....	49
<b>Tabla 15-4.</b> Distribución de las mujeres adultas según el resultado de la prueba de Papanicolaou.....	50
<b>Tabla 16-4.</b> Relación del nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou antes y después de la intervención integral.....	50
<b>Tabla 17-4.</b> Relación de la práctica de la prueba de Papanicolaou antes y después de la intervención integral.....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
<i>Figura 1-2.</i> Modelo actual de entrega de resultados de la prueba de Papanicolaou.....	18
<i>Figura 2-2.</i> Flujograma de realización de colposcopia.....	21
<i>Figura 3-2.</i> Flujograma de manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo grado.....	22
<i>Figura 1-3.</i> Interrelación entre las fases de la intervención integral.....	36

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Páginas

<b>Gráfico 1-4.</b> Porcentaje de mujeres adultas según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou (pretest).....	42
<b>Gráfico 2-4.</b> Porcentaje de mujeres adultas según la realización de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención (pretest).....	44
<b>Gráfico 3-4.</b> Porcentaje de mujeres adultas según la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención (pretest).....	44
<b>Gráfico 4-4.</b> Porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou después de la intervención (postest).....	48
<b>Gráfico 5-4.</b> Porcentaje de pacientes según realización de la prueba de Papanicolaou (postest).....	49

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO A:** Cuestionario

**ANEXO B:** Consentimiento informado

**ANEXO C:** Tablas referenciales de los gráficos

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue desarrollar una intervención integral encaminada a elevar el nivel de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou y su práctica, en mujeres adultas de la comunidad Gualañag del cantón Guamote. La prueba de Papanicolaou es considerada como el tamizaje de elección de mayor utilidad en la detección precoz de los cambios epiteliales que pueden llevar a generar la aparición del cáncer cervicouterino. Se realizó una investigación aplicada, longitudinal con diseño cuasi experimental, la población estuvo constituida por 83 mujeres, se efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia quedando la muestra conformada por 72 mujeres. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas se utilizó la mediana, rango intercuartil, máximo y mínimo. Se aplicó chi cuadrado para determinar la relación entre variables y la prueba de McNemar para evaluar la intervención. De las 72 participantes el 38,00% presentaron edades entre 35 y 44 años, el 52,80% instrucción básica, casadas el 69,40%, al inicio de la intervención destacó un conocimiento no satisfactorio sobre la prueba de Papanicolaou con el 66,67% y una práctica inadecuada con sólo el 6,94%, que posteriormente incrementaron al 84,72% y 70,83% respectivamente de las cuales el 17,63% presentó lesiones precancerosas. Se concluye que la intervención integral aplicada generó cambios significativos en el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y su práctica, permitiendo realizar la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Se recomienda continuar realizando actividades de promoción de salud para elevar la práctica del Papanicolaou y su cobertura a nivel nacional.

**Palabras claves:** <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <CALIDAD DE VIDA>, <CÁNCER CERVICAL>, <FACTORES DE RIESGO>, <PAPANICOLAOU (EXAMEN)>.



## ABSTRACT

The objective of this research was to develop a comprehensive intervention aimed at raising the level of knowledge about the Pap test and its practice in adult women of the Gualiñag community of Guamote canton. The Pap test is considered as the screening of choice of greater utility in the early detection of epithelial changes that can lead to the onset of cervical cancer. An applied, longitudinal investigation was carried out with a quasi-experimental design, the population consisted of 83 women, a non-probabilistic sampling was carried out for convenience, leaving the sample made up of 72 women. The qualitative variables were expressed in absolute and relative frequencies and for the quantitative variables the median, interquartile range, maximum and minimum were used Chi square was applied to determine the relationship between variables and the McNemar test to evaluate the intervention. Of the 72 participants, 38.00% had ages between 35 and 44 years, 52.80% basic instruction, married 69.40%, at the beginning of the intervention highlighted an unsatisfactory knowledge about the Pap test with 66 , 67% and an inappropriate practice with only 6.94%, which subsequently increased to 84.72% and 70.83%, respectively, of which 17.63% presented precancerous lesions. It is concluded that the comprehensive intervention applied generated significant changes in the level of knowledge of women about the Pap test and its practice, allowing timely detection of cervical cancer. It is recommended to continue carrying out health promotion activities to increase the practice of Pap smears and their coverage nationwide.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <QUALITY OF LIFE>, <CERVICAL CANCER>, <RISK FACTORS>, <PAP (TEST)>.



# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades tumorales constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, sin distinción de edad, sexo o raza. Aunque han sido señaladas como más frecuente en personas mayores de 50 años; en muchas ocasiones se presentan en edades tempranas de la vida, incluso en niños (García Batista, Ojeda Quevedo, Arceo Espinosa, Serrat Fonseca y Gómez Tasé, 2016; Jiménez, 2017).

Aunque teóricamente las neoplasias se presentan por igual en ambos sexos, se describe que las principales localizaciones son diferentes en relación a esa patología. En el caso de los hombres se reporta que el cáncer del pulmón y de próstata son los más frecuentes. Mientras que en las féminas las de mama y cuello cervical se presentan de forma mayoritaria (Ramos Águila, Marimón Torres, Crespo González, Junco Sena, & Valiente Morejón, 2015; Gómez Vega, Ocampo Navia y Feo Lee, 2019).

Según la International Agency for Research on Cancer (IARC), (2019) y Globocan (2018), el cáncer cervicouterino (CCU) a nivel mundial en el año 2018 presentó 569.847 casos nuevos de esta patología que representó el 3.3% del cáncer en general, ha sido identificado como la segunda neoplasia más común en países en vías de desarrollo.

Al respecto, se reporta que este constituye una de las principales causas de morbilidad, generando disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y si no se detecta y trata oportunamente ocasiona la muerte. Lo antes dicho provoca que esta enfermedad sea considerada como un problema de salud mundial (Cabrera Guerra et al., 2017).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2019), el 2018 en la región de las Américas se reportó más de 72.000 mujeres diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta patología. Con relación al Ecuador, el Globocan reporta que en el 2018 la incidencia de CCU fue de 1.612 casos que representó el 10,6% del cáncer en mujeres, esta patología originó 838 defunciones lo que constituyó el 5,8% de la mortalidad femenina (IARC, 2019; Globocan, 2018).

Debido a que un solo control no garantiza la ausencia de la enfermedad, uno de los principales retos de los profesionales de la salud es identificar precozmente esta afección, de la



cual se han descrito factores de riesgo que pueden incidir positivamente en la aparición de los procesos tumorales; para lo cual se empelan métodos de detección precoz (Cabrera Guerra et al., 2017).

En estudio del CCU incluye la prueba de Papanicolaou, herramienta de tamizaje que permite identificar los cambios celulares anormales del cuello uterino que constituye la etapa inicial de la enfermedad. Su utilización se ha estandarizado en base en los resultados positivos relacionados con la identificación precoz de los cambios hísticos a nivel del cuello cervical, señalados como precursores del proceso tumoral (Gajardo y Urrutia, 2017).

La sencillez de su realización y alta eficacia de los resultados, posiciona al estudio citológico mencionado como el tamizaje de elección para la detección precoz del CCU, criterios que convierten a esta en la prueba de oro a tomar en consideración en el estudio de las neoplasias cervicales (Cabrera Guerra et al., 2017; Gajardo y Urrutia, 2017).

Sin embargo; a pesar de los reportes científicos que evidencian la importancia de la realización periódica de la prueba de Papanicolaou, existen mujeres que se niegan a practicarse la misma; elemento relacionado con el desconocimiento de las ventajas que esta ofrece, realidad de la cual no escapa la comunidad ecuatoriana de Gualiñag, perteneciente al Centro de Salud de Cebadas en la provincia de Chimborazo; contexto rural en el que según información obtenida del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), existe una baja cobertura de realización de dicho estudio citológico en las mujeres adultas.

En tal sentido, y como vía para revertir la situación planteada, se ha considerado que el desarrollo de acciones dirigidas a incrementar la realización de la citología vaginal en el ámbito investigado, contribuirá a la prevención primaria del CCU y consigo la disminución de la morbimortalidad que por esa causa se genera al Sistema Nacional de Salud; así como a la economía y funcionamiento individual y familiar.

## **1.1 Problema de investigación**

### ***1.1.1 Planteamiento del problema***

El incremento de la prevalencia del cáncer en sus distintas localizaciones anatómicas lo

convierte en un problema de salud pública a escala mundial; dentro de ellos, el cáncer cérvico uterino (CCU) constituye, incluso, un problema de salud reproductiva en la mujer ocupando el segundo lugar en orden de frecuencia y siendo la principal causa de muerte entre las mujeres mayores de 25 años en países en desarrollo (Camey Hernández, 2015).

Este tipo de cáncer es el resultado de un dinámico proceso que en ocasiones puede iniciarse a partir de una infección viral conjuntamente con factores de riesgo, que atraviesan diferentes etapas. Es un proceso de lenta evolución y por lo general asintomático, lo que permite realizar diagnóstico y tratamiento oportunos (Camey Hernández, 2015).

Con este fin, se realiza a la población femenina que haya iniciado su vida sexual activa a partir de 21 años, las técnicas de rastreos o screening, entre las cuales se encuentran el examen de Papanicolaou o citología vaginal, colpocitología oncológica, la colposcopia, cervicografía y aparecen recientemente las pruebas de detección de ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH) en frotis vaginal indicada a partir de los 30 años de edad, por constituir una de las principales causas de aparición del cáncer cérvico uterino (Gomes Martins, Bezerra Pinheiro, Moreira Vasconcelos y Pinto Falcão, 2015).

La baja cobertura de este tipo de examen, la calidad en la toma de la muestra citológica y emisión de los informes citopatológicos, son aspectos inherentes a la problemática del cáncer cervicouterino; a lo que se suma la presencia de factores relacionados con la poca adhesión de las féminas a la realización del papanicolaou (Gomes Martins, et al, 2015).

En la actualidad, las políticas de salud se enfocan principalmente en la implementación de estrategias para prevenir el CCU; con esto se aspira a que ninguna mujer muera por esta patología; sin embargo, cada año cerca de 266 000 mujeres fallecen por ese motivo (Boletín CAC, 2018).

Teniendo en cuenta esto, se requiere implementar acciones preventivas con un carácter multidisciplinario y enfoque intersectorial dirigidas a disminuir la mortalidad por esta causa, para lo cual el MSP del Ecuador ha indicado una cobertura anual de la realización del examen de Papanicolaou del 35 % de población femenina con edades comprendidas entre 25 y 64 años, en la comunidad de Gualiñag en el año 2018 esta cobertura solo alcanzó el 6,9%, datos similares a la cobertura del distrito Colta - Guamote en el año 2017 con el 10% y la cobertura de la Provincia de Chimborazo en el mismo año con el 6%. La aceptación y realización de este tamizaje es baja, lo que surge como una necesidad identificada por la población (MSP-ASIS, 2018).

Las causas de una baja cobertura del examen de Papanicolaou pueden ser múltiples, sin embargo autores como Barrios García et al (2013), puntualizan que persiste el temor a la realización de la prueba por el desconocimiento de los beneficios de este examen, lo que genera que, en países como Ecuador, los reportes de CCU alcancen cifras alarmantes, por lo que se hace necesario educar a la población, como una vía para mitigar dicha problemática, razón por lo cual esta investigación propone desarrollar una intervención integral para elevar el conocimiento sobre el examen de Papanicolaou y su práctica para realiza una pesquisa oportuna del CCU.

### ***1.1.2 Formulación del problema***

¿Existe una baja práctica de realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag, motivado por el bajo nivel de conocimiento que presentan relacionado con la importancia de la realización de esta prueba?

### ***1.1.3 Justificación***

En el mundo entero, las mujeres se enfrentan a un problema de salud con gran repercusión en las familia y la sociedad, el cáncer cervicouterino, el mismo que debe ser identificado precozmente para poder ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la mortalidad femenina.

Las enfermedades neoplásicas y particularmente el CCU han sido reconocidas a nivel mundial como un problema de salud por su alta incidencia y los efectos devastadores producidos sobre la salud de la mujer y la familia. Esto se debe a su comportamiento, considerándose en las sociedades actuales como una de las entidades con mayor frecuencia de morbilidad y mortalidad (Hernández et al., 2013; Aranguren et al., 2017).

El CCU ocasiona preocupación para los sistemas de salud, pues se asocia en mayor medida a la presencia de determinantes sociales que indican el deterioro de la salud, entre las que se destacan inadecuadas condiciones de vida, elevados índices de pobreza, bajo nivel de instrucción, aspectos culturales e insuficiente percepción de la necesidad de desarrollar conductas generadoras de salud, las que pueden incidir de manera significativa en la población, afectando consigo a las mujeres, lo que las convierte en un grupo vulnerable (Hernández, 2015).

Desde el punto de vista práctico, teniendo en cuenta que el nivel de conocimiento de las mujeres de la comunidad de Gualiñag no supera la instrucción primaria, asociado a prejuicios y a la insuficiente información sobre la importancia de la realización del PAP generó una cobertura del 6,9% de esa prueba en el año 2018, resulta necesario realizar una intervención integral sobre las mujeres adultas de la localidad para de esta forma incrementar sus conocimientos sobre el beneficio de este examen y motivar su práctica.

Desde el punto de vista investigativo y metodológico, el presente estudio ampliará los conocimientos relacionados a los factores que influyen en la baja cobertura de Papanicolaou, partiendo de que la práctica médica en el primer nivel de atención se fundamenta en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro del contexto en que vive la población.

Desde el punto de vista teórico, la investigación contribuirá al fortalecimiento de la teoría del conocimiento que debe poseer el médico Especialista en Medicina Familiar, sobre la atención integral a este tipo de problema de salud, en población rural y eminentemente indígena que tiene sus características propias.

De todo lo anterior se deriva la justificación del presente estudio, pues permitirá identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre el examen de Papanicolaou, se aplicará una intervención integral de alcance comunitario, que permita enfrentar la problemática planteada, contextualizada con acciones de información, educación y atención médica, para elevar la práctica del examen de Papanicolaou, lo que contribuirá a la detección precoz de patologías y la reducción de la morbimortalidad en este importante grupo de edad.

#### ***1.1.4 Objetivos de la investigación***

##### ***1.1.4.1 Objetivo general***

Desarrollar una intervención integral de alcance comunitario, encaminada a elevar el nivel de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou y realización de esta prueba, entre las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag, perteneciente al Centro de Salud de Cebadas en la provincia de Chimborazo, durante el período comprendido entre enero y junio de 2019.

#### *1.1.4.2 Objetivos específicos*

- Describir las características sociodemográficas, presentes en las mujeres adultas pertenecientes a la comunidad rural Gualiñag de la parroquia Cebadas del cantón Guamote.
- Determinar el nivel de conocimiento que poseen sobre la prueba de Papanicolaou las mujeres incluidas en el estudio.
- Identificar el nivel de realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres participantes en el estudio.
- Determinar la influencia de la intervención integral aplicada, en el incremento del nivel de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou y la realización del mismo, que tienen las mujeres de la población de estudio.

#### *1.1.5. Hipótesis de la investigación*

¿La implementación de la intervención integral si contribuyó a incrementar el nivel de conocimiento de las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag sobre el examen de Papanicolaou y con ello su práctica, garantizando una pesquisa mayor de cáncer cervicouterino?

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO DE REFERENCIA

#### 2.1 Antecedentes del problema

El científico alemán Harald Zur Hausen, en el año 2008, recibió el Premio Nobel de Medicina por sus estudios realizados sobre el papel importante que desempeña la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) en la formación del CCU; desde entonces se sumaron las investigaciones en monos Rhesus por el ginecólogo español Enrique Aguirre Cabañas (Vega Chávez, Gutiérrez Enríquez y Terán Figueroa, 2009).

A partir de aquí, en el año 2001, el 11.7% de todas las neoplasias en las mujeres correspondieron al cáncer de cérvix, y se reportaron 369,500 casos nuevos en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países desarrollados donde 96,100 casos fueron diagnosticados en el mismo año (Vega Chávez, et al, 2009).

Papanicolaou fue un patólogo griego que descubrió que las células tomadas superficialmente del cuello uterino y mediante un proceso de coloración, identificaban las células malignas; en 1933, se comenzó una serie de investigaciones sobre este tema encontrándose la existencia de células neoplásicas en los extendidos de mujeres con cáncer de útero. Papanicolaou, junto a otro patólogo nombrado Trant profundizan en el problema del diagnóstico precoz del cáncer (Camey Hernández, 2015).

La aplicación de este novedoso método citológico comenzó a difundirse y se introdujeron mejoras en las técnicas de obtención del material, demostrando exitosos alcances en la pesquisa del cáncer cervical uterino (Camey Hernández, 2015).

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollarlo. Cada año se diagnostican 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta enfermedad, señalan que las tasas más altas corresponden a Chile y México (Sanabria Hernández, 2013).

De forma general, según la literatura revisada, existe una tendencia al aumento del CCU

en países en vías de desarrollo de América Latina encontrándose tasas más bajas (menos de 15 por 100 000) en países europeos, Norteamérica y Japón (Vega Chávez, et al, 2009).

Otros autores, demuestran en trabajos revisados, que una de las causas fundamentales del aumento de esta enfermedad en Latinoamérica es producto al desconocimiento por parte de las mujeres del momento idóneo para realizarse dicho examen.

En Ecuador, el CCU, ocupa el segundo lugar en incidencia, después del cáncer de mama. Según reportes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), cada año se incrementan aproximadamente 1200 casos nuevos. La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), señala que la provincia de Loja acumula el más alto índice de cáncer en el país, siendo la mayoría de cuello uterino y la tasa de mortalidad es de 9.6 por 100 000 habitantes (Flores Chamba, 2012).

En otras provincias como Guayaquil, Andrade Jordán y Landívar Olvera (2017), realizan investigaciones donde demuestran que existía bajo nivel de conocimientos con respecto al examen de Papanicolaou, además de prácticas incorrectas en su realización, pero a pesar de esto las mujeres de esta localidad presentaron actitudes favorables ante la realización del mismo; similares resultados obtuvieron Martínez et al (2014) al estudiar este tema en Cuenca, parroquia El Valle (Ecuador).

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Generalidades del Cáncer de Cuello Uterino**

El cáncer cervicouterino (CCU) es una alteración a nivel celular que se origina en el epitelio del cuello uterino y se manifiesta inicialmente por lesiones precursoras, habitualmente se comporta con una evolución lenta y progresiva en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando se compromete sólo la superficie epitelial y más tarde a cáncer invasivo cuando el compromiso sobrepasa la membrana basal (Campiño Valderrama, 2017).

Según datos que ofrece la Organización Mundial de la Salud del año 2016, el cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que con más frecuencia se aprecia en la mujer, y de estos, la mayoría de los casos están relacionados con la infección genital por papilomavirus humanos (PVH); actualmente se conoce que los serotipos de más alto riesgo son el 16, 18, 31,

33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66 y 73; todos ellos transmitidos por vía sexual. Alrededor de un 90% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes registradas por esta causa se aprecian fundamentalmente hoy, en países de bajos ingresos, donde con frecuencia no hay acceso a la detección oportuna y tratamiento de esta enfermedad (Vega Chávez, et al, 2009).

### ***2.2.2 Agente causal del cáncer de cuello uterino***

Se ha comprobado que básicamente todos los tipos de cáncer de cuello uterino son causados por determinados tipos del virus del papiloma humano (VPH), los cuales son grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae y representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes, conociéndose actualmente más de 100 tipos virales que en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico (Cerón Martínez, 2017).

La infección por el VPH puede producirse también por el contacto directo con la piel; es muy frecuente en la población en general, casi la mayoría de las mujeres adultas han contraído el VPH en algún momento de su vida, pero, en un alto por ciento de casos, esta infección desaparece entre los seis meses y los dos años siguientes sin causar ningún signo de enfermedad (Camey Hernández, 2015).

No obstante, en los casos en los que la infección por el VPH no desaparece o persiste, el riesgo de aparición de lesiones cervicouterinas precancerosas, que por lo general preceden a la aparición de cáncer de cuello uterino, es mayor. Para que se manifieste este cáncer, es necesaria una infección que se prolongue en el tiempo donde los tipos de VPH de alto riesgo (carcinógenos), especialmente los tipos 16 y 18, son los más habitualmente conocidos en los casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo (Vega Chávez, et al, 2009).

A pesar de esto, se ha comprobado, que la aparición de las lesiones precancerosas y del cáncer de cuello uterino tarda varios años, que pueden llegar a décadas, en producirse. Es decir; para que aparezca el cáncer de cuello uterino también se necesitan otros factores, que están relacionados con el riesgo de infección por el VPH o con el riesgo de aparición de cáncer de cuello uterino una vez establecida la infección por el VPH (Ministerio de Salud Argentina, 2014).



### 2.2.3 *Virus del papiloma humano*

El virus del papiloma Humano es la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que ocurre en algún momento en el 80 % de mujeres activas sexualmente. A pesar de su alta prevalencia, muy pocas personas conocen que están infectadas, porque tiende a ser asintomática (MSP, 2017).

Los viriones de VPH son pequeñas partículas, sin envoltura, con simetría icosaédrica. Cada uno de ellos está formado por 72 capsómeros, y a su vez cada uno contiene 5 moléculas de la proteína mayor de la cápsida, denominada L1. El genoma viral está formado por una molécula de ADN circular de doble cadena, asociada con nucleosomas que están formados por histonas celulares. Los papilomavirus comparten estas características con los virus de la familia Polyomaviridae, pero se diferencian con respecto a estos (Páez et al., 2016).

Las diferencias genotípicas entre los tipos de papiloma virus vienen marcadas por los distintos aminoácidos que constituyen la proteína L1, que es una proteína estructural del virus que, además, posee efecto antigénico. Las características de esta proteína, son las que hacen que el virus pueda ser tratado como de bajo o alto riesgo y por ello su genotipo específico es el que se usa para poder clasificar a estos virus (Páez, et al, 2016).

Como todos los virus de esta familia, los VPH solo establecen infecciones en el epitelio estratificado de la piel y las mucosas de humanos, así como de una gran variedad de animales; algunos tipos pueden causar verrugas o condilomas, mientras que otros pueden generar infecciones subclínicas, que en una minoría de casos pueden dar lugar a cáncer cervical, de vulva, vagina y ano en mujeres, o cáncer de pene y ano en hombres (Páez, et al, 2016).

En la actualidad, la biología molecular evidencia que la totalidad de cánceres cervicales se relacionan con una infección previa con uno o más de los subtipos oncogénicos de VPH, aunque la edad usual de mayor incidencia de infecciones es poco tiempo tras el inicio de relaciones sexuales; la progresión al cáncer cervical usualmente tarda entre 10 a 20 años. En otros casos, las lesiones precancerosas progresan durante un intervalo más corto, sobre todo cuando se adicionan factores de riesgo (Vasquez Bonilla, Rotela Fisch y Ortiz Martínez, 2017).

Actualmente no existe un tratamiento curativo para la infección por el Virus del Papiloma Humano; cuando ocurre esta infección, puede persistir por largos periodos en la vida (MSP, 2016).

Se argumenta que, en muchos casos, la infección activa es controlada por el sistema inmune y puede optar por la desaparición completa o se mantiene latente. Sin embargo, no es posible predecir cuándo el virus se activará nuevamente en el caso de la infección latente, aunque según literatura revisada existen teorías que apuntan a la implicación del funcionamiento adecuado o no, del sistema inmune como factor desencadenante de la aparición de lesiones. Las infecciones persistentes se asocian más comúnmente con subtipos virulentos y oncogénicos del VPH (MSP, 2017).

#### ***2.2.4 Factores de Riesgo para Cáncer Cervical***

Conjuntamente con la presencia del VPH, existen ciertos factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer de cérvix, los cuales están asociados a la edad de inicio de actividad sexual y al número de parejas sexuales que tiene una mujer (Martínez Gaona, Méndez Orellana, & Ramón Brito, 2014); además de estos, el tener una depresión del sistema inmune por infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana u otras causas, el uso del alcohol y drogas también aumentan el riesgo (Marañón Cardonne, Mastrapa Cantillo, Flores Barroso, Vaillant Lora y Landazuri Llagó, 2017).

Dentro de los factores de riesgo, los más importantes son:

- Mujeres de 25 más años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales tempranas, antes de los 18 años.
- Múltiples parejas sexuales, tanto del hombre como de la mujer.
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Deficiencia de antioxidantes tales como las vitaminas C y E.
- Nunca haberse practicado un test de detección temprana (Papanicolaou).
- Paridad, teniendo en cuenta la edad del primer parto y gran multiparidad
- Trastornos alimentarios como la desnutrición, la deficiencia micronutrientes.
- Tabaquismo y condiciones socioeconómicas que incluyen la pobreza y la higiene.
- Inmunosupresión (VIH/SIDA o uso crónico de esteroides)
- Exposición a Enfermedades de Transmisión Sexual tales como, Herpes Simple, Chlamydia, entre otras.
- Citomegalovirus (Barrios García, Benedetti Padrón, Alvis Estrada, & Arroyo Salgado, 2013).

### ***2.2.5 Incremento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino***

La prevención permite economizar recursos y salvar vidas. El costo de perder a una mujer por causa del cáncer cervicouterino es alto, tanto para la familia como para la comunidad. La extensión comunitaria, la educación y la orientación, siempre que sean adecuadas, ayudan a las personas a comprender y reducir su riesgo personal de enfermar y los riesgos de sus familiares y amigos, propiciando la oportuna utilización de las opciones de atención preventiva, como vacunación y tamizaje y evita comportamientos perjudiciales adoptando modos de vida más saludables (Sanabria Hernández, 2013).

Numerosas mujeres y familias pueden necesitar apoyo para vencer los obstáculos que les impiden recibir los servicios. Estos obstáculos pueden consistir en temor a saber de qué tienen una infección o una enfermedad, o sentimiento de vergüenza frente a un examen de los órganos genitales, confusión acerca de la seguridad y la eficacia de la vacuna contra VPH.

La falta de tiempo o de un medio de transporte asequible para llegar al establecimiento donde se brinda el servicio. La movilización comunitaria es un proceso de colaboración que incluye a la comunidad para identificar esos obstáculos y elaborar estrategias para superarlos (Sanabria Hernández, 2013).

Los dispensadores de asistencia sanitaria desempeñan una función vital en la prevención y el control del CCU al promover la vacunación y el tamizaje de quienes tienen las mayores probabilidades de beneficiarse. Los que desempeñan esta función pueden ser médicos, enfermeras, parteras, trabajadores sanitarios de la comunidad capacitados u otros que presten servicios clínicos o comunitarios (Hernández Hernández, Apresa García y Patlán Pérez, 2015).

La Sociedad Americana Contra el Cáncer establece criterios para la detección temprana del CCU que se encuentran adaptados en la 13ra edición del protocolo con evidencia para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estos criterios se encuentran orientados a mujeres con rango de edades entre 30 y 64 años de edad; estos criterios incluyen:

Mujeres fuera del rango de edad de la población objetivo (menores de 30 años y mayores de 65 años), con las siguientes condiciones de salud: Inmunodeprimidas (VIH, trasplantadas, etc), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual,

multiparidad, antecedentes de lesiones de cuello uterino incluidas cáncer y edad de inicio de vida sexual antes de los 16 años. (MSP, 2015a, p.8)

Este mismo protocolo excluye:

Mujeres en el rango de edad de la población objetivo con las siguientes condiciones de salud: mujeres que no han tenido relaciones sexuales, mujeres a quienes se les ha realizado histerectomía total por enfermedad benigna y mujeres con cáncer de cérvix previo. (MSP, 2015b, p.8)

La educación sanitaria debe ser una actividad continua y requiere esfuerzos constantes para mantener actualizados los conocimientos de los dispensadores. En los programas de prevención y control del CCU, los principales objetivos de la educación sanitaria son:

- Informar a las personas acerca del CCU, sus causas (especialmente el VPH) y su evolución natural;
- Promover la vacunación de las niñas contra VPH.
- Promover el tamizaje de las mujeres del grupo etario previsto; conseguir que las mujeres con resultado positivo en el tamizaje reciban tratamiento oportuno.
- Informar sobre los signos y síntomas del CCU y alentar a las mujeres a que soliciten atención si los padecen.
- Abordar la ignorancia, los temores, la vergüenza y la estigmatización relacionados con el VPH y el CCU (OMS, 2016).

Para realizar la prevención secundaria del CCU se preconiza la realización de algunos exámenes en mujeres con 20 años o más de edad; en ellas deben de realizarse los siguientes exámenes:

- Prueba de Papanicolaou (citología convencional) en aquellas féminas que se encuentren en los 20 y 29 años de edad o las que tengan 60 o más años de edad.
- Prueba para la detección del Virus de Papiloma Humano (VPH) que se realizará a toda mujer entre 30 y 59 años (MSP, 2015).

Esta misma fuente señala que la edad ideal para comenzar a realizar la búsqueda activa del CCU debe ser a partir de los 20 años de edad si ya tiene vida sexual activa; igualmente

señala que de no realizarse periódicamente el tamizaje aumenta el riesgo de exposición a estados graves de la enfermedad ya que en muchas ocasiones el CCU pasa asintóticamente y de forma desapercibida hasta estadios avanzados de la enfermedad.

### **2.2.6 Generalidades sobre la prueba de Papanicolaou o citología cervical**

La citología cervical es empleada para analizar y estudiar las células exfoliadas del endocérvix y el exocérvix; constituye el método de elección para la búsqueda de CCU, su uso ha disminuido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino (ESMO, 2012).

Condiciones para la toma de muestra:

- No realizar la toma de muestra durante la menstruación o en presencia de cualquier sangrado.
- No haber tenido relaciones sexuales tres días antes de la realización de la prueba.
- No realizar la toma de muestra durante los 3 primeros meses del postparto, excepto en situaciones que lo ameriten.
- No realizar la toma de muestra si la paciente tiene evidencia clínica de infección vaginal o de que esté usando medicación intravaginal (ESMO, 2012).

### **2.2.7 Prueba de Papanicolaou**

La citología de las células que descaman del epitelio cervical uterino es un método que permite la detección de lesiones precancerosas o cancerosas de cuello uterino, en etapas tempranas, así como otras alteraciones del tracto genital femenino.

El protocolo de prevención del CCU del MSP (2015) establece la frecuencia con la que se debe realizar el tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou; en este sentido se señala que toda mujer en rango entre 20 y 29 años y las de 60 años o más, con citología convencional negativa, debe acceder a al tamizaje cada 2 años.

En el caso de las mujeres entre 30 y 59 años deben acudir a realizarse la prueba de Papanicolaou cada dos años si la prueba anterior fue negativa. Toda mujer hysterectomizada pero que aún conserven cuello uterino deben continuar con la frecuencia de tamizaje según su edad cronológica (MSP, 2015).

Las féminas a las que se les haya realizado histerectomía total por la presencia de cáncer o precáncer o las que ya tengan diagnóstico previo de NIC 2-3 se deben realizar citología convencional anual durante un periodo no menor de 20 años posteriores al diagnóstico y/o tratamiento de la afección (MSP, 2015).

Con igual frecuencia anual se debe realizar la prueba de Papanicolaou a toda mujer con diagnóstico de enfermedad o prescripción regular de fármacos que puedan generar estados de inmunosupresión, en este grupo se incluyen toda paciente que consuma regularmente esteroide o aquellas que tienen tratamiento con inmunosupresores como medida para evitar el rechazo a cualquier trasplante.

En caso de diagnóstico de VIH se deben tomar muestra para dos citologías convencionales con un periodo de 6 meses entre una y otra, si ambas pruebas resultan negativas entonces se incorporaran a un régimen de tamizaje anual (MSP, 2015).

Por último señalar que las pacientes mayores de 65 años, que hayan tenido un régimen de realización de tamizaje para detección de CCU regular durante los últimos 10 años y que sus resultados hayan sido negativas quedan fuera del programa de tamizaje para detección de la enfermedad (MSP, 2015).

Esta prueba de tamizaje consiste en el raspado del exocervix y endocervix y la formación de una monocapa en un portaobjeto, para posteriormente ser fijado y teñido para su posterior lectura (Macha, & Quiroz, 2015).

Para realizar este procedimiento existen una serie de condiciones y pasos a seguir para optimizar el método. Los técnicos que toman la muestra: médicos, técnicos sanitarios deben ser debidamente capacitados (Camey Hernández, 2015).

Un elemento importante a tener en cuenta es lo relacionado con la toma de la muestra, a pesar de estar debidamente definido la forma en que se realiza la toma de muestra aún se muestran deficiencias en este sentido. El MSP del Ecuador, en el protocolo con evidencia para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, señala las condiciones necesarias para una adecuada toma de muestra en el tamizaje de CCU (MSP, 2015).

Las condiciones necesarias para la toma de muestra son:

- NO realizar la toma de muestra durante la menstruación o en presencia de cualquier sangrado.
- NO haber tenido relaciones sexuales tres días antes de la realización de la prueba.
- NO realizar la toma de muestra durante los 3 primeros meses del postparto, excepto en situaciones que lo ameriten.
- NO realizar la toma de muestra si la paciente tiene evidencia clínica de infección vaginal o de que esté usando medicación intravaginal.
- NO aplicar ninguna sustancia en el cuello uterino, previamente a la recogida de la muestra.
- NO realizar tacto vaginal, ni colposcopia previamente. (MSP, 2015c, p.11)

Este mismo documento revela o señala los insumos necesarios y las condiciones y protocolo para la realización de la prueba de Papanicolaou; están señalados todos los requisitos, ahora solo falta que los profesionales de la salud extremen las medidas de educación a la población para aumentar la cobertura de realización a la prueba.

Mediante el suministro adecuado de útiles necesarios realizar una correcta toma de muestra para lograr un desenlace feliz de la realización de la prueba y que a su vez la misma sea efectiva en la prevención del CCU mediante la identificación precoz de lesiones atípicas que pueden ser consideradas como lesiones o estadios iniciales del cáncer cervicouterino (MSP, 2015).

Una vez realizada toma de muestra y todo el proceso de fijación y análisis de la misma se procede a realizar la entrega de resultado mediante el documento oficial de informe de resultado según el sistema Bethesda (*figura 1-2*). Alguno de los requisitos necesarios para la entrega de los resultados son: una adecuada información a la mujer de los resultados obtenidos, así como la aclaración de dudas resultantes del resultado obtenido.

Se debe dejar constancia en la historia clínica de la mujer, documento oficial de la asistencia médica, del resultado de la prueba de Papanicolaou y además se debe de programar la próxima fecha de realización de la toma de muestra si esta ha sido negativa para presencia de lesión precancerosa o cáncer cervicouterino (MSP, 2015).

<p><b>TIPO DE MUESTRA</b></p> <p>Se debe indicar si la muestra es convencional o preparación en base líquida.</p>
<p><b>ADECUACIÓN DE LA MUESTRA</b></p> <p>Satisfactoria para evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia o ausencia de componente celular endocervical y/o zona de transformación.</li> <li>• Indicador de calidad: parcialmente obscurecido por sangre, inflamación, etc.</li> </ul> <p>Insatisfactoria para evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra rechazada no procesada por..... (especificar la razón).</li> <li>• Muestra procesada y examinada pero inadecuada por....(especificar la razón).</li> </ul>
<p><b>CATEGORIZACIÓN GENERAL (opcional)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.</li> <li>• Anormalidad de células epiteliales (especificar si es en células escamosas o glandulares).</li> <li>• Otro: células endometriales en mujeres de 45 años o más</li> </ul>
<p><b>INTERPRETACIÓN/RESULTADO</b></p> <p>Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe evidencia celular de neoplasia.</li> </ul> <p>Hallazgos no neoplásicos (opcional):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaciones celulares no neoplásicas: metaplasia escamosa, cambios queratóticos, metaplasia tubal, atrofia y cambios asociados al embarazo</li> <li>• Cambios celulares reactivos asociados a: inflamación (incluida reparación típica), cervicitis folicular, radiación, dispositivo intrauterino.</li> <li>• Células glandulares en mujeres con histerectomía. Organismos:</li> <li>• Trichomonas vaginalis</li> <li>• Elementos micóticos morfológicamente compatibles con Candida.</li> <li>• Cambios de la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana.</li> <li>• Bacterias de características morfológicamente compatibles con Actinomyces.</li> <li>• Cambios celulares compatibles con herpes simple.</li> <li>• Cambios celulares compatibles con citomegalovirus.</li> </ul> <p>Anormalidad en células epiteliales Células escamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células escamosas atípicas</li> <li>• Células escamosas con atipias de significado indeterminado (ASC-US).</li> <li>• Células escamosas con atipias que no excluyen una lesión de alto grado (ASC-H).</li> <li>• Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL): VPH / NIC 1 / displasia leve.</li> <li>• Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL): NIC 2-3 / CIS / displasia moderada y severa.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma de células escamosas.</li> </ul>
<p>Células glandulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células glandulares atípicas</li> <li>• Endocervicales, endometriales, glandulares (cuando no se puede precisar origen).</li> <li>• Células glandulares con atipias a favor neoplasia.</li> <li>• Adenocarcinoma endocervical in situ.</li> <li>• Adenocarcinoma</li> <li>• Endocervical, endometrial, extrauterino.</li> <li>• Sin especificar.</li> <li>• Otras neoplasias malignas (especificar)Otro</li> <li>• Células endometriales en mujeres de 45 años de edad o más (especificar si es negativa para lesión intraepite-lial escamosa)</li> </ul>
<p><b>PRUEBAS AUXILIARES</b></p> <p>Se considera útil proponer recomendaciones para pruebas adicionales que pueden ser complementarias para citología. Sugerencias para la detección del ADN del virus del papiloma humano es un ejemplo de prueba adicional que puede ser complementaria de citología.</p>
<p><b>EVALUACIÓN AUTOMATIZADA</b></p> <p>Si la evaluación fue automatizada, especificar cuál fue el equipo utilizado y el resultado.</p>
<p><b>NOTAS EDUCATIVAS Y SUGERENCIAS (OPCIONAL):</b></p> <p>Las sugerencias deben ser concisas y consistentes con los lineamientos de seguimiento publicados por las organizaciones internacionales (pueden incluirse referencias de publicaciones relevantes)</p>

**Figura 1-2.** Modelo actual de entrega de resultados de la prueba de Papanicolaou

**Fuente:** Moreno Barrios, 2017.

Es importante no perder la oportunidad al tomar contacto con la mujer, de realizar consejería y educación sanitaria, así como explicar los objetivos y beneficios del procedimiento. Se debe transcurrir por el proceso de consentimiento informado de la usuaria; se debe mantener una adecuada privacidad y familiaridad en el servicio, así como asegurarse, previo a la toma, de contar con todos los insumos necesarios (Camey Hernández, 2015).

Pueden existir lesiones cervicouterino precancerosas durante muchos años que se mantienen asintomáticas. Su crecimiento lento ofrece muchas oportunidades para la detección temprana y su curación. El cuello uterino puede palparse y verse en una revisión ginecológica, de forma que el médico puede obtener con facilidad un frotis de su superficie para un examen citológico de las células que se desprenden de la superficie del cuello. Este examen se conoce

como Papanicolaou, también como citología vaginal o estudio citológico vaginal (Camey Hernández, 2015).

Las células del frotis se examinan en el laboratorio, lo cual permite un diagnóstico temprano de una lesión precancerosa, o cualquier anomalía de las células de la superficie del cuello uterino denominada displasia que, con los años, puede producir cáncer. A través del frotis, también se detecta con facilidad el cáncer incipiente (ESMO, 2012).

Cuando se realiza examen de laboratorio, las células del frotis pueden:

- Ser normales.
- Revelar una displasia leve que puede deberse a infección por el PVH. Otros términos para describir la displasia leve son lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y neoplasia intraepitelial cervicouterino de grado 1 (NIC 1). La displasia leve suele sufrir regresión de forma espontánea o puede progresar a un estadio más grave.
- Revelar displasia moderada o grave. En otros términos, son lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés) o neoplasia intraepitelial cérvicouterina de grados 2 o 3 (NIC 2/3).
- Estas lesiones podrían progresar a cáncer de cuello uterino si se dejan sin tratar.
- Revelar cáncer de cuello uterino.

Una infección vaginal, puede impedir el examen correcto de las células de un frotis. En ese caso, se realiza un nuevo frotis después de que se haya tratado adecuadamente la infección (MSP, Chile, 2015).

Además de la citología, específicamente en el caso de diagnóstico citológico indeterminado, la presencia y el tipo del VPH puede analizarse en el laboratorio, lo que ofrecerá información sobre el riesgo de presentar anomalías asociadas con la infección por este virus. Los resultados de la prueba del VPH no afectan en modo alguno los planes de futuros tratamientos (MSP, Chile, 2015).

Cuando se obtiene un frotis sospechoso, es necesario realizar una biopsia, es decir, la extracción de una muestra de tejido tisular con todas las capas del cuello uterino permitiendo, no solo la visualización de las células, sino también de la estructura del tejido (MSP, Chile, 2015).

Los programas de cribado garantizan que, al detectar alguna anomalía, la mujer sea notificada para repetir un frotis de control y de ser necesario, otros exámenes adicionales (Camey Hernández, 2015).

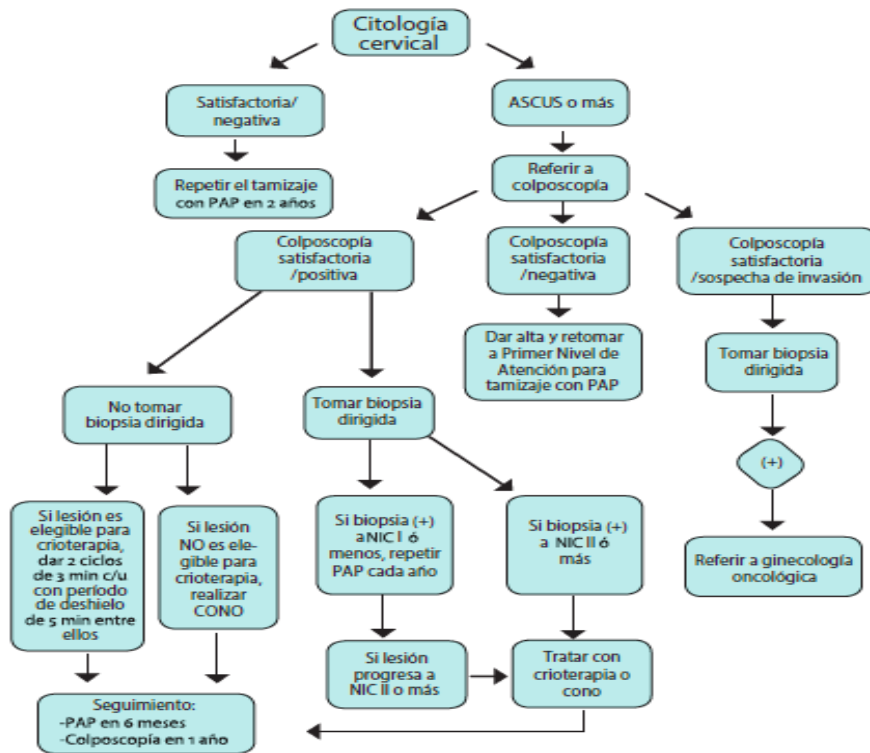
Según los resultados de la prueba de Papanicolaou es la conducta médica que se toma:

- Resultado de la prueba informada como insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra; se debe repetir inmediatamente la prueba de tamizaje.
- Si el resultado de la prueba es satisfactoria y se informa como negativa para lesiones malignas o intraepiteliales se indica realizar nuevamente la prueba en un periodo no mayor de dos años.
- En el caso de que se informe como prueba satisfactoria, negativa para lesión pero con cambios secundarios a inflamación, se orienta prescribir tratamiento según el caso y la enfermedad y repetir el tamizaje al año, si resulta negativo, entonces se debe de mantener un régimen de seguimiento cada 2 años.
- Si el resultado informa que es una prueba satisfactoria, negativa para malignidad pero que existe presencia de algún microorganismo, entonces se debe prescribir medicación específica en cada caso y microorganismo y realizar la citología convencional durante dos años.
- Se señala que se debe referir a realizar colposcopia toda aquella mujer que tenga los siguientes resultados de la citología convencional:

Células escamosas atípicas de significado no determinado, células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, lesión escamosa intraepitelial de alto grado, carcinoma de células escamosas in situ, carcinoma de células escamosas, células glandulares atípicas, adenocarcinoma in situ y adenocarcinoma. (MSP, 2015d, p10)

En todos estos casos debe referirse a la paciente al segundo nivel de atención para realizar colposcopia y valoración por especialista en Ginecología y Obstetricia.

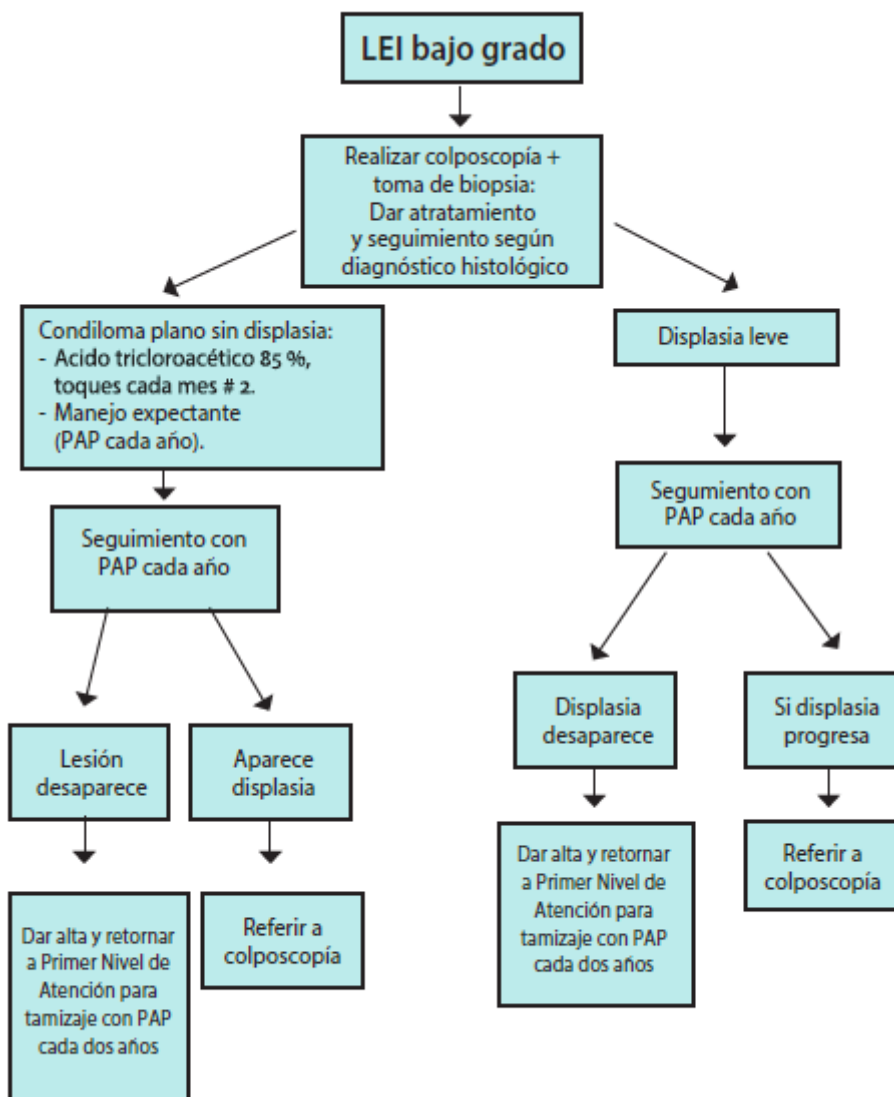
La Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia propone el siguiente flujograma para realizar la colposcopia en todas las mujeres que hayan tenido alteraciones en la citología convencional y que pueden ser subjetiva de presencia y/o aparición de CCU (*figura 2-2*).



**Figura 2-2.** Flujograma de realización de colposcopia

Fuente: (SAGO; 2015, p.78)

Igualmente proponen este flujograma para el manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo grado diagnosticadas mediante citología convencional (figura 3-2).



**Figura 3-2.** Flujograma de manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo grado

Fuente: SAGO; 2015, p.78)

Ante la crítica situación de salud que representa el CCU a nivel mundial, los organismos internacionales han propuesto un plan de acción para la prevención y el control de esta enfermedad; las medidas propuestas abarcan el periodo 2018-2030, tienen como objetivo aumentar la cobertura de realización de la citología convencional (prueba de Papanicolaou) y se centra en cuatro líneas fundamentales:

Mejorar la organización y la gobernanza de los programas contra el cáncer cervicouterino, los sistemas de información y los registros del cáncer. Fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH. Mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas mediante estrategias innovadoras. Mejorar el acceso a los

servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer. (OMS/OPS, 2018, p.13)

Una rápida mirada a esta propuesta permite afirmar que de las 4 líneas fundamentales propuestas dos de ellas se vinculan directamente al primer nivel de atención, lo que magnifica la responsabilidad de este nivel y de los profesionales que laboran en el mismo con el diagnóstico precoz del CCU.

La línea estratégica número dos plantea la necesidad de fortalecer la prevención primaria del CCU basado en el aumento de la información y educación a la población y también de aumentar los niveles de vacunación versus el VPH (OMS/OPS, 2018).

En este sentido se considera necesario incrementar las actividades de promoción de salud. Se propone primeramente establecer un diagnóstico de la situación relacionada con el conocimiento de las pacientes relacionado con los elementos fundamentales que se relacionan con el aumento de la incidencia y prevalencia del CCU (OMS/OPS, 2018).

Una vez identificado las necesidades de educación se debe proceder a diseñar y ejecutar acciones, estrategias de intervención o programas que incluyan actividades comunitarias para elevar el nivel de conocimiento de la población reproducción segura, relación entre el CCU y las enfermedades de transmisión sexual, vacunación versus el VPH y sobre la importancia de realización de la prueba de Papanicolaou entre otras (OMS/OPS, 2018).

Todas las acciones deben tener un carácter integrador y participativo socialmente, se debe llevar el mensaje de forma clara, sencilla e imperativa. Estas campañas deben realizarse cara a cara pero también se preconiza el uso de los medios de difusión masivos (radio, televisión, prensa escrita y radial) y las redes sociales, en las cuales los niveles de interacción de las personas se elevan día tras día. El objetivo de estas campañas es lograr cobertura de la prueba de Papanicolau superiores al 90% y de vacunación contra el VPH superiores al 80%.

Pero estos objetivos necesitan no solo de la voluntad de los profesionales de la salud para el diseño y ejecución de iniciativas educativas y otras acciones para concientizar a la población.

Igualmente es necesario se tracen estrategias gubernamentales y de estado sobre la vacunación contra el VPH; se necesita identificar los sectores y edades vulnerables, estos deben

de estar en concordancia con lo establecido por órganos internacionales como la OPS y la OMS (2016), estas medidas deben ser revisadas periódicamente y reajustadas según el contexto social imperante.

También es necesario incentivar la vigilancia epidemiológica; si bien es cierto que se pretende alcanzar niveles de vacunación contra el VPH superiores al 80%, debe de consolidarse el programa de vigilancia de reacciones adversas, efectos no deseados, tasas de coberturas y otras situaciones relacionados con este proceder (OMS/OPS, 2018).

Otra línea estratégica del programa antes mencionado es la número tres que propone mejorar la cobertura de realización del tamizaje primario para prevenir al CCU mediante la identificación precoz de lesiones iniciales y su tratamiento adecuado (OMS/OPS, 2018).

El objetivo de esta línea estratégica es ampliar la cobertura de la prueba y realizar el tamizaje a todas las mujeres en edades de riesgo o con condiciones de riesgo de aparición de CCU; para esto es necesario garantizar los suministros y demás elementos logísticos que garanticen que cuando una mujer acuda a realizarse la prueba de Papanicolaou pueda realizársela sin dificultades.

En este tamizaje se deben incluir, además de la citología convencional, otras pruebas diagnósticas como es el caso de pruebas para la detección del VPH y la utilización del ácido acético en la inspección visual del cuello uterino que puede revelar estadios iniciales de lesiones cervicales (OMS/OPS, 2018, p.13).

Paralelamente al diagnóstico deben consolidarse las oportunidades de tratamiento de las lesiones pre malignas diagnosticadas. Se debe propiciar y facilitar el acceso a las opciones terapéuticas existentes que incluyen la crioterapia, la escisión electro quirúrgica y la realización, mediante utilización de bisturí frío, de conización de cuello uterino; todas estas técnicas terapéuticas se encuentran debidamente avaladas y certificadas por la OMS (OMS/OPS, 2018).

Una acción paralela, y que garantiza los objetivos propuestos es la reorganización y reestructuración del programa de salud reproductiva en la mujer. Se deben revisar y reestructurar los protocolos actuales para el tamizaje y el tratamiento de las lesiones pre malignas (OMS/OPS, 2018).

Se debe identificar las deficiencias actuales de los protocolos imperantes, estudiar las causas de baja cobertura de tamizaje y de vacunación contra el VPH; a partir de la identificación de estas deficiencias reestructurar los protocolos y decisiones tomadas para lograr la asistencia voluntaria y consiente a la realización del tamizaje y de forma organizada y programada a recibir el tratamiento de la lesión pre malignas diagnosticada (OMS/OPS, 2018).

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 *Cáncer de Cuello Uterino***

Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (MSP, 2017a, pg. 2).

### **2.3.2 *Conocimiento***

Es el conjunto de saberes metódicos, sistemáticos, fundamentados, comprobables y rigurosos, por lo que vale la pena distinguir los que poseen estas características entre los distintos tipos de conocimiento producidos por el ser humano (Artiles Visbal, Otero Iglesias y Barrios Osuna, 2008; Cerón Martínez, 2017).

### **2.3.3 *Educación sanitaria***

Es una concepción positivista de la ciencia y una concepción biomédica de la salud que responsabiliza al individuo de las conductas insanas; son los factores individuales conductuales y biológicos, los determinantes centrales de la enfermedad y el modelo crítico se sustenta en una perspectiva crítica de la ciencia y de la salud que concibe a esta última como producto de las condiciones sociales, culturales y ecológicas, cuyo propósito central continúa siendo el cambio de los comportamientos del sujeto (Peñaranda Correa, López Ríos y Molina Berrío, 2017).

### **2.3.4 *Factores de riesgo***

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (MSP, 2016).



### **2.3.5 Papanicolaou**

Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado (MSP, 2017b, pg. 18).

### **2.3.6 Práctica**

La práctica es el conjunto de comportamientos expresados por el ser humano, influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética (Pérez Cruz y Gardey Romero, 2010).

### **2.3.7 Virus del papiloma humano**

Es un Virus ADN, de la familia Papilomaviridae, de doble cadena circular, no encapsulado, de cápside proteica de simetría icosaédrica, que se reproduce en el núcleo de las células epiteliales (Vásquez Bonilla, Rotela Fisch y Ortiz Martínez, 2017).

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación aplicada, longitudinal, cuasi experimental, mediante la cual se desarrolló una intervención integral en mujeres adultas para elevar el nivel de conocimiento y la práctica de realización del examen de Papanicolaou en la comunidad de Gualiñag, perteneciente a la parroquia Cebadas en el cantón Guamote.

#### 3.2 Métodos de la investigación

Se utilizaron varios métodos de investigación durante la realización de este estudio. Ellos fueron:

- **Lógico-histórico:** La utilización de este método permitió estudiar y analizar los elementos relacionados con los antecedentes del problema (práctica de la prueba de Papanicolaou en mujeres adultas). Permitted realizar un bosquejo general por los elementos históricos relacionados con esta problemática.
- **Analítico-sintético:** La utilización de este método permitió confeccionar un marco teórico en torno al problema de salud identificado y tema de investigación; mediante la confección del mismo se facilitó la recolección e interpretación de datos y cifras estadísticas que permitieron obtener resultados y conclusiones en torno al problema de investigación.
- **Inductivo-deductivo:** Mediante su aplicación se efectuó un estudio individualizado de elementos relacionados con la realización de la prueba de Papanicolaou; dentro de estos se exploró nivel de conocimiento, nivel de aplicación, cobertura de la prueba y resultados de la misma. Una vez terminado el análisis individual se realizaron conjugaciones de resultados para poder llegar a conclusiones relacionadas con el tema de investigación planteado.

### **3.3 Enfoque de la investigación**

El estudio desarrollado siguió un enfoque mixto, debido a que se emplearon elementos cuantitativos y cualitativos de la investigación científica.

### **3.4 Alcance investigativo**

La presente investigación tuvo un enfoque descriptivo y explicativo. Se realizó la descripción del problema planteado, baja práctica de la prueba de Papanicolaou en las mujeres adultas de la comunidad de Gualiñag de Cebadas, y se buscó la explicación del fenómeno a partir de los elementos o condiciones que inciden individualmente en el problema.

### **3.5 Población de estudio**

La población estuvo conformada por la totalidad de mujeres adultas (N=83) con edades comprendidas entre 25 y 64 años, pertenecientes a la comunidad de Gualiñag, perteneciente a la parroquia Cebadas en el cantón Guamote.

### **3.6 Unidad de análisis**

Mujeres adultas (N=83) con edades comprendidas entre 25 y 64 años, pertenecientes a la comunidad de Gualiñag, perteneciente a la parroquia Cebadas en el cantón Guamote. La investigación tuvo una duración de 6 meses y se desarrolló en el periodo correspondiente a los meses enero a junio del 2019.

### **3.7 Selección y tamaño de la muestra**

Para seleccionar la muestra de estudio y determinar el tamaño de la misma, se siguió un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia (Sampieri, 2016) mediante el cual se escogieron 72 mujeres del contexto de estudio que cumplieron los criterios de inclusión que se relacionan a continuación:

#### **3.7.1 Criterios de inclusión:** Mujeres

- Con edades comprendidas entre los 25 a 64 años.

- Que residieron de forma permanente en el contexto de estudio.
- Con óptimo estado de salud mental, verificado mediante la dispensarización.
- Expresaron su intención para participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado (anexo 1).

### **3.7.2 Criterios de exclusión:** Mujeres

- Que aún no hayan comenzado su actividad sexual.
- Con histerectomía total
- Con diagnóstico de CCU previo.
- Que expresaron su negativa de participar en la investigación, o que migraron, o no asistieron a las sesiones que conformaron la intervención integral aplicada.

### **3.7.3 Criterios de salida**

- Pacientes que por razones propias o ajenas decidieron no continuar en la investigación.

## **3.8 Identificación de variables**

- Variable dependiente: realización de la prueba de Papanicolaou
- Variable independiente: Intervención integral sobre el examen de Papanicolaou.
- Variables intervinientes: edad, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, antecedentes sexuales y reproductivos.

### 3.9 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	De 25 a 34 años De 35 a 44 años De 45 a 54 años De 55 a 64 años	Según edad comprendida en el programa del DOC cérvico-uterino del MSP.	Frecuencia y porcentaje de mujeres según grupo de edades
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Estudiante Trabajadora Pensionada Jubilada	Se refiere a la actividad principal que realiza.	Frecuencia y porcentaje de mujeres adultas según ocupación
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada Divorciada	Según el estado civil.	Frecuencia y porcentaje de mujeres adultas según estado civil
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Analfabeta. Alfabeta Básica sin terminar Básica Bachiller Superior	Acorde al último año aprobado. Analfabeta: no sabe leer y escribir. Alfabeta: sabe leer o escribir. Básica sin terminar: no culmina el séptimo año de educación básica Básica: culmina el séptimo año de educación básica Bachiller: culmina el tercer año de bachillerato. Superior: culmina la carrera universitaria o técnica.	Frecuencia y porcentaje de mujeres según nivel de instrucción.
Antecedentes sexuales y reproductivos	Cuantitativa Continua	Inicio de la vida sexual	Edad en la que inicio la vida sexual Número de parejas sexuales	Mediana, mínimo y máximo

		Parejas sexuales Número de partos	Número de partos	
Nivel de conocimiento sobre el del examen de Papanicolaou	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio No satisfactorio	Según las respuestas correctas con relación al conocimiento sobre el Papanicolaou Satisfactorio: Mayor al 60% No satisfactorio: Menor del 60%	Frecuencia y porcentaje de mujeres según nivel de conocimiento sobre importancia de la prueba de Papanicolaou.
Realización del examen de Papanicolaou	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	Según las respuestas correctas con relación a la práctica del Papanicolaou Adecuada: Mayor del 70 % Inadecuada: Menor del 70%	Frecuencia y porcentaje de mujeres según la realización de la prueba de Papanicolaou.

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

### 3.10 Matriz de consistencia

#### 3.10.1 Aspectos generales

Formulación del problema	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
¿Existe un bajo nivel de cobertura de realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag, motivado por el bajo nivel de conocimiento que presentan relacionado con la importancia de la realización de esta prueba?	Desarrollar una intervención integral de alcance comunitario, encaminada a elevar el nivel de conocimiento sobre la importancia del examen de Papanicolaou y realización de esta prueba, entre las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag, perteneciente al Centro de Salud de Cebadas en la provincia de Chimborazo, durante el período comprendido entre enero y junio de 2019.	¿La implementación de la intervención integral si contribuirá a incrementar el nivel de conocimiento de las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag sobre la importancia de la realización del examen de Papanicolaou y con ello su práctica, garantizando una pesquisa mayor de cáncer cervicouterino?	Variable independiente: sobre el examen de Papanicolaou.  Variable dependiente: Realización de la prueba de Papanicolaou	Frecuencia y porcentaje de mujeres según nivel de conocimiento sobre importancia de la prueba de Papanicolaou.  Frecuencia y porcentaje de mujeres según la realización de la prueba de Papanicolaou.	Encuesta  Encuesta	Cuestionario de investigación  Cuestionario de investigación Reporte de estudio citopatológico de frotis cervico vaginal

### 3.10.2 Aspectos específicos

Preguntas de investigación	Objetivo específico	Hipótesis específica	Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
¿Qué características generales tienen las mujeres adultas de la comunidad rural Gualiñag de Cebadas del cantón Guamote?	Describir las características generales, presentes en las mujeres adultas pertenecientes a la comunidad rural Gualiñag de la parroquia Cebadas del cantón Guamote.	¿Las características generales de las mujeres adultas de la comunidad rural Gualiñag de Cebadas si favorece el bajo nivel de conocimiento sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou?	Edad	Frecuencia y porcentaje de mujeres según grupo de edades	Encuesta	Cuestionarios de investigación
			Ocupación	Frecuencia y porcentaje de mujeres adultas según ocupación	Encuesta	Cuestionarios de investigación
			Estado Civil	Frecuencia y porcentaje de mujeres adultas según estado civil	Encuesta	Cuestionarios de investigación
			Nivel de instrucción	Frecuencia y porcentaje de mujeres según nivel de instrucción.	Encuesta	Cuestionarios de investigación
			Antecedentes sexuales y reproductivos	Mediana, mínimo y máximo de las mujeres según los antecedentes sexuales y reproductivos	Documental	Historia clínica
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou que poseen las mujeres adultas de la comunidad de Gualiñag de Cebadas?	Determinar el nivel de conocimiento que sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou poseen las mujeres participantes en el estudio.	¿Si existe un bajo nivel de conocimientos sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou?	Nivel de conocimiento sobre la importancia del examen de Papanicolaou	Frecuencia y porcentaje según nivel de conocimiento sobre importancia de la prueba de Papanicolaou.	Encuesta	Cuestionario de investigación
¿Cómo se comporta la	Identificar el nivel de	¿Si existe un bajo	Realización del	Frecuencia y porcentaje	Encuesta	Cuestionario



realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres adultas incluidas en la investigación?	realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres participantes en el estudio	nivel de realización de prueba de Papanicolaou en las mujeres adultas de la comunidad Gualiñag de Cebadas?	examen de Papanicolaou	de mujeres según la realización de la prueba de Papanicolaou.		de investigación
¿Qué cambios se producirán en el nivel de conocimiento de población participante sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou?	Determinar la influencia de la intervención integral aplicada, en el incremento del nivel de conocimiento que sobre la importancia del examen de Papanicolaou y la realización del mismo, tienen las mujeres de la población de estudio	¿La aplicación de la intervención integral si aumentará el nivel de conocimiento sobre la importancia de realización de la Prueba de Papanicolaou y su práctica?	Nivel de conocimiento sobre la importancia del examen de Papanicolaou	Frecuencia y porcentaje según nivel de conocimiento sobre importancia de la prueba de Papanicolaou.	Encuesta	Cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

### **3.11 Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario validado por Moncayo León (2016), instrumento conformado por 27 preguntas, estructuradas en cuatro partes. La primera explora los datos sobre variables sociodemográficas, la segunda contempla un test de conocimiento sobre la importancia del Papanicolaou. La tercera mide actitudes sobre esta prueba y la cuarta y última parte explora preguntas dirigidas a la realización de dicha prueba por las mujeres.

Debido a que la investigación que se presenta tuvo el objetivo de determinar la influencia de la intervención integral aplicada, en el incremento del nivel de conocimiento que sobre la importancia del examen de Papanicolaou y la realización del mismo tienen las mujeres de la población de estudio; la investigadora empleó de forma íntegra los elementos incluidos en la primera, segunda y cuarta parte del instrumento validado por Moncayo León (2016), excluyéndose el tercero, dirigido a identificar actitudes.

Se excluyó la parte tres (dirigida a identificar actitudes), debido a que esa dimensión no resultó de interés investigativo; y a que la autora se basa en el posicionamiento referido por Hernández Ponce, Carrillo Gaercía y Maldonado Mejía (2009), los que plantean que la relación conocimiento - aprendizaje está íntimamente ligada a las características cognitivas de los individuos, esfera que incluye aspectos endógenos de las participantes.

Debido a las características de la población del contexto de estudio, dicha esfera no se exploró; por lo que se tomó del instrumento las partes que miden las variables generales, la que permitió indagar los datos sociodemográficos; así como aquellas que investigan sobre los conocimientos y prácticas en referencia a la realización del examen de Papanicolaou, para lo cual propone cinco interrogantes que exploran el conocimiento, considerando satisfactorio la respuesta de 3 a 5 preguntas con un 60% o más y presenta 9 preguntas para la práctica considerando una práctica adecuada la contestación afirmativa de 6 a 9 preguntas con un 70% o más, elementos de especificidad para la investigación que se presenta.

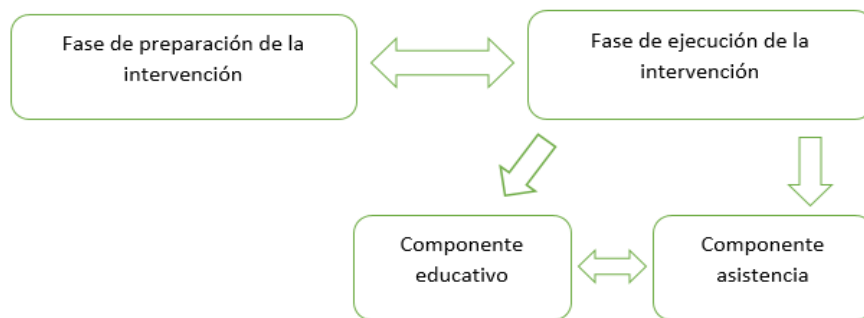
### **3.12 Técnica de recolección de datos**

Como técnicas de estudio se empleó la revisión documental y la encuesta. La primera permitió la obtención de información contenida en las historias clínicas individuales de las mujeres incluidas en el estudio sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de

parejas sexuales y de partos. La segunda se desarrolló por parte de la investigadora, lo que permitió la aplicación de las encuestas a las participantes.

Ambas técnicas fueron definitivas para poder realizar la intervención integral. Esta presentó dos fases fundamentales: La primera de ellas fue la fase de preparación, la que tuvo como elemento fundamental una reunión de coordinación que se realizó después de aprobado el tema de investigación. Esta reunión se realizó con la totalidad de las mujeres incluidas en la muestra de estudio (n=72), la investigadora, las autoridades del centro de salud y los líderes de la comunidad rural de Gualiñag de Cebadas. Al término de esta actividad se definieron los días, horarios y frecuencias de realización tanto de las actividades educativas como asistenciales.

La segunda fase, denominada de ejecución, estuvo regida por los aspectos definidos en la reunión de coordinación. Entre ambas fases existió un complemento mutuo, tal y como se observa en la figura 1-3.



**Figura 1-3.** Interrelación entre las fases de la intervención integral

Realizado por: M. Alexandra Tamayo F.

Cada uno de los componentes de la fase de ejecución (educativo y asistencial) contó con acciones específicas que facilitaron el cumplimiento de los objetivos de la fase (tabla 1-3). En el caso del componente educativo la intervención comenzó con la aplicación del cuestionario en su primer momento (pretest). Mediante su aplicación se pudo determinar el nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou presente en la muestra de estudio.

**Tabla 1-3.** Componentes y acciones utilizados en la intervención integral

<b>Intervención integral sobre la realización de la prueba de Papanicolaou</b>	
<b>Componente educativo</b>	<b>Componente asistencial</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Charlas educativas.</li><li>▪ Aplicación del cuestionario en los momentos pretest y postest.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Consultas médicas en el puesto de salud de la comunidad de Gualiñag y en C.S. de Cebadas.</li><li>▪ Realización de la prueba de Papanicolaou.</li><li>▪ Visitas domiciliarias de seguimiento a las mujeres incluidas en el estudio para sensibilización de la realización del examen y según resultados de la prueba.</li></ul>

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

A partir de esta información se determinó la necesidad de realizar actividades educativas. Estas acciones consistieron en impartir 5 charlas de 40 minutos de duración cada una. Las mismas tuvieron una frecuencia mensual y contaron con una pregunta inicial de comprobación previa de conocimiento y una pregunta final de comprobación de asimilación de conocimientos.

Un elemento distintivo de la investigación fue que se ofrecieron dos charlas resúmenes que fueron impartidas a mujeres con edades distintas a las establecidas en los criterios de inclusión del estudio. Esta decisión fue tomada debido a la solicitud de los líderes de la comunidad teniendo en cuenta la importancia del tema y el interés mostrado por estas féminas.

Los temas impartidos fueron los siguientes:

- Introducción, generalidades y factores de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino
- El examen de Papanicolaou
- Indicaciones y requisitos para el examen del Papanicolaou
- Afecciones cervicales, tipos y prevención
- Taller de refuerzo

El componente asistencial se desarrolló paralelamente al componente educativo. Estas acciones se llevaron a cabo principalmente por la investigadora, con el apoyo un especialista en Ginecología y Obstetricia que colaboró desinteresadamente en calidad de experto consultante para la valoración clínica y manejo de ciertos casos.

A medida que el componente educativo fue avanzando se fueron haciendo más frecuentes las mujeres que acudían a realizarse la prueba de Papanicolaou. La misma se realizó principalmente por parte de la investigadora y una obstetra de centro de salud de Cebadas. En el

momento de la toma de la muestra mediante raspado del cérvix se realizó una valoración clínica integral lo que permitió observar en algunos casos, la presencia de leucorrea de la cual se hizo un análisis clínico de sus características y de otras lesiones vaginales y del cuello de útero que pudieran diagnosticarse de esta forma.

En cada uno de los casos en las que se determinó, mediante el método clínico o por resultado del Papanicolaou, alguna afección, se aplicó tratamiento médico basado en los protocolos de MSP. En los casos en que fue necesario la interconsulta con otros especialistas o la realización de otras pruebas diagnósticas, se realizó la referencia al segundo nivel de atención y posteriormente se realizó el seguimiento de las mismas.

Cinco meses después de comenzada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario de investigación y las respuestas obtenidas en este momento (postest) sirvieron para establecer una comparación del estado inicial y posterior a la intervención aplicada. Con la ayuda del procesamiento estadístico se pudo conocer si la intervención integral aplicada causó o no efecto en la población investigada cumpliendo con los objetivos planteados. Todos los datos que se obtuvieron se incorporaron al procesamiento de la información establecido y sus resultados se expresaron, al igual que los del resto de la investigación, en tablas y figuras para una mejor interpretación de los mismos.

### **3.13 Procesamiento de la información**

El proceso de la información partió de la confección de una base de datos en el sistema Excel con todos los datos obtenidos por la aplicación de los cuestionarios durante el pretest y el postest. Una vez creada la base de datos se procedió, de forma automatizada, a realizar el procesamiento de la información. Para esto se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 23 para Windows.

En procesamiento estadístico las variables sociodemográficas se expresaron en frecuencias y porcentajes, las variables cuantitativas como los antecedentes sexuales y reproductivos se expresaron con mediana, rango intercuartil, máximo y mínimo, las variables conocimiento y práctica del examen de Papanicolaou se expresaron de forma categórica (satisfactorio y no satisfactorio; adecuada e inadecuada respectivamente).

Para realizar la asociación de las variables independientes conocimiento y práctica antes de la intervención se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, los resultados de la

intervención y la comprobación de hipótesis se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado de McNemar para muestras pareadas (conocimiento y práctica antes y después de la intervención). El supuesto de normalidad bivariada se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk.

Para todos los análisis, un valor  $p < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo, se definió el porcentaje de confianza en el 95%, el margen de error en el 5%. Todos los resultados fueron expresados mediante el diseño de tablas y gráficos estadísticos los que facilitarían la interpretación de los resultados.

### **3.14 Normas éticas**

Durante el transcurso de la intervención integral se tuvieron en cuenta todas las normas estipuladas en la Declaración de Helsinki II aprobadas en la realización de investigaciones en seres humanos. Como parte de las normas éticas estipuladas y cumplidas en este estudio se le informó a cada paciente sobre los objetivos y métodos que serían incluidos en el estudio; esta explicación se llevó a cabo previo a la firma del consentimiento informado y la incorporación oficial de los pacientes al estudio se realizó después de que hubiesen firmado el consentimiento informado como expresión de su deseo a participar en la investigación.

Los datos obtenidos solo fueron utilizados con fines investigativos y se les explicó que cada paciente participaba de forma voluntaria en el estudio y que podían abandonar el estudio en el momento que lo desearan sin que ese hecho significara alguna acción en su contra.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados

Los resultados obtenidos durante la presente investigación se muestran a continuación:

**Tabla 1-4.** Características sociodemográficas de la población de estudio según edad, instrucción, estado civil y ocupación

	n	%
Total	(n=72)	100
<b>Grupo de edades</b>		
De 25 a 34 años	23	32,00
De 35 a 44 años	27	38,00
De 45 a 54 años	8	11,00
De 55 a 64 años	14	19,00
<b>Instrucción</b>		
Analfabeta	5	6,90
Alfabeta	5	6,90
Básica sin terminar	17	23,60
Básica	38	52,80
Bachiller	7	9,60
<b>Estado civil</b>		
Soltera	8	11,10
Casada	50	69,40
Unión libre	9	12,50
Viuda	4	5,60
Separada	1	1,40
<b>Ocupación</b>		
Trabajadora	72	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En el estudio se analizaron 72 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años, mostrando mayor grupo de participantes en el rango de edad de 35 – 44 años de edad con el 38,00%, en relación a la instrucción las mujeres presentaron principalmente instrucción básica con el 52,80%, en cuanto a la ocupación el 100% de las participantes se consideraron trabajadoras ya que realizan diferentes actividades para su ingreso económico (agricultura, ganadería y comerciante) (tabla 1-4).

**Tabla 2-4.** Distribución de la población de estudio según vida sexual y reproductiva

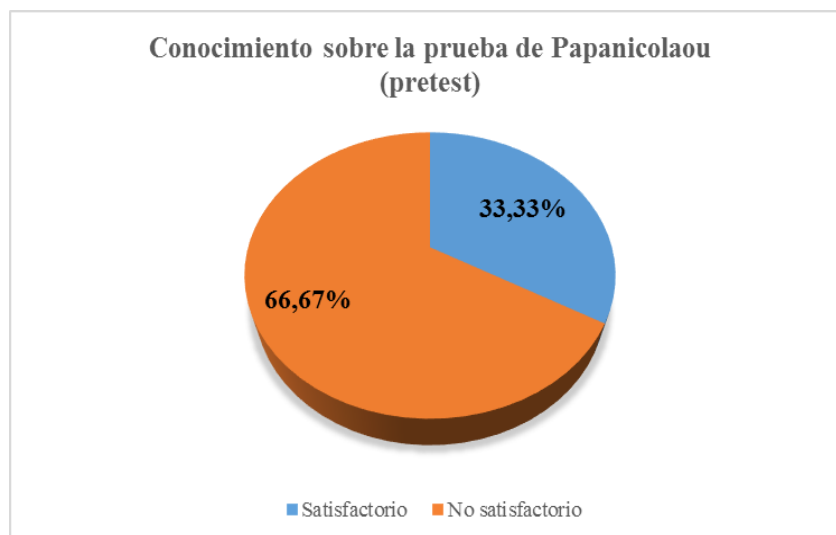
<b>Vida sexual y reproductiva (n=72)</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIQ</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Edad de inicio de la vida sexual (años)	17	3	14	33
Número de parejas sexuales	1	0	1	4
Número de partos	3	3	0	12

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 2-4 se presenta los datos con relación a la vida sexual y reproductiva encontrándose que la edad de inicio de la vida sexual presentó una mediana de 17 años con un mínimo de 14 años y un máximo de 33 años, en cuanto a número de parejas sexuales se reportó una mediana de 1 con un mínimo de 1 y un máximo de 4 parejas, la mediana con relación al número de partos fue 3, con un mínimo de 0 partos y un máximo de 12 partos.





**Gráfico 1-4.** Porcentaje de mujeres adultas según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou (pretest)

**Fuente:** tabla 3-4 (anexo C)

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

Después de aplicar el cuestionario durante el pretest se pudo observar que el 66,67% de las mujeres (48) presentaban un nivel de conocimientos no satisfactorio en relación a la prueba de Papanicolaou. El 33,33% de las mujeres (24) presentó un nivel de conocimiento satisfactorio (Gráfico 1-4).

**Tabla 4-4.** Distribución de mujeres adultas según edad y nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou (pretest)

Edad (n=72)	Nivel de conocimiento			
	No satisfactorio		Satisfactorio	
	n	%	n	%
De 25 a 34 años	11	22,90	12	50,00
De 35 a 44 años	19	39,60	9	37,50
De 45 a 54 años	6	12,50	2	8,30
De 55 a 64 años	12	25,00	1	4,20
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 4-4 se muestra la distribución de mujeres según la edad y el nivel de conocimiento. En relación a las mujeres entre 25 y 34 años se observa que presentaron

conocimiento no satisfactorio el 22,90% y satisfactorio el 50,00%. Por su parte las que tenían entre 35 y 44 años presentaron un nivel de conocimiento no satisfactorio el 39,60%, frente al nivel de conocimiento satisfactorio con el 37,50%.

En el caso de las mujeres entre 45 y 54 años se observó un predominio del nivel de conocimiento no satisfactorio con el 12,50%, en relación al conocimiento satisfactorio que se presentó en un 8,30%. Algo similar sucedió con las féminas entre 55 y 64 años donde el 25,00% de ellas presentó un nivel conocimiento no satisfactorio y solo el 4,20% un nivel de conocimiento satisfactorio sobre la prueba de Papanicolaou.

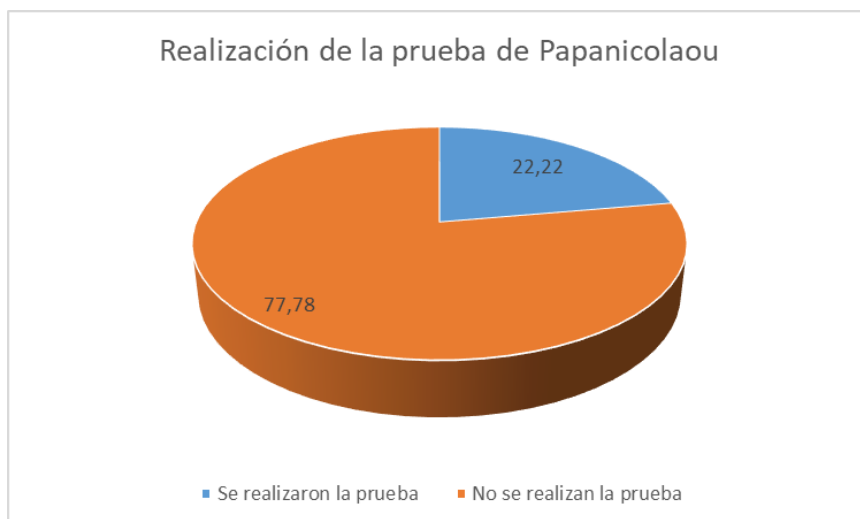
**Tabla 5-4.** Distribución de mujeres adultas según nivel de instrucción y conocimiento sobre de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención

Nivel de instrucción (n=72)	Nivel de conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		n	%
	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	4	80,00	1	20,00	5	100,00
Alfabeta	4	80,00	1	20,00	5	100,00
Básica sin terminar	13	76,50	4	23,50	17	100,00
Básica terminada	25	65,80	13	34,20	38	100,00
Bachiller	2	28,60	5	71,4	7	100,00
<b>Total</b>	48	66,70	24	33,30	72	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 5-4 se observa que en las mujeres analfabetas y alfabetas predominó el conocimiento no satisfactorio con el 80,00%. En las que presentaron un nivel de instrucción básica sin terminar y básica terminada predominaron los niveles no satisfactorios de conocimiento con 76,50 y 65,80% respectivamente. Las que alcanzaron nivel de instrucción bachiller presentaron un predominio de conocimiento satisfactorio con el 71,40%.

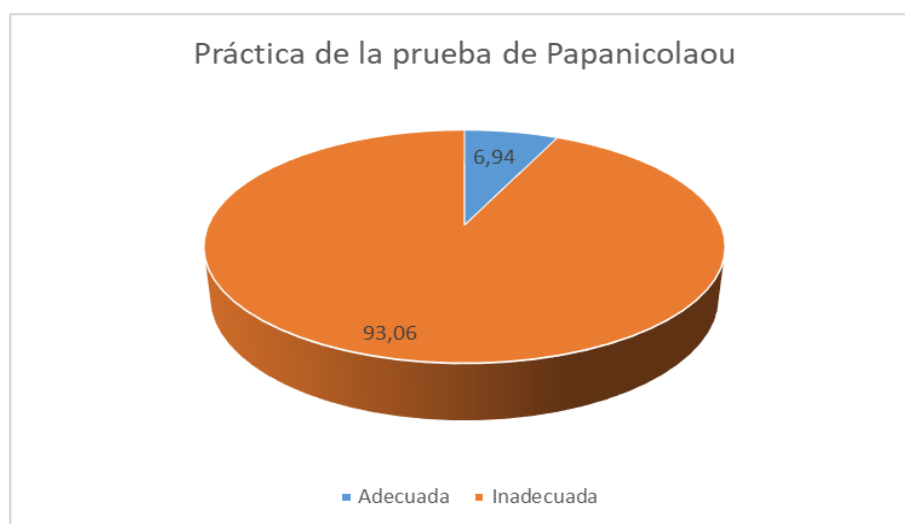


**Gráfico 2-4.** Porcentaje de mujeres adultas según realización de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención (pretest)

**Fuente:** tabla 6-4 (anexo C)

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

La distribución y porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou en algún momento de su vida se muestra en el gráfico 2-4. Se observa que solo 16 mujeres (22,22%) se habían realizado la prueba frente a las 56 mujeres (77,78) que no se han realizado la prueba.



**Gráfico 3-4.** Porcentaje de mujeres adultas según la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención (pretest)

**Fuente:** tabla 7-4 (anexo C)

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

El gráfico 3-4 presentan la distribución y porcentaje de las mujeres adultas según el tipo de práctica del Papanicolaou y se observa que de las 16 mujeres (22,22%) que refirieron se habían realizado el examen, sólo el 6,94% tuvo una práctica adecuada en comparación al 93,06% que presentó una práctica inadecuada.

**Tabla 8-4.** Distribución de mujeres adultas según edad y la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención

Edad (n=72)	Práctica de la prueba de Papanicolaou					
	Inadecuada		Adecuada		Total	
	n	%	n	%	n	%
De 25 a 34 años	20	27,80	3	4,20	23	31,90
De 35 a 44 años	26	36,10	2	2,80	28	38,90
De 45 a 54 años	8	11,10			8	11,10
De 55 a 64 años	13	18,10			13	18,10
<b>Total</b>	67	93,10	5	6,90	67	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

El mayor porcentaje de la práctica de la prueba de Papanicolaou adecuada en relación a la edad correspondió a las mujeres entre 25 y 34 años con un 4,20%; le siguieron las féminas entre 35 y 44 años con 2,80%. En las pacientes que presentaron edades comprendidas entre 45 - 54 y 55 - 64 años, predominó en su totalidad la práctica inadecuada de la prueba de Papanicolaou con el 11,10% y 18,10% respectivamente (tabla 8-4).

**Tabla 9-4.** Distribución de mujeres adultas según estado civil y la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención

Estado civil (n=72)	Práctica de la prueba de Papanicolaou			
	Inadecuada		Adecuada	
	n	%	n	%
Soltera	8	11,90		
Casada	46	68,70	3	60,00
Unión Libre	9	13,40	1	20,00
Viuda	3	4,50	1	20,00
Separada	1	1,50		
<b>Total</b>	67	100,00	5	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

Al analizar la distribución de la práctica de la prueba de Papanicolaou según el estado civil se observó que en ninguna de las categorías de estado civil determinadas en este estudio existió un comportamiento favorable; en todas ellas se observó predominio de mujeres con una práctica inadecuada de la prueba de Papanicolaou presentando mayor porcentaje las mujeres casadas con el 68,70% (tabla 9-4).

**Tabla 10-4.** Distribución de pacientes según nivel de instrucción y práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención

Nivel de instrucción (n=72)	Práctica de la prueba de Papanicolaou			
	Inadecuada		Adecuada	
	n	%	n	%
Analfabeta	5	7,50		
Alfabetada	5	7,50		
Básica sin terminar	16	23,90	1	20,00
Básica terminada	36	53,70	2	40,00
Bachiller	5	7,50	2	40,00
<b>Total</b>	67	100,00	5	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 10-4 se presenta la distribución de mujeres según su nivel de instrucción y la práctica de la prueba de Papanicolaou. En este sentido se observa que el predominio de una práctica inadecuada de la prueba de Papanicolaou en todos los niveles de instrucción, teniendo mayor representación las mujeres con instrucción básica terminada con el 53,70%, frente a la práctica adecuada que está representada en una minoría en 4 mujeres con mayor nivel de instrucción como es primaria terminada y bachiller con el 40,00% independientemente.

**Tabla 11-4.** Distribución de pacientes según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y su práctica antes de la intervención

Nivel de conocimiento (n=72)	Práctica de la prueba de Papanicolaou						p
	Inadecuada		Adecuada		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No satisfactorio	47	65,28	1	1,39	48	66,67	0,039*
Satisfactorio	20	27,78	4	5,55	24	33,33	
Total	67	93,06	5	6,94	72	100,00	

\*Relaciones establecidas mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson

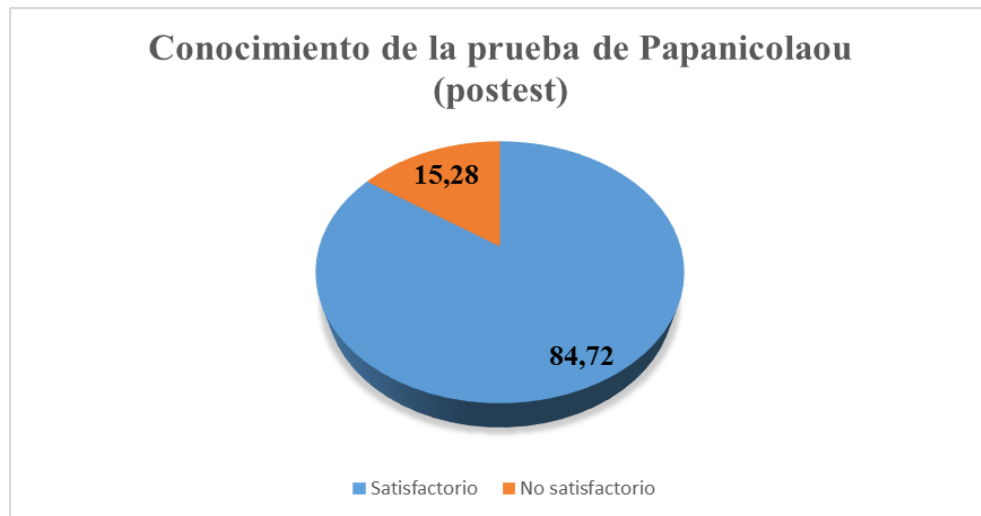
**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En tabla 11-4 se analiza la relación existente entre las variables nivel de conocimiento y la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención, encontrándose: que las mujeres que presentaron un conocimiento satisfactorio sobre el examen de Papanicolaou fueron las que mayor porcentaje de práctica adecuada de la prueba demostraron con el 5,55%, frente a la mujeres con conocimiento no satisfactorio quienes demostraron tener mayor porcentaje de práctica inadecuada de la prueba de Papanicolaou con el 65,28%.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de  $p=0,039$ . Estos resultados demuestran la baja acogida que tiene este tamizaje por la población, debido principalmente al desconocimiento de su importancia en la prevención de la salud femenina.

## DATOS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL

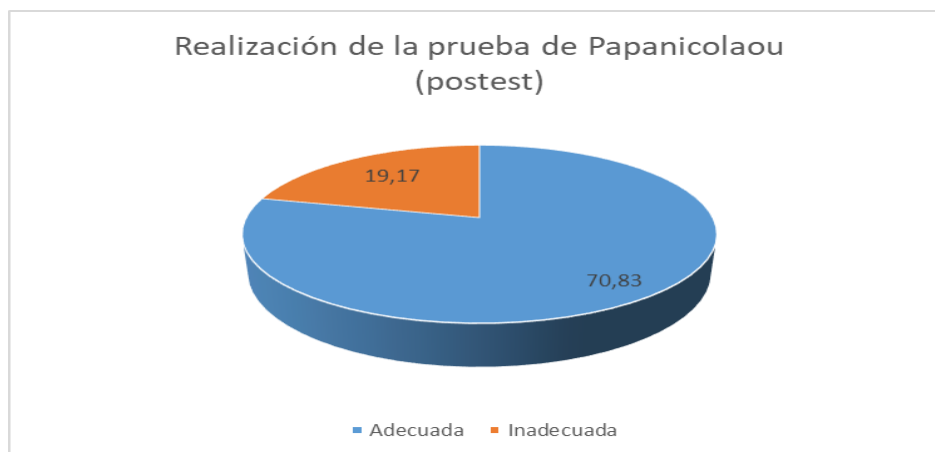


**Gráfico 4-4.** Porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou después de la intervención (postest)

**Fuente:** tabla 12-4 (anexo C)

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

Después de realizada la intervención integral se aplicó nuevamente el cuestionario para definir el nivel de conocimiento (postest). En ese momento se obtuvo un incremento de mujeres con conocimientos satisfactorios representado por el 84,72 % (n=61), mientras que un grupo de féminas a pesar de la intervención continuaban con un conocimiento no satisfactorio constituido por el 15,28% (n=11) (Gráfico 4-4).



**Gráfico 5-4.** Porcentaje de pacientes según realización de la prueba de Papanicolaou (postest)

**Fuente:** tabla 13-4 (anexo C)

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

El gráfico 5-4 muestra la distribución y porcentaje de mujeres según la práctica de la prueba de Papanicolaou después de aplicada la intervención integral (postest). Se observa que el 70,83% de las mujeres incluidas en el estudio presenta una práctica adecuada de la prueba; mientras que el 29,17% restantes presentan una práctica inadecuada. Sin embargo los resultados obtenidos son relevantes dado que superan la cobertura anual propuesta por el Ministerio de salud pública que es del 35%.

**Tabla 14-4.** Distribución de las mujeres adultas según la edad y el tipo de realización de la prueba de Papanicolaou

Edad (n=51)	Realización prueba de Papanicolaou			
	Primera		Subsecuente	
	n	%	n	%
De 25 a 34 años	10	19,61	7	13,73
De 35 a 44 años	16	31,37	6	11,76
De 45 a 54 años	4	7,84	1	1,96
De 55 a 64 años	6	11,77	1	1,96
Total	36	70,59	15	29,41

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 14-4 a las 51 mujeres analizadas que se realizaron la prueba de Papanicolaou se observa que el 70,59% (36) de las participantes se realizaron la prueba por primera vez y principalmente en mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad con el 31,37%(16),



mientras que el tamizaje subsecuente estuvo representado por el 29,41% (15) y de este grupo se observó que las mujeres que se encontraban entre los 25 y 34 años de edad presentaron el mayor porcentaje de realización de la prueba con el 13,73% (7).

**Tabla 15-4.** Distribución de las mujeres adultas según el resultado de la prueba de Papanicolaou

Resultado de la prueba de Papanicolaou	n	%
Inflamatorio leve	9	17,65
Inflamatorio moderado	24	47,07
Inflamatorio severo	9	17,65
Anomalia de células epiteliales escamosas	5	9,80
Displasia cervical leve (NIC I)	4	7,83
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Reporte de estudio citopatológico de frotis cervico vaginal adaptado al sistema Bethesda

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 15-4 se hace un análisis del resultado del reporte de la prueba de Papanicolaou. Se observa que un total de 24 mujeres tuvieron resultados compatibles con un proceso inflamatorio moderado (47,07%); el resultado para procesos inflamatorios leves y severos fue un idéntico 17,65% (9 mujeres en cada caso). Un total de 5 féminas presentó anomalía de células epiteliales escamosas (9,80%); mientras que en 4 mujeres (7,83%) el diagnóstico fue de displasia cervical leve (NIC I).

**Tabla 16-4.** Relación del nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou antes y después de la intervención integral

Nivel de conocimiento (n=72)	Antes		Después		p
	n	%	n	%	
No satisfactorio	48	66,67	11	15,28	<0,001*
Satisfactorio	24	33,33	61	84,72	
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	

\*Relaciones establecidas mediante la prueba de Chi-cuadrado de McNemar

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

En la tabla 16-4 se compara a la población de estudio en un antes y después de una intervención integral para analizar la variable nivel de conocimiento sobre la realización de la prueba de Papanicolaou mediante un (pretest y postest), encontrándose que después de la intervención el nivel de conocimiento no satisfactorio disminuyó del 66,67% al 15,28%. En el nivel de conocimiento satisfactorio presenta un evidente ascenso del 33,33% en el pretest al 84,72% en el postest.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de  $p < 0,001$ , por lo que puede plantearse que existe suficiente evidencia para afirmar que la intervención aplicada provocó cambios en el nivel de conocimiento de las mujeres adultas de la comunidad rural Gualiñag de Cebadas con relación a la prueba de Papanicolaou.

**Tabla 17-4.** Relación de la práctica de la prueba de Papanicolaou antes y después de la intervención integral

Práctica de la Prueba de Papanicolaou (n=72)	Antes		Después		p
	n	%	n	%	
Inadecuada	67	93,06	21	29,17	<0,001*
Adecuada	5	6,94	51	70,83	
<b>Total</b>	72	100,00	72	100,00	

\*Relaciones establecidas mediante la prueba de Chi-cuadrado de McNemar

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

Al establecer la comparación entre las mujeres con una práctica adecuada de la prueba de Papanicolaou antes y después de la intervención integral (tabla 17-4) se puede observar que antes de la intervención solamente el 6,94% de las mujeres presentó una práctica adecuada; posterior a la intervención este porcentaje se eleva al 70,83%, expresando una significación estadística dada por una  $p < 0,001$ . Por lo que puede afirmarse que existe evidencia suficiente para plantear que la intervención aplicada provocó cambios en la conducta de las mujeres hacia la realización de la prueba de Papanicolaou.

## 4.2 Discusión

La prueba de Papanicolaou es considerada en la actualidad como la prueba más efectiva en la detección precoz de los cambios histiósicos que pueden ocurrir a nivel del cuello cervical (Franco Carvalho, Pereira Kerber, Lunardi Filho, Vidali Braz, y Da Silva Viana, 2018). La importancia de la prueba radica en que la detección de estas alteraciones permite tratarlas y prevenir de esta forma la aparición del CCU (Cordero Martínez, y García Pimentel, 2015).

En la presente investigación se observa un predominio de mujeres que se encuentran entre los 35 y 44 años con el 38%, sin embargo es importante mencionar que el 48,61% de la población de estudio estuvo conformado por mujeres con edades entre 40 y 64 años; este resultado es el incipiente reflejo del cambio mundial que se viene produciendo y que conduce a un envejecimiento poblacional, lo que trae consigo un nuevo escenario médico predominando entonces la aparición de enfermedades neoplásicas como es el cáncer de cuello uterino el cual puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en mujeres mayores de los 40 años (Ramos Águila et al., 2015; Weisner, 2018).

En el sexo femenino se describe la neoplasia de mama, de pulmón y de cuello cervical como las principales responsables de la morbimortalidad por este grupo. Es por esto que teniendo en cuenta la creciente tendencia al envejecimiento y la elevada incidencia de las enfermedades neoplásicas en la edad adulta recobra mayor trascendencia la realización de pruebas de detección precoz de estas enfermedades (Ramos Águila et al., 2015; Weisner, 2018).

Otro componente importante encontrado en la investigación es el nivel educativo de las mujeres; existió un nivel predominante de básica terminada con el 52,80%, seguidas de básica sin terminar con el 23,60% datos que son similares a los encontrados en su estudio por Ruiz Leud, Bazán Ruiz y Mejía (2017) que refieren que el 49,3% presento instrucción primaria, Navarra et al (2016) en paciente jóvenes la media que encontraron fue 9 años de instrucción y en las ancianas 4 años de instrucción.

Además, la población indígena residente en el contexto de la investigación ha tenido como costumbre priorizar el trabajo en torno a la educación. De ahí que se estudie hasta alcanzar una educación inicial (básica sin terminar) o que lleguen a conocer los elementos básicos como son la firma y algunas operaciones matemáticas básicas (alfabetas), otros casos no llegan a alcanzar ni estos conocimientos mínimos y se quedan como analfabetos.

Existen investigaciones que reportan la relación directamente proporcional entre el nivel de instrucción de una persona y el nivel de conocimiento sobre temas de salud. Mientras menor es el nivel de instrucción menor es el conocimiento sobre la prevención de enfermedades. Estos estudios reportan que mientras los términos médicos son complicados de entender en ocasiones; si no se tiene conocimientos generales de anatomía y fisiología básica resulta muy difícil poder adquirir y consolidar conocimientos relacionados con la prevención de enfermedades (Gajardo, y Urrutia, 2017).

El estado civil y la ocupación también son elementos generales que han sido relacionados con el nivel de conocimiento de la población. En el primer caso se describe que distintos estados pueden causar que la mujer no dedique tiempo a su auto preparación debido, injustificadamente a otras actividades que realizar (Rodríguez Hernández, Romero Pérez, López Prieto, Cobas López Santos, y Martínez Carmona, 2019).

Otras características encontradas en el estudio son el inicio de la vida sexual a temprana edad (el mínimo 14 años y la mediana 17 años), las múltiples parejas (Mediana 1 y máximo 4 parejas) y la multiparidad (mediana 3 partos y máximo 12 partos), factores que son considerados predisponentes para la displasia cervical, datos que son similares a los encontrados por Gallegos Toribio, Fuentes Vargas, Gonzales Menéndez (2019), quienes reportan que en su estudio encontraron que el 56,90% de las mujeres iniciaron su vida sexual entre los 15 y 18 años, el 68,10% presentaron más de dos partos y el 70,80% refirieron haber tenido múltiples parejas sexuales, este resultado se contrapone a lo encontrado en el presente estudio.

Al analizar la variable conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou se observó de forma general un nivel no satisfactorio en todas las edades con un 66,67%, solamente las pacientes más jóvenes fueron las que presentaron mayor porcentaje de conocimiento satisfactorio, datos similares a los encontrados por Bazán Mayra y Soto Cáceres (2018) con el 75% de conocimiento insuficiente y las mujeres que presentan conocimiento intermedio y suficiente son principalmente jóvenes. Parece ser que la edad se relaciona con el nivel de conocimiento.

Una posible explicación a este fenómeno puede estar dada por el aumento de las campañas de promoción que se llevan a cabo en el Ecuador. En la actualidad, según lo orientado por la OMS/OPS (2018), se intensifican las acciones de promoción de salud desde edades tempranas mediante los programas de salud sexual, prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) los cuales contribuyen a prevenir el cáncer

cervicouterino; por lo que las mujeres más jóvenes se muestran más en intercambio y contacto con estas acciones que buscan incrementar el nivel de calidad de vida de la población basado en la prevención de enfermedades. En este sentido, la realización de la prueba de Papanicolaou es un elemento fundamental (OMS/OPS, 2018).

Esta misma situación hace que las mujeres jóvenes, al tener mayor nivel de conocimiento, tengan una perspectiva más asociada del riesgo en materia de salud y hace que acudan de forma más responsable a la realización de la prueba. Contrariamente las mujeres con mayor edad no han recibido, por las características de los programas de salud anteriores, mucha información sobre prevención de enfermedades, incluyendo las enfermedades neoplásicas como es el cáncer de cuello uterino.

Cuando se aplicó por primera vez el cuestionario de investigación se encontró un bajo nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou. Las mujeres desconocen las bondades de esta prueba. Se reporta que con su aplicación sistemática se ha logrado reducir en un 60% las muertes por CCU (Armenteros Espino, Larrea Armenteros, Pescoso Domínguez, Gutiérrez Castro, y Romeu Escobar, 2016; Lucero Manzano, Castro, Luna, y Gema Audisio, 2018).

La prueba en cuestión es un procedimiento sencillo, solo lleva consigo una serie de requisitos fundamentales para su correcto desarrollo. La misma puede ser realizada por el personal de enfermería o por el profesional médico; en este último sentido tiene como valor agregado la identificación de otras lesiones vaginales y cervicales y la presencia de secreciones vaginales anormales, cuyas características pueden orientar a su identificación diagnóstica con el consiguiente tratamiento de la enfermedad (Cruz Hernández, Marrero Hernández, Sanabria Negrín, Hernández Díaz, y Rivera Dopico, 2018).

El bajo nivel de conocimiento de las mujeres limita la realización de la prueba de Papanicolaou; en la investigación se encontró una baja práctica de la prueba, lo que se proyecta en una baja cobertura del tamizaje con el 6,94%, datos similares a la cobertura del distrito Colta - Guamote en el año 2017 con el 10% y la cobertura de la Provincia de Chimborazo en el mismo año con el 6%, versus al 93,06% de las mujeres que presentaron una práctica de la prueba inadecuada caracterizada principalmente por la no realización de la misma, encontrándose relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de las mujeres y su práctica inadecuada sobre el examen de Papanicolaou con una  $p=0,039$  (MSP- Coordinación Zonal de Salud Colta Guamote, 2018).

La prueba de Papanicolaou es uno de los tamizajes que se realizan en el primer nivel de atención con fines profilácticos; otros similares son el tacto rectal, el auto examen de mama y la profilaxis para la prevención del cáncer bucal; cada uno de ellos llevan sus requerimientos específicos en aras de cumplir con el objetivo de la prueba o proceder (Armenteros Espino et al., 2016).

En el caso de la prueba de Papanicolaou la simple obtención de un frotis cervical mediante raspado puede advertir de cambios a nivel del epitelio cervical que de no ser detectados oportunamente pueden devenir en la aparición de un cáncer cervical. Además, a la hora de realizar el raspado se hace una observación de las paredes vaginales y del cuello cervical que puede insinuar la presencia de estadios iniciales de malignidad o presencia de otras enfermedades (Más López, y Aguayo Joza, 2016; Piña Napal, Crespo Campos, Fando Calzado, Casanova Corona, Curbelo Toledo, y Guerra Rodríguez, 2016).

La prueba de Papanicolaou se viene realizando a nivel mundial como un método efectivo en la detección de estadios iniciales de CCU y por ende en la disminución de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. Varios son los países, en todos los continentes, que han implementado esta prueba como el método de detección temprana fundamental para la prevención del CCU (Piña Napal et al., 2016).

En países como Cuba por ejemplo el programa tiene un carácter integrador y permanente, realizándose acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimiento sobre la importancia de la realización de la prueba y que secundariamente posibilite que las mujeres acudan a realizarse el estudio (Cabrera Guerra, Ortiz Sánchez, Suárez Gómez, Socarrás Rodríguez, y Vázquez Rosales, 2017).

La meta es que el 100% de las mujeres en edad fértil se realicen la prueba, con todos los esfuerzos que se realizan se logran por cientos elevados de realización de la prueba que se encuentran entre el 95% y 97% de cumplimiento del programa. Otros países latinoamericanos como Perú, Colombia, México, Brasil y Argentina también muestran un panorama alentador en este sentido (Cordero Martínez, y García Pimentel, 2015).

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública ha implementado, como parte del programa de salud de la mujer en edad reproductiva, que la prueba de Papanicolaou se realice en todas, aquellas mujeres que hayan comenzado su vida sexual con una periodicidad anual. Sin embargo, aún el porcentaje de cumplimiento del programa, basados en la realización de la prueba, distan mucho de los esperados, sobre todo en poblaciones y comunidades donde el nivel de instrucción, dado por las propias características socioculturales de la población, es

considerado como bajo. En este sentido la comunidad rural de Gualiñag de Cebada encaja en este perfil de comunidad con bajo nivel de conocimiento sobre temas de salud y de prevención de enfermedades.

Esta es una tarea colectiva que no solo atañe al primer nivel de atención, sino que incluye otros actores sociales y dentro del propio gremio de la salud pública. Sin embargo, si recae sobre ellos la responsabilidad del control del programa. Para ello deben de diseñarse estrategias que incrementen los niveles de realización de la prueba de Papanicolaou; las principales justificaciones para realizar acciones en este sentido están dadas por la elevada prevalencia y mortalidad por CCU en Ecuador (Salvent Tames, y Romero Viamonte, 2017).

La intervención se realizó de forma fluida, se impartieron las charlas educativas planificadas y se aclararon todas las dudas de los participantes y de sus familiares, incluyendo los esposos. Es importante señalar que las mismas creencias y costumbres imperantes hacen que aparezcan barreras para la realización de la prueba de Papanicolaou. En el caso de los hombres se les explicó el procedimiento y las ventajas que tiene la realización de la prueba en la detección oportuna del CCU.

A medida que fueron transcurriendo las charlas educativas fue aumentando progresivamente el número de mujeres que acudían a realizarse la prueba, llegando incluso a superar el 70% de realización de la misma; los resultados obtenidos son relevantes dado que superan la cobertura anual propuesta por el Ministerio de salud pública que es del 35%.

Se reporta que realizar intervenciones relacionadas con el diagnóstico precoz de enfermedades como el CCU y la infección por VPH, mediante realización de prueba de Papanicolaou y prueba de VPH, han sido efectivas en lograr disminuir la incidencia y morbimortalidad por CCU cuando alcanzan porcentajes de cobertura superiores al 70% u 80% de la población y que la misma se comporta de forma mantenida y sistemática por un promedio de 5 a 10 años (INC, 2015).

Por los resultados presentados puede plantearse que la intervención integral aplicada provocó cambios significativos en la realización de la prueba de Papanicolaou y con esto se implementó 2 de las líneas estratégicas propuestas por la OMS en su plan de acción sobre la prevención y control del cáncer cervicouterino 2018-2030 como son el fortalecer la prevención primaria por medio de la información y la educación a la población y en segundo lugar mejorar

el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de la lesiones precancerosas mediante estrategias innovadoras (OPS/OMS, 2018).

Este incremento de asistencia a realizarse la prueba de Papanicolaou se basa en el aumento del nivel de conocimiento de las mujeres adultas de la comunidad rural de Gualiñag de Cebadas. Se observó durante la aplicación del cuestionario en el postest como incremento el porcentaje de mujeres con nivel de conocimiento satisfactorio con el 84,72% y mientras que disminuyó las mujeres con conocimiento no satisfactorio al 15,28%. De igual manera puede afirmarse que la intervención integral aplicada elevó el nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou.

A medida que las féminas fueron adquiriendo conocimientos sobre las ventajas que propicia, en materia de seguridad en salud, la realización de la prueba, fueron aceptando realizarse el proceder y con ellos aumento su confianza en la realización de la prueba. A pesar de que no se alcanzó el 100% de realización si existió un comportamiento favorable; corresponde ahora al equipo de salud continuar con las acciones y actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades encaminadas a lograr aumentar el nivel de conocimientos de las mujeres que aún presentan falencias y lograr que las mismas acudan a realizarse la prueba.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos de la prueba de Papanicolaou se observó que el 17,63% de las mujeres presentaron lesiones como son ASCUS y displasia cervical leve que son el inicio de cambios metaplásicos en el epitelio cervical y que predisponen la aparición de cambios hísticos que representan los estadios iniciales de las lesiones premalignas cervicales (OPS/OMS, 2018).

Estos resultados son superiores a los encontrados en la literatura tomando en cuenta que en el presente estudio se realizó el tamizaje a 51 mujeres versus a los encontrados en un estudio del Perú donde realizaron el examen de Papanicolaou a 144 mujeres de la cuales presentaron anomalías el 20,20% presentando displasia cervical leve el 13,90% y ASCUS el 1,40% (Ruiz Leud, Bazán Ruiz, y Mejia, 2017).

Estos resultados encontrados en la 51 mujeres indican que las anomalías celulares del cérvix y las neoplasias se están presentando a edades tempranas, de aquí la importancia de la realización del tamizaje cervicouterino oportuno para identificar cambios celulares precozmente



y evitar que progresen a un cáncer in situ, cabe indicar que estas pacientes fueron referidas al segundo nivel de atención para el manejo por la especialidad de Ginecología.

Además del diagnóstico de las distintas formas de neoplasias cervicales se llegó al diagnóstico de 17 mujeres con secreción vaginal anormal. De ellas 11 fueron diagnosticadas como candidiasis vaginal; 3 como trichomoniasis y las restantes 4 con infección por *Gardnerella Vaginal*. A cada una de ellas se le aplicó el tratamiento farmacológico según los protocolos de tratamiento de MSP.

Por último, resulta importante destacar que se diagnosticaron tres pacientes con lesiones verrugosas y condilomas a nivel vaginal que igualmente fueron referidas para tratamiento por especialidad.

Estas afecciones se relacionan con varios elementos que son comunes encontrar en este tipo de población, como el desconocimiento sobre las medidas de protección de enfermedades de transmisión sexual y no sexual; debido a relaciones sexuales sin ningún tipo de protección, lo que facilita la propagación de estas enfermedades que generalmente se manifiestan con la presencia de leucorrea vaginal, con la que permanecen muchas mujeres sin realizar tratamiento, es importante señalar en este sentido que se reporta que la colonización cervical por gérmenes como la gardnerella, la clamidia y la trichomona son considerados como factores de riesgo para la aparición del CCU (Salvent Tames, y Romero Viamonte, 2017).

Es por esto que se plantea que aún falta mucho terreno por recorrer, que los equipos de salud del primer nivel de atención tienen una batalla que librar y que gira en torno a la educación de la población; generar hábitos y estilos de vida saludables, medidas higiénico sanitarias adecuadas y aumentar el nivel de conocimiento de la población en estos aspectos (Hernández Márquez, y Salinas Urbina, 2018; Pérez Martínez, Basain Valdés, Valdés Alonso, Toraño Cáceres, Alvarez Vltres y Gortaza Marrero, 2018).

Aún queda mucho por diagnósticas y tratar, pero se debe insistir en la prevención y en el diagnóstico precoz como únicas alternativas no solo de disminución de la mortalidad, sino del incremento de la percepción de calidad de vida de la población (Pérez Martínez et al., 2018). Estas acciones deben de ser integradoras, no solo es responsabilidad del equipo de salud del primer nivel de atención, sino que deben de incluirse todos los profesionales de la salud y el resto de la población (Hernández Márquez y Salina Urbina, 2018).

## CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis y la discusión de los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- Existió un predominio de mujeres entre 35 y 44 años de edad, casadas, que se encontraban vinculadas laboralmente y con un nivel de instrucción predominante de básica terminada. Con relación a su vida sexual en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual la mediana fue 17 años, la mediana de parejas sexuales fueron 1 y la mediana de partos fueron 3 partos.
- Al inicio de la investigación el nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou era bajo, el cual se eleva después de realizada la intervención integral.
- El nivel de realización de la prueba de Papanicolaou antes de la aplicación de la intervención integral era bajo; el mismo que se incrementa considerablemente después de la aplicación de la intervención.
- La intervención aplicada provocó cambios significativos en el nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y en la propia realización de la prueba en las mujeres adultas de la comunidad rural Gualiñag de Cebadas perteneciente al cantón Guamate, con lo que se acepta la hipótesis planteada.

## **RECOMENDACIONES**

- Continuar la realización de actividades de promoción de salud en otras comunidades del cantón Guamote para elevar la cobertura de realización de la prueba de Papanicolaou como manera de fortalecer y consolidar el accionar del programa de salud reproductiva en la mujer.
- Que el equipo de salud de la comunidad rural de Gualiñag de Cebadas continúe con las actividades de promoción de salud y dando seguimiento a las mujeres que después de la intervención continuaron conocimiento no satisfactorio y práctica inadecuada del examen del Papanicolaou para lograr el 100% de realización de la prueba y que el interés mostrado por las mujeres y la comunidad en general no decline.
- Realizar el seguimiento de las mujeres que presentaron pruebas con reporte de alteraciones y motivar a las mujeres que presentaron reporte de cambios inflamatorios moderado y severo a un nuevo control en 6 meses.
- Ampliar la realización de actividades de promoción de salud, mediante intervenciones educativas o integrales, a otros problemas de salud de la comunidad Gualiñag de Cebadas, como son el riesgo preconcepcional, el cáncer mama, el parasitismo intestinal y la osteoartritis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrade Jordán, J.P. y Landívar Olvera, P.G., (2017). Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el método de Papanicolaou en pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período Octubre 2016 a Enero 2017. Disponible en Repositorio Digital de Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8071>
- Armenteros Espino, E., Larrea Armenteros, M., Pescoso Domínguez, S., Gutiérrez Castro, R. y Romeu Escobar, M. (2016). Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. *Revista Finlay*, 6(3), 193-200. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300002&lng=es&tlng=es)
- Artiles Visbal, L., Otero Iglesias, J. y Barrios Osuna, I. (2008). Metodología de la investigación para ciencias de la salud, La Habana. Recuperado de: <http://files.sld.cu/ortopedia/files/2017/12/Metodolog%C3%ADa-de-lainvestigaci%C3%B3n.pdf>
- Barrios García, L., Benedetti Padrón, I., Alvis Estrada, L. y Arroyo Salgado, B. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Rev.cienc.biomed.*, 2 (2),249-255 Recuperado de: [http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/41/09\\_CITOLOGIA\\_CERVICO\\_UTERIN A.pdf](http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/41/09_CITOLOGIA_CERVICO_UTERIN A.pdf)
- Bazán Mayra, C. y Soto Cáceres, V. (2018). Conocimiento y prácticas relacionados con la prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino, en usuarias con seguro integral de salud de consultorio externo del hospital Santa María de Cutervo. *REV EXP MED*; 4(1). Recuperado de: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/164/133>
- Boletín de información técnica especializada de la Cuenta de Alto Costo (Boletín CAC) (2018). Día mundial de la prevención del cáncer de cuello uterino, 4(4), Bogotá D. C. Recuperado de: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Dia\\_Mundial\\_de\\_la\\_Preven cion\\_del\\_Cancer\\_de\\_Cuello\\_Uterino.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Dia_Mundial_de_la_Preven cion_del_Cancer_de_Cuello_Uterino.pdf)
- Cabrera Guerra, I., Ortiz Sánchez, Y., Suárez Gómez, Y., Socarrás Rodríguez, R. y Vázquez Rosales, N. (2017). Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *MULTIMED*, 20(5), 110-128. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392>

- Camey Hernández, C.E. (2015). Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou. Trabajo Previo a la obtención el título y grado académico de Licenciada en Enfermería. Disponible en Repositorios Digital de la Universidad de Quetzaltenango, Guatemala.
- Campiño Valderrama, S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. *Revista Cubana De Enfermería*, 33(3). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1307>
- Cerón Martínez, A.U. (2017). Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. *CIENCIA ergo-sum*,24(1),83-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888348>
- Cordero Martínez, J., & García Pimentel, M. (2015). Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Medimay*, 21(2), 357-370. Recuperado de <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/780>
- Cruz Hernández, I.C., Marrero Hernández, R., Sanabria Negrín, J.G., Hernández Díaz, R., & Rivera Dopico, A. (2018). Tendencia de las neoplasias intraepiteliales cervicales grado III y evolución de las pacientes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(4), 21-33. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000400005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000400005&lng=es&tlng=es)
- Flores Chamba, J.C. Condicionantes que influyen en la realización del Papanicolaou en mujeres de barrio Virgenpamba de la ciudad de Loja durante el año 2012. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a05.pdf>
- Franco Carvalho, V., Pereira Kerber, N., Lunardi Filho, W., Vidali Braz, B. y Da Silva Viana, J. (2018). Protección del sistema de salud: percepciones de las mujeres con papanicolaou anormal. *Revista Cubana De Enfermería*, 34(1). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/882>
- Gallegos Toribio, M., Fuentes Vargas, M. y Gonzales Menéndez, M., (2019). Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 48-56. DOI 10.25176/RFMH.v19.n2.2065. Recuperado de: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
- García Batista, M., Ojeda Quevedo, Y., Arceo Espinosa, M., Serrat Fonseca, F., & Gómez Tasé, R. (2016). Citología aspirativa con aguja fina en el diagnóstico de las neoplasias de mama. Bayamo, Granma. *MULTIMED*, 17(3). Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/305>
- Gajardo, M., & Urrutia, M.T. (2017). Creencias sobre el cancer cervicouterino y Papanicolaou y

- su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), 706-712. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600706>
- Global Cancer Observatory, (GCO). (2018). Estadísticas de Cáncer en el Ecuador. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
- Gomes Martins, L., Bezerra Pinheiro, A.K., Moreira Vasconcelos, C.T., & Pinto Falcão Júnior, J.S. (2015). Examen de Papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enfermería Global*, 20(2), 23-43. Recuperado de <https://revistas.um.es/global/article/view/110851>
- Gómez Vega, J., Ocampo Navia, M., & Feo Lee, O. (2019). Epidemiología y caracterización general de los tumores cerebrales primarios en el adulto. *Universitas Médica*, 60 (1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-1.cere>
- Hernández Hernández, D.M., Apresa García, T., Patlán Pérez, R.M. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Med Inst Mex Seguro Soc.*, 53 Supl 2,S154-61. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
- Hernández Sampieri, R. (2016). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education, 6ta Ed., p. 28-67.
- Hernández Márquez, C.I. y Salinas Urbina, A.A. (2018). Percepción del personal de salud sobre un programa de detección oportuna del cáncer cervical. *Enfermería universitaria*, 15(2), 124-135. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65170>
- Hernández Ponce, C., Carrillo García, C., Maldonado Mejía, E. (2009). Identificación y análisis de las actitudes hacia la estadística en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad Autónoma de Guerrero. Comité Latinoamericano de Matemática Educativa A.C. Recuperado de: <http://funes.uniandes.edu.co/4756/1/CarrilloIdentificaci%C3%B3nAlme2009.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (Argentina) (INC). Prevención del cáncer cervicouterino. Actualización 2015, p. 25-29. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-manual\\_recomendaciones\\_tamizaje\\_2015\\_baja.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-manual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf)
- International Agency for Research on Cancer (IARC) y Globocan. (2019). Cancer today. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
- Jiménez, S. (2017). Neoplasias mieloproliferativas. De la clínica a la biología molecular. *Acta Médica Colombiana*, 42 (1), 15-17. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/1631/163151162003/>
- Lucero Manzano, M., Castro, V., Luna, C. y Gema Audisio, M. (2018). La prevención del cáncer cervicouterino analizada desde la investigación evaluativa. Valoración multi-

- actoral sobre el alcance de la política en el Gran San Juan. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12 (12), 189-201. Recuperado de: [https://www.redalyc.org/pdf/5535/Resumenes/Resumen\\_553557482018\\_1.pdfm](https://www.redalyc.org/pdf/5535/Resumenes/Resumen_553557482018_1.pdfm)
- Macha, A. y Quiroz, N. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas del papanicolaou en mujeres del barrio Cerrito de La Libertad. Perú, *In Crescendo Ciencias de la Salud*. 2015; 2(2),436-446. Recuperado de: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/viewFile/967/819>
- Martínez Gaona, K.C., Méndez Orellana, M.A. y Ramón Brito, C.M., (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al servicio de Ginecología en el Subcentro de Salud de la Parroquia el Valle – Cuenca – 2014. Disponible en Repositorio Digital de Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22492/1/TESIS.pdf>
- Marañón Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., Flores Barroso, Y., Vaillant Lora, L. y Landazuri Llago, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1), 187-203. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es&tlng=es)
- Más López, C.J. y Aguayo Joza, M. (2016). La cadena de valor sanitaria de los tratamientos del cáncer cervicouterino en SOLCA Manabí, Núcleo de Portoviejo, Ecuador. *Cofin Habana*, 10(2), 130-143. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2073-60612016000200007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2073-60612016000200007&lng=es&tlng=es)
- Ministerio de Salud de Argentina. (2014). Guía Programática Abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino, Argentina. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cntGuia\\_Programatica\\_Abreviada\\_BAJA.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cntGuia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).(2015 a) Protocolos para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello Uterino. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP; 13ra ed. 2015. Pg. 8 Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).(2015 b) Protocolos para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello Uterino. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP; 13ra ed. 2015. Pg. 8 Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).(2015c) Protocolos para la Detección Oportuna

- del Cáncer de Cuello Uterino. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP; 13ra ed. 2015. Pg. 11 Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).(2015d) Protocolos para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello Uterino. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP; 13ra ed. 2015. Pg. 10 Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Chile (2015). Guía Clínica de cáncer cervico uterino. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2016). Guías de práctica clínica: Control Prenatal. Recuperado de: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia-%20Control%20Prenatal.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017a). Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador. Pg. 2 Recuperado de: [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)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017b). Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador. Pg. 18 Recuperado de: [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)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017). Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) de la comunidad de Gualiñag.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Coordinación Zonal de salud 3 (2017). Matriz de monitoreo de coberturas.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017). Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Recuperado de: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.p](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.p)
- Ministerio de Salud del Perú (2017). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero.. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion\\_salud/guia\\_tecnica\\_cancer\\_cuello\\_uteropdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uteropdf)
- Moncayo León, S.V. (2016). Diseño de estrategia de intervención educativa sobre examen de



- papanicolao en mujeres de 25 a 64 años. Barrio San Juan Promejoras, Guamote, Enero a Junio del 2016 (Tesis de opción al Grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Riobamba: ESPOCH.
- Moreno Barrios, M.C. (2017). Actualización en el reporte de citología cérvico vaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 77(1),58-66. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322017000100008&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100008&lng=es&tlng=es)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Control integral del cáncer cervicouterino, Guía de prácticas esenciales Segunda edición. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799\\_spa.pdf?ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2018). Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030. Washington D.C., 2018.
- Organización Panamericana de la Salud, (OPS). (2019). Cáncer Cervicouterino. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
- Páez, M., Rodríguez Riveros, M.I., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E. y Lampert, N., et al. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 48(1), 37-44. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-201600>
- Peñaranda Correa, F., López Ríos, J.M., & Molina Berrío, D.P. (2017). La educación para la salud en la salud pública: un análisis Pedagógico. *Hacia la Promoción de la Salud*,22(1),123-133. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a10.pdf>
- Pérez Cruz, J., y Gardey Romero, A. (2010). Definición de práctica. Recuperado de: <http://definicion.de/practica/>
- Pérez Martínez, M., Basain Valdés, J., Valdés Alonso, M., Toraño Cáceres, O., Alvarez Vltres, M., & Gortaza Marrero, L. (2018). Enseñanza de acciones preventivas del cáncer cervicouterino en el proceso de formación del estudiante de medicina. *Panorama. Cuba y*

- Salud*, 13(1). Recuperado de <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/791>
- Piña Napal, J.C., Crespo Campos, G., Fando Calzado, R., Casanova Corona, G., Curbelo Toledo, M. y Guerra Rodríguez, M.M. (2016). Identificación molecular de genotipos papilomavirus humanos en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 288-298. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300009&lng=es&tlng=es)
- Ramos Águila, Y.C., Marimón Torres, E.R., Crespo González, C., Junco Sena, B. y Valiente Morejón, W. (2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(4), 619-629. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es&tlng=es)
- Rodríguez Hernández, N., Romero Pérez, T., López Prieto, M.L., Cobas López Santos, C.A. y Martínez Carmona, Y. (2019). Nivel de conocimiento sobre exámenes diagnósticos para la detección precoz del cáncer colorrectal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2), 286-294. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000200286&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200286&lng=es&tlng=es)
- Ruiz Leud, A., Bazán Ruiz, S. y Mejía, Ch.R. (2017). Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(1), 26-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000100005>
- Salvent Tames, A. y Romero Viamonte, K. (2017). Cito-Colpo-Histological Correlation in Premalignant Cervical Lesions. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(3), 4-14. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000300002&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300002&lng=es&tlng=en)
- Sanabria Hernández, N. (2013). Conocimiento, práctica y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. *Enfermería en Costa Rica*, 12(3), 27. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art4.pdf>
- Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia (SAGO). Protocolo para el diagnóstico precoz y tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino, 2015, p.78. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cntmanual\\_recomendaciones\\_tamizaje\\_2015\\_baja.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cntmanual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf)
- Sociedad Europea de medicina oncológica (ESMO). (2012). Cáncer de cuello uterino: una guía

para pacientes. Recuperado de:  
<https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>

Vásquez Bonilla, W., Rotela Fisch, V. y Ortiz Martínez Y. (2017) Virus del papiloma humano: Revisión de la literatura. *CIMEL*, 22, 72-76. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/315764392\\_Virus\\_del\\_papiloma\\_humano\\_Revisión\\_de\\_la\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/315764392_Virus_del_papiloma_humano_Revisión_de_la_literatura)

Vega Chávez, J., Gutiérrez Enríquez, S.O. y Terán Figueroa, Y. (2009). Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cérvicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. *Invest Educ Enferm*, 27(2):201-208.

Weisner, C. (2018). Salud pública y epidemiología del cáncer en Colombia. *Colombia Médica*, 49 (1), 13-15. Recuperado de <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA541287479&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=16579534&p=IFME&sw=w>

## **ANEXOS**

### **Anexo A. Consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, María Alexandra Tamayo Freire, posgradista de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Educación a mujeres adultas sobre la importancia del examen de Papanicolaou. Gualiñag, 2018-2019”. Se entrevistará a las mujeres de 25 a 64 años de la comunidad Gualiñag para determinar el conocimiento que poseen sobre la prueba de Papanicolaou. A partir de los resultados obtenidos, se realizará una intervención educativa dirigida a estas mujeres, con el propósito de lograr elevar el conocimiento sobre la prueba mencionada. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La intervención en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación y la decisión de la misma es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar el estudio cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

## **Anexo B. Cuestionario de investigación**

### **Encuesta en relación a la importancia del examen del Papanicolaou**

Estimada usuaria: a continuación, aparecen varias preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y otros relacionados con el conocimiento sobre el examen del Papanicolaou y su práctica, usted debe escribir una cruz (X) al lado de la opción que seleccione y en otros casos debe justificar su respuesta refiriendo el porqué de la misma. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Pueden existir preguntas en las que sólo se puede responder a una opción; otras son de varias opciones. Muchas gracias por tu colaboración.

#### **I.- DATOS GENERALES**

**Nombre y Apellidos:**

**Código:**

**1. Edad:** .....

**2. ¿En qué grado término los estudios?**

1. Analfabeta
2. Alfabeto
3. Básica sin terminar
4. Básica
5. Bachiller
6. Superior

**3. ¿Cuál es su estado civil?**

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Viuda
5. Divorciada
6. Separada

**4. ¿Cuál es su ocupación?**

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Trabajadora
4. Pensionada
5. Jubilada

#### **II. CONOCIMIENTO SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

**5. ¿En qué consiste el examen de Papanicolaou?**

1. Examen de sangre
2. Examen de orina
3. Examen del cuello del útero

4.  Examen para detectar si hay embarazo

**6. ¿Por qué se le recomienda el examen de Papanicolaou a las mujeres?**

1.  Para detecta el cáncer de cuello uterino
2.  Para detectar una infección urinaria
3.  Para evitar flujos vaginales
4.  Para detectar infecciones uterinas

**7. ¿Conoce usted quienes se deben realizar el examen de Papanicolaou?**

- a)  Mujeres que tienen hijos varios hijos.
- b)  Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años.
- c)  Mujeres fumadoras.
- d)  Mujeres en edades comprendidas entre 30 y 64 años.

**8. ¿Con qué frecuencia debe acudir a realizarse el examen de Papanicolaou?**

1.  Cada 6 meses
2.  Cada 1 año
3.  Cada 2 años
4.  Cada 3 años
5.  Cada 5 años

**9. Qué requisitos debes tomar en cuenta para realizarte el examen de Papanicolaou**

Acudes a realizarte el examen de Papanicolaou:

- a. ¿Después de terminar la menstruando?
- b. ¿Cuándo te hiciste duchas vaginales?
- c. ¿Cuándo estas usando óvulos?
- d. ¿Tres días después de la última relación sexual para acudir?
- e. ¿Cuándo presentas flujo vaginal?

**III. TEST DE PRÁCTICAS SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

**10. ¿Se ha realizado el examen de Papanicolaou?**

Si (1)  No (0)

\* Si la respuesta es NO, conteste solo la pregunta 13.

**11. ¿Te realizarías nuevamente el examen de Papanicolaou?**

Si (1)  No (0)

**Si es no por qué:**

**12. ¿Por qué se ha realizado el examen de Papanicolaou?**

- a.  Por indicación del Profesional.
- b.  Por iniciativa propia
- c.  Porque me lo recomendó una amiga
- d.  Por publicidad radial y televisiva

**13. ¿Su pareja está de acuerdo con la realización del examen de Papanicolaou?**

Si (1)  No (0)  No sabe (3)

**Si es no por qué:**

**14. ¿Cuándo fue su última toma del examen de Papanicolaou?**

- a.  Hace 1 año
- b.  Hace 2 años
- c.  Hace 3 años
- d.  más 5 años.

**15. ¿Cuántos examen de Papanicolaou te has realizado en tu vida?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. Mayor 5

**16. ¿Cuándo has asistido a realizarte el examen de Papanicolaou en alguna ocasión has decidido no realizártelo?**

Si (1)  No (0)

Si es no por qué:

**17. ¿Recogió su resultado de Papanicolaou en el tiempo indicado?**

Si (1)  No (0)

Si es no por qué:

**18. ¿Cuándo ha recogido el resultado del examen de Papanicolaou ha cumplido con las indicaciones del personal de salud?**

Si (1)  No (0)

Si es no por qué:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Fuente: Moncayo León (2016)

## Anexo C. Tablas referenciales de los gráficos utilizados

**Tabla 3-4.** Distribución de mujeres adultas según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou (pretest)

Nivel de conocimiento	n	%
No satisfactorio	48	66,67
Satisfactorio	24	33,33
Total	72	100

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: M. Alexandra Tamayo F.

**Tabla 6-4.** Distribución de mujeres adultas según la realización de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención

Realización de prueba de Papanicolaou	n	%
Se realizaron la prueba	16	22,22
No se realizan la prueba	56	77,78

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: M. Alexandra Tamayo F.

**Tabla 7-4.** Distribución de mujeres adultas según la práctica de la prueba de Papanicolaou antes de la intervención.

Tiempo del último Papanicolaou	n	%
Adecuada	5	6,94
Inadecuada	67	93,06
Total	72	100,00

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: M. Alexandra Tamayo F.



**Tabla 12-4.** Distribución de pacientes según nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou después de la intervención (postest)

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No satisfactorio	11	15,28
Satisfactorio	61	84,72
Total	72	100,00

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.

**Tabla 13-4.** Distribución de pacientes según la práctica de la prueba de Papanicolaou posterior a la intervención (postest)

<b>Práctica de la prueba de Papanicolaou</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adecuada	51	70,83
Inadecuada	21	29,17

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** M. Alexandra Tamayo F.