

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, Centro de Salud No #1. Año 2021.

AUTOR:

Retamozo Mattos Heider Ariel

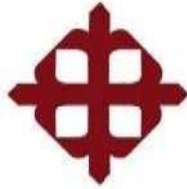
Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

Giraldo Barbery Enrique José

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Heider Ariel Retamozo Mattos*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Enrique José Giraldo Barbery

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Heider Ariel Retamozo Mattos

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, centro de salud No #1. Año 2021, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Heider Ariel Retamozo Mattos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Heider Ariel Retamozo Mattos

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, centro de salud No #1. Año 2021, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Heider Ariel Retamozo Mattos.

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	Dr. RETAMOZO M. HEIDER ARIEL.pdf (D126699506)
Submitted	2022-01-31T21:44:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	heider_6@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	xavier.landivar.ucsg@analysis.urkund.com

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Xavier Landivar".

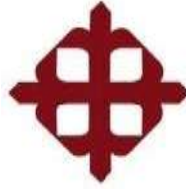
Sources included in the report

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme las fuerzas para afrontar este reto en mi vida, al estado Ecuatoriano por la oportunidad que me dio para realizar este posgrado.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi esposa Jasmin y a mis hijos, mis K queridos para que sea fuente de inspiración para su futuro, que todo lo que nos proponemos y lo que hacemos con amor y dedicación pero sobretodo bajo el amparo de Dios lo podemos lograr, no rendirse jamás ante un sueño, la vida nos traerá dificultades pero esas dificultades se afrontan con valentía y fe.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

VIII



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA III COHORTE



ACTA DE CALIFICACIONES

TEMA: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, centro de salud No #1. Año 2021. POSGRADISTA: Heider Ariel Retamozo Mattos

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				

NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Observaciones: _____ Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	3
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	3
2.2 FORMULACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
3.1 General.....	5
3.2 Específicos.....	5
4.MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	6
4.1.1 Epidemiología.....	7
4.1.2 Historia natural de la enfermedad.....	8
4.1.3. - Etiopatología del cáncer cérvico uterino.....	8
4.1.4 Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino.....	9
4.1.5. -Citología del cáncer cérvico-uterino.....	11
4.1.6.1.3.- Lesiones premalignas.....	14
4.1.7. - Criterios para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino en Ecuador.....	15
4.1.8. - Prevención del CACU.....	17
4.1.9. - Plan de acción de la OMS.....	19
4.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	20
5.-MÉTODOS.....	22
5.1- NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
5.2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	22
5.3.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	22
5.4.- JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	22
5.4.1.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	22
5.4.2.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	23
5.4.3.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
5.4.4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
5.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	23
5.6.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	25
5.7.- TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
6. VARIABLES.....	27
6.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
8. CONCLUSIONES.....	42
9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
REFERENCIAS.....	44
ANEXO 1.....	48
ANEXO 2.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años, según estado civil, consultorio No #1 centro de salud No#1. Año 2021.	30
Tabla 3 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años, según Etnia, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	31
Tabla 4 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según escolaridad, consultorio No #1 centro de Salud No #1. Año 2021.	32
Tabla 5 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años. Según Ocupación, consultorio No #1 centro de salud No #1, Año 2021.	33
Tabla 6 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	34
Tabla 7 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según control de Papanicolaou cada tres años, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	34
Tabla 8 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según el motivo porque no se realiza el Papanicolaou, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	35
Tabla 9 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según las promiscuidad, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	36
Tabla 10 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según la Paridad, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	36
Tabla 11 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años tipos de técnicas de estudios, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	37
Tabla 12 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años frecuencia al mes del desarrollo de las actividades educativas (A.E.), consultorio No #1 centro de Salud No #1. Año 2021.	38
Tabla 13 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según el horario para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	38
Tabla 14 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según las horas para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	39
Tabla 15 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años lugar para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	40
Tabla 16 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años tamaño de los grupos de personas para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.	40

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	48
ANEXO 2: Banco de preguntas.....	49
ANEXO 3: Estrategia educativa.....	52

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer cérvico uterino es un problema público a nivel mundial y regional, Ecuador ocupa el séptimo puesto en la región de las Américas. Es una enfermedad prevenible y curable si se la detecta a tiempo.

La prueba del Papanicolaou ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno del cáncer cérvico-uterino, su utilización periódica reduce de manera importante la morbimortalidad. El tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo (1). El cáncer cérvico-uterino es un fenómeno multifactorial. Los profesionales de la salud juegan un papel importante, en la promoción del tamizaje. (2). **Métodos:** En este proyecto de investigación se aplicara de manera descriptiva en mujeres en edad de 30 a 59 años en una población de 168 mujeres, se hará un estudio de tipo transversal, observacional y prospectivo. **Resultados:** El 62% de la población corresponde al rango de 30 -34 años, el 31.5% es de estado civil unión libre, el 79,8% es mestiza, con ingresos económicos adecuados en un 100%, el 38,7% es bachiller, 58,9% son ama de casa , el 62,5% si conoce sobre el cáncer cérvico uterino, 57,7% Papanicolaou actualizado, las pacientes tienen temor a realizar el PAP en un 15,5%, desinterés 9,5%, desconocimiento 8,8%, otros 8,3%, pareja sexual una en un 75,6%, parto uno 21,4%, el 56,5% desea charlas, dos veces al mes en un 55,4%, en la mañana 53%, una hora 94,6%, centro de salud 85,1%, de 2 a 5 personas 57,7%. **Conclusión:** La población femenina conoce sobre el cáncer cérvico uterino, se realizan controles periódicos, un porcentaje significativo no se hace PAP.

Palabras Clave: cáncer cérvico uterino, prevención, promoción.

ABSTRACT

Background: Cervical-uterine cancer is a public problem worldwide and regionally, Ecuador occupies the seventh position in the region of the Americas. It is a preventable and curable disease if it is detected early.

The Papanicolaou test has been used for the timely diagnosis of cervical-uterine cancer, its regular use significantly reduces morbidity and mortality. Screening and treatment of premalignant lesions have a lower cost (1). Cervical-uterine cancer is a multifactorial phenomenon. Health professionals play an important role in promoting screening. (2). **Methods:** In this research project it will be applied descriptively in women aged 30 to 59 years in a population of 168 women, a cross-sectional, observational and prospective study will be carried out. **Results:** 62% of the population corresponds to the range of 30 -34 years, 31.5% is in a free union marital status, 79.8% is mestizo, with adequate income in 100%, 38.7% is high school, 58.9% are housewives, 62.5% if they know about cervical cancer, 57.7% updated Pap smear, 15.5% of patients are afraid to perform the PAP, lack of interest 9.5 %, ignorance 8.8%, other 8.3%, sexual partner one in 75.6%, childbirth one 21.4%, 56.5% want talks, twice a month in 55.4%, in the morning 53%, one hour 94.6%, health center 85.1%, from 2 to 5 people 57.7%. **Conclusion:** The female population knows about cervical cancer, periodic controls are carried out, a significant percentage does not have PAP.

Key Words: cervical cancer, prevention, promotion.

1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer cérvico-uterino (CaCu). Es un problema de salud pública mundial. Es una causa preocupante de muerte en mujeres de todo el mundo, ocupando el cuarto lugar en la frecuencia de cánceres diagnosticados y el cuarto en la mortalidad femenina.

El cáncer de cérvico-uterino se puede prevenir y también se puede curar si se detecta a tiempo y se trata adecuadamente.

El examen del Papanicolaou se ha utilizado para el diagnóstico rápido de lesiones proliferativas del cáncer de cuello uterino y se ha demostrado que reduce significativamente la incidencia y la mortalidad de la patología con el uso regular. A largo plazo, el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas tienen importantes beneficios a un costo menor que el tratamiento médico y quirúrgico del cáncer de cuello uterino (1). La adherencia a la detección del cáncer de cuello uterino es un fenómeno multifactorial que debe abordarse. Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la facilitación del cribado, y las mujeres deben ser proactivas en su conocimiento y conciencia, teniendo en cuenta que la calidad de la atención también tiene un impacto significativo en esa decisión de cribado. O no Papanicolaou. (2) el 96,1% de cáncer de cuello uterino se produjo después de los 30 años. (3), la prevención del cáncer es una serie de acciones encaminadas a reducir el riesgo de cáncer. La prevención del cáncer reduce el número de casos nuevos en grupos o poblaciones. Esto puede reducir el número de muertes por cáncer (4).

2. EL PROBLEMA

2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO

El Cáncer cérvico-uterino (CaCu) Es un problema de salud pública mundial. En 2018, hubo 570,000 muertes (equivalente a 66 de todos los cánceres en mujeres), para un total de 311,000 muertes, ocupando el cuarto lugar en la frecuencia de cánceres diagnosticados y el cuarto en la mortalidad femenina

En el año 2012 fallecieron en el Ecuador 9709 personas por cáncer, de ellas 4255 en el grupo de edad de 30 a 69 años, 664 mujeres fallecieron como consecuencia de cáncer de cuello del útero.

Más de 1.600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino se diagnostican cada año en Ecuador (2018), por lo que es la segunda causa principal de muerte por cáncer en mujeres de 20-69 años (12). En la ciudad de Guayaquil, la tasa ha tenido una tendencia a estabilizarse e ir decreciendo en los últimos años observándose una tasa de 7,05 en el 2009; 5,65 en el 2011; 4,51 en 2014 y en el 2018 con 4,24 muertes por cada 100.000 mujeres. (3).

Ecuador ocupa el séptimo lugar en la región después de Chile entre los países con las tasas más altas de cáncer de cuello uterino (2). Y es el que afecta con mayor frecuencia a las mujeres de muchas zonas en desarrollo económico (5). Se ignora el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre la prevención del cáncer cérvicouterino.

Se ha observado que la cobertura del Papanicolaou es muy bajo en el centro de salud número uno. Por lo que es importante investigar el nivel de conocimiento de las mujeres 30 a 59 años pertenecientes al centro de salud número uno sobre la prevención del cáncer cérvico uterino.

2.2 FORMULACIÓN

¿Qué elementos se pueden considerar para el diseño de una estrategia de prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 a 59 años pertenecientes al consultorio uno centro de salud número uno?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1 del Centro de salud No #1. Año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer cérvico-uterino en la población de estudio.
- Determinar los componentes de la estrategia educativa.
- Elaborar una estrategia educativa sobre la prevención del cáncer cérvicouterino dirigida a las mujeres en edad 30 a 59 años asignadas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es una causa preocupante de muerte en mujeres de todo el mundo. La historia del cáncer de cuello uterino comienza a principios de la década de 1970 y el científico alemán Harald zur Hausen reabrió la hipótesis de que el cáncer de cuello uterino es producto de infecciones virales de enfermedades infecciosas de transmisión sexual. Esto detectará que el cáncer de cuello uterino está presente actualmente. Una vacuna puede prevenir una cantidad significativa de infecciones asociadas con el cáncer de cuello uterino. En 1983, se identificaron la cepa 16 y más tarde la cepas 18 como causa de cáncer y ahora son objeto de un nuevo estudio para comprender todos los aspectos de este cáncer y su propensión a persistir y a la transformación celular. La enfermedad tiene un impacto social significativo, con nuevos casos cada 10 horas y muertes cada dos días. Es por eso que toda la comunidad médica debe actualizarse para concienciar sobre la importancia de la prevención y el cribado. No solo es muy importante, sino que mejora las tasas de supervivencia de los pacientes con las afecciones médicas mencionadas anteriormente (1).

El cáncer de cuello uterino se puede detectar temprano con el Papanicolaou, y este determina el paso para determinar el manejo adecuado, requiere que los médicos se mantengan actualizados sobre las nuevas medidas preventivas, como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). El objetivo es que los médicos tengan información actualizada sobre la profilaxis centrada en la vacuna contra el VPH, determinando también la importancia de la indicación del Papanicolaou y determinar el manejo según el resultado de la citología patológica obteniendo del frotis (1).

Cáncer de cuello uterino (CaCu) Es un problema de salud pública mundial. En 2018, hubo 570,000 muertes (equivalente al 6,6% de todos los cánceres en mujeres), para un total de 311,000 muertes, ocupando el cuarto lugar en la frecuencia de cánceres diagnosticados y el cuarto en la mortalidad femenina. Aproximadamente, el 90% de las muertes por CaCu acontecieron en países de

bajos y medianos ingresos económicos, cuando la enfermedad se detecta temprano y el acceso a un tratamiento eficaz es oportuno, mejora el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Inicia como una lección premaligna a la que se conoce como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Hay tres etapas definidas: el tipo I es leve, el tipo II es moderado y, finalmente, el tipo III es grave. Un estudio realizado donde se dice que la evolución dura de 10 a 20 años. Esto significa que los médicos y los pacientes tienen el tiempo suficiente para diagnosticar su afección, que conduce a un cáncer invasivo (2).

4.1.1 Epidemiología.

El CaCu se considera un problema mundial y sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres, ya que ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama en las mujeres. Según la OMS, 72,000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, de las cuales 34,000 murieron en América en el 2018. (2).

La incidencia de CaCu en Ecuador es de 1600 casos diagnosticados por año, en mujeres de 20 a 69 años, esta es la segunda causa más común por cáncer. Según GLOBOCAN, Ecuador ocupa el séptimo lugar en la región después de Chile entre los países con mayor incidencia de cáncer de cuello uterino.

Las mujeres jóvenes menores de 15 años rara vez desarrollan CaCu, pero las mujeres mayores de 40 años tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y deben someterse a exámenes de detección del cáncer de cuello uterino, como son el Papanicolaou y la genotipificación del Virus del Papiloma Humano (VPH), determinando lecciones pre malignas que se pueden tratar evitando su evolución. Más de 1.600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino se diagnostican cada año en Ecuador, por lo que es la segunda causa principal de muerte por cáncer en mujeres de 20-69 años (12).

En la ciudad de Guayaquil, la tasa de mortalidad ha dado un decrecimiento de sus casos observándose una tasa de 7,05 en el 2009; 5,65 en el 2011; 4,51 en el 2014 y en el 2018 con 4,24 muertes por cada 100.000 mujeres (3).

4.1.2 Historia natural de la enfermedad

El cáncer de cuello uterino que comienza en el epitelio cervical debido a serotipos oncogénicos persistentes del virus del papiloma humano, progresa inicialmente lentamente como lesiones precancerosas y progresiva evolución en el epitelio cervical, es una alteración en las células que comienza en la unión escamosocolumnar del exocérvix y endocervix (5). Las lesiones progresan a carcinoma in situ y pueden o no penetrar la membrana basal, invadiendo así los tejidos adyacentes y convertirse en cánceres micro invasores, es menos probable que lleguen a los vasos linfáticos de continuar su infiltración se convierte en el denominado carcinoma francamente invasivo. Se necesitan muchos años para que las lesiones intraepiteliales progresen, lo que permite la detección y el tratamiento de estas anomalías preinvasivas. Esta historia natural hace que el cáncer de cuello uterino sea prevenible mediante técnicas de promoción y prevención (4).

4.1.3. - Etiopatología del cáncer cérvico uterino

Se cree que existe un vínculo entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino, y más tarde se identificaron tipos de VPH de alto riesgo (relacionados con su alta carcinogenicidad) y ahora hay más de 200 virus. Genotipos de bajo riesgo: 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 71, 72 y 81, usualmente se encuentran presentes en lesiones de tipo verrugas vulgares, planas, plantares y verrugas genitales. Por el contrario, los genotipos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) se originan a partir de lesiones intraepiteliales (pre maligna), o si son invasivos (cáncer), los genotipos 16 y 18 son los más comunes y se ha establecido que están asociados con el desarrollo de 70% de lesiones precancerosas y cancerosas. El VPH 16 está asociado con el carcinoma de células escamosas 54% y el adenocarcinoma 41%, lo que lo convierte en uno de los principales VPH de alto riesgo. El VPH 18 es el segundo tipo más común y causa los cánceres epidemiológicos 11% y 37% de adenocarcinoma (7).

4.1.4 Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino

Se cree que estos factores son las principales causas de la aparición de CaCu. Entre ellos están:

4.1.4.1 Inicio de vida sexual antes de los 18 años.

Tener relaciones sexuales antes de los 18 años aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Durante la adolescencia, el cuello uterino es inmaduro y tiene una zona muy susceptible para captar el papiloma viral humano. Además, cuantas más parejas sexuales tenga una mujer, más probabilidades tendrá de desarrollar cáncer de cuello uterino (6). Si el compañero sexual por su parte, es promiscuo, tiene antecedentes de enfermedades de transmisión sexual la probabilidad es aún mayor y es considerado varón de riesgo

4.1.4.2.- Múltiples parejas sexuales.

Las personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas por placer o satisfacción sexual se pueden infectar con esta enfermedad, porque estas mujeres aumentan el riesgo y pueden infectarse con el VPH cuando tienen relaciones sexuales con más de una pareja sexual y es una de las causas más comunes de enfermedad de transmisión sexual.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promiscuidad ocurre cuando un sujeto tiene más de dos parejas sexuales en menos de seis meses. (26)

4.1.4.3.- Infección por VPH.

Se cree que las enfermedades de transmisión sexual, especialmente las causadas por oncovirus, son causadas principalmente por la infección con el virus del papiloma humano (VPH), que coexiste con los humanos porque desencadenan una enfermedad de transmisión sexual. La neoplasia intraepitelial conocida comienza como una enfermedad de transmisión sexual. Tanto en hombres como en mujeres, el virus del papiloma, que produce lesiones en el epitelio genital, progresa lentamente a cáncer si no se trata (10).

La inmunosupresión en general juega un papel fundamental en el desarrollo del cáncer, sea por tratamiento o no, como es el caso de las personas que han

tenido un trasplante de órganos o de los pacientes con sida. Las mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VIH) son más susceptibles a la NIC y el principal tipo de VPH que causa el cáncer de cuello uterino, debido a un trastorno del sistema inmunológico (12). Varios factores dificultan la aparición y progresión de la infección por VPH en mujeres VIH positivas, el grado de inmunodeficiencia evaluado por el número absoluto de células plasmáticas de linfocitos CD4, la duración de la supervivencia, los tipos de VPH implicados y el nivel de inmunodeficiencia y lesiones.

4.1.4.4.- Tabaquismo.

Se considera que fumar es un desencadenante porque la acumulación de la nicotina y sus productos de degradación, la cotonina, en las células de la vigilancia inmunitaria de las glándulas productoras de moco interfiere con la función celular normal (11).

4.1.4.5.- Deficiencia de vitaminas y ácido fólico.

Algunos autores citan factores de riesgo:

Una dieta baja en sustancias vitamínicas como vitaminas A, C, E y beta carotenos, una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico, que favorece la prolongación y progresión de la infección por virus del papiloma humano. Análisis de lesiones de NIC I a NIC II, III y cáncer de cuello uterino (7).

4.1.4.6.- Uso de anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos orales pueden aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino, al alterar las células del cuello uterino haciéndola susceptible a la infección de tipos de VPH de alto riesgo (que causa cáncer de cuello uterino) (3).

4.1.5. -Citología del cáncer cérvico-uterino.

En la citología cérvicovaginal se extrae muestra de la unión del epitelio escamocolumnar para detectar cambios celulares citopáticos importantes que ayudan a clasificar con precisión a las pacientes de alto o bajo riesgo y proporcionan su diagnóstico diferencial. Riesgo potencial de cáncer (5). Este es un estudio de detección y está destinado a detectar displasia, no como una modalidad de diagnóstico. En nuestro país, la tasa de cobertura de las pruebas anteriores se reportó en el 45,5% en 2012. Lo ideal sería que los resultados de este estudio fueran 30 días después del procedimiento, aunque existe una clara solicitud de una mujer sexualmente activa, grupo de edad 25- 64 años o paciente relacionado. Debe quedar registrado en la historia clínica. También deberá proporcionar un comprobante de entrega a la persona bajo investigación.

4.1.5.1. - Carcinoma de células escamosas.

La estirpe epitelial representa la diversidad histológica más común en el cáncer de cuello uterino. El carcinoma de células escamosas representa 80% de casos y es el resultado de una lesión intraepitelial cervical de alto grado.

4.1.5.2. - Adenocarcinoma cervical.

Esta estirpe histológica es menos frecuente, representa el 15% de todos los casos, su precursor es el adenocarcinoma epitelial in situ, que puede ser etimológicamente débil, y su composición citológica es glandular y se ve en el canal endocervical (8).

4.1.5.3. - Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos.

Estas lesiones representan el 5% de los tumores asociados al cáncer de cuello uterino, asociado principalmente a los serotipos 16 y 18 que son de alto riesgo, y han sido la causa de 80% de los casos reportados. Esta condición se presenta en la unión escamocolumnar afectada citológicamente produciendo cambios

por los procesos infecciosos. Puede variar según el proceso infeccioso estudiado (9).

4.1.6. – Clínica del CaCu.

Éstos dependen del estadio, inicialmente es asintomático y luego se presenta con síntomas inespecíficos como dispareunia, sangrado vaginal después del acto sexual o sangrado vaginal leve. En etapas más graves puede haber sangrado vaginal, aumento del flujo serosanguinolento acompañado o no de mal olor, dolor pélvico o lumbar cuando encontramos lesiones necróticas, hematuria, urgencia rectal y edema de las extremidades inferiores.

Otro síntoma es el sangrado (metrorragia) o manchado las cuales pueden ser indoloro e intermitente que se produce sólo después de las relaciones sexuales o al realizar duchas vaginales, pero este no es el síntoma más común (sangrado vaginal anormal o descarga) (10). A medida que aumentaba la malignidad, los episodios hemorrágicos se volvían más abundantes, más frecuentes y más duraderos. Los pacientes también pueden interpretar lo que parece ser un aumento de la cantidad y la duración de sus períodos normales. El sangrado puede continuar. En mujeres posmenopáusicas, con sangrado abundante debe instaurarse el tratamiento temprano.

4.1.6.1.- Virus del papiloma humano.

El virus del papiloma humano (VPH) es la causa más común de infecciones virales en el aparato reproductor tanto como en hombres como en mujeres.

La mayoría de las mujeres y los hombres que tienen relaciones sexuales se infectan en algún momento de sus vidas y algunos pueden desarrollar infecciones recurrentes. El momento pico de infección en hombres y mujeres es poco después del inicio de la vida sexual. El VPH se transmite sexualmente, pero la infección no requiere la penetración para que haya el contagio. El contacto directo de piel a piel en el área genital es un modo reconocido de la transmisión (4).

Se han reportado más de 300 subtipos, detallando un potencial carcinogénico significativo en algunos de ellos, principalmente asociado a los serotipos 16 y 18 y causando 70% casos de CaCu (4).

4.1.6.1.1. - Como evoluciona el VPH.

La mayoría de las infecciones por VPH remiten espontáneamente y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven por sí solas, pero todas las mujeres corren el riesgo de contraer una infección crónica por VPH y las lesiones evolucionen a cáncer de cuello uterino invasivo.

En mujeres con sistemas inmunitarios normales, el cáncer de cuello uterino puede tardar de 15 a 20 años en desarrollarse. Puede llevar de 5 a 10 años para las mujeres con inmunidad comprometida, como las mujeres con VIH no tratado.

4.1.6.1.2. - Lesiones benignas asociadas al VPH.

4.1.6.1.2.1. -Verrugas genitales, condiloma acuminado y condiloma plano.

Las verrugas comunes son lesiones potencialmente benignas asociadas con el virus del papiloma humano, que ocurren en adultos jóvenes y afectan el sistema mucotegumentario principalmente por causas de los serotipos 2, 4 y 40. En la zona bucal, suelen estar en el borde bermellón, el delineado de los labios o la lengua. Estructuralmente, se caracterizan por una distribución papilar o granular, son indoloras, la base es pediculada o pedunculada, blanca o rosada, y pueden aparecer simples o conglomerado / múltiple. Las verrugas genitales son las enfermedades de transmisión sexual más comunes en el mundo, se asocian principalmente con los serotipos 6 y 11 de bajo riesgo y se manifiestan como el crecimiento de lesiones verrugosas. Limitado lentamente a vulva, vagina, cuello y ano. En el pene y con menos frecuencia en la laringe.

El condiloma acuminado es una lesión común en individuos de la segunda década de la vida y generalmente afecta la mucosa genital, el recto y la uretra, pero afecta las encías, las mejillas, los labios y el paladar duro. La infección se debe principalmente a infecciones de transmisión sexual y, en general, se cree

que la causa es el serotipo 11. Forma de coliflor y posee una superficie digitiforme, crecimiento lento, blanco rosado según el grado de queratinización. Estas lesiones, a su vez, ocurren solas formando o conglomerados/racimos en el área ano genital. Aun el tipo acuminado es fácil de identificar, la deformación de las verrugas planas puede ser un desafío diagnóstico para los médicos sin experiencia.

4.1.6.1.3.- Lesiones premalignas.

4.1.6.1.3.1.- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y carcinoma in situ.

La eliminación del VPH por un sistema inmunológico competente ocurre durante un período de 1 a 2 años. Si el riesgo de carcinogenicidad es alto y los serotipos con mecanismos específicos involucrados en la transmisión son persistentes, indican un riesgo significativo de desarrollar lesiones precancerosas.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) llamada afección cancerosa precervical. Las células displásicas se encuentran en el epitelio y el núcleo y el citoplasma están atrofiados. Es un estado reversible incluso de forma espontánea.

Histopatológicamente, la NIC se puede dividir en tres categorías:

4.1.6.1.3.1.1.- NIC I o displasia leve.

Se considera una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) y se refiere al diagnóstico histopatológico de procesos infecciosos asociados al VPH que involucran el tercio proximal de la membrana basal, tasa regresiva altamente espontánea y explicada. El tratamiento se basó en la observación regular, ya que solo 10-15% los casos progresaran a una modalidad superior. El tratamiento se basa en la observación continua. (7)

4.1.6.1.3.1.2.- NIC II o displasia moderada.

Este concepto se entiende como evidencia de displasia moderada clasificada como lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Esta entidad, que afecta prácticamente todo el grosor respeta el tercio distal, en realidad

representa una lesión que probablemente progresará, pero la tasa de regresión espontánea varía dentro del 40%. Sin embargo, a diferencia de la NIC I, estas lesiones se tratan para disminuir su progresión potencial a casos graves. (7)

4.1.6.1.3.1.3.- • NIC III o displasia severa.

El espesor total del epitelio no excede la membrana basal, existe displasia severa, y esta lesión es un verdadero precursor del cáncer de cuello uterino y por lo tanto requiere tratamiento inmediato. (7)

4.1.7. - Criterios para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino en Ecuador.

4.1.7.1.- Inclusión.

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. Edad de inicio de vida sexual antes de los 16 años. (3)

4.1.7.2.- Exclusiones.

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.
- Mujeres con cáncer de cérvix previo. (3)

4.1.7.3. - Prueba de ADN para VPH por captura híbrida II.

No se recomienda la prueba de ADN para VPH por captura híbrida II en la población adolescente. Se recomienda la prueba de ADN para VPH por captura híbrida II una vez cada 3 años para las mujeres que han resultado negativas a esta prueba. La prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH) es una prueba de detección primaria que es más sensible y tiene mejores predicciones negativas que la prueba de Papanicolaou. La prueba de ADN para VPH por captura híbrida II, mejora significativamente el rendimiento diagnóstico de detección de muestras por autotoma.

Como estudio de detección de la población objetivo, la prueba II de ADN del VPH con hibridación mejorada se incorporará gradualmente al sistema. La prueba de Papanicolaou se recomienda para mujeres que son positivas al ADN del VPH por hibridación I y en aquellos establecimientos de salud que aún no se introduce la nueva técnica (test de ADN para VPH). La prueba de ADN de captura híbrida de HPV se recomienda para mujeres mayores de 30 años.

La prueba de ADN de captura híbrida II de HPV no se recomienda para poblaciones de adolescentes. No se recomienda la prueba de ADN para VPH por captura híbrida II en mujeres menores 30 años o mayores 64 años, para aquellas se continuará realizando la prueba de Papanicolaou. La prueba de captura híbrida II del ADN del VPH se recomienda cada 3 años para las mujeres que dan negativo en la prueba. Las pruebas de ADN del VPH (incluyendo el VPH y el VPH 16/18 HR pruebas) no se recomienda para las siguientes situaciones:

- Decidir si vacunar contra el VPH;
- La realización de detección de ETS para el VPH;
- Triage LSIL;
- Adolescentes de pruebas de edad <21 años; y

La detección del cáncer cervical primaria como una prueba independiente (es decir, sin una prueba de Papanicolaou).

4.1.8. - Prevención del CACU.

En 2017, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre la prevención y el tratamiento del cáncer como parte de un enfoque integrado. Esto alienta a los Estados Miembros a desarrollar e implementar planes integrales de prevención y manejo del cáncer con un enfoque en la rentabilidad, entre otras intervenciones. Intervención, equidad y acceso. (4)

4.1.8.1.- Vacunación.

La vacuna contra el VPH se ha incluido en el programa nacional de inmunización desde 2006. Desde principios de la década de 1970, se han establecido programas de detección del cáncer de cuello uterino en la mayoría de los países de la región y epidemias. Se han establecido servicios de tratamiento del cáncer de cuello uterino en la mayoría de los países.

Actualmente, hay tres tipos de vacunas contra el VPH en el mercado que tienen efectos preventivos relativamente similares contra el cáncer de cuello uterino. Vacunas bivalentes, tetravalentes y sin quimioterapia.

La OMS recomendó un esquema de dos dosis en 2014, y el cambio fue aprobado el año siguiente por el Grupo Técnico Asesor de Inmunizaciones de la OPS. Hasta la fecha, 31 países y territorios de las Américas han integrado la vacuna contra el VPH en sus programas nacionales de inmunización.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador planifica un programa de vacunación contra el VPH para grupos de mujeres 9 años después de la primera dosis y 6 meses después de la segunda dosis. Tasas de cáncer de cuello uterino.

4.1.8.1.1.- Cribado.

Un examen de cuello uterino toma una muestra de células del cuello uterino para buscar signos de cáncer de cuello uterino. Hasta hace poco, el método estándar para detectar el cáncer de cuello uterino era la prueba de Papanicolaou, que busca anomalías en muestras del cuello uterino. El estudio de Papanicolaou redujo la incidencia de cáncer de cuello uterino en un 60-90% y la tasa de mortalidad en un 90%. se ha introducido una prueba de detección del ADN del

VPH que tiene una mayor sensibilidad para la NIC de alto grado respecto a la prueba de Papanicolaou y se ha demostrado que proporciona un 60%-70% más de protección contra el cáncer invasivo en comparación con esta última.

4.1.8.2. - Papanicolaou.

El test de Papanicolaou, conocido como PAP, es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero, y se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio.

Para lograr que el programa tenga impacto, la cobertura del tamizaje debe llegar al menos a 70% la población destinataria.

La frecuencia de realización del tamizaje depende de cuestiones ligadas a la efectividad comparativa de cada intervalo de frecuencia y a los recursos disponibles. Un estudio colaborativo llevado a cabo por la IARC en ocho países mostró que poco se gana en eficiencia con el tamizaje anual comparado con el tamizaje cada dos o tres años.

El PAP puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra, sea éste un centro de atención primaria de la salud o un hospital de mayor nivel de complejidad. Así, es posible descentralizar la toma de PAPs, para favorecer un mejor acceso al tamizaje de toda la población objetivo.

El personal encargado de realizar la toma debe ser personal debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma del PAP. Se pueden capacitar para realizar esta tarea:

- Médico/as ginecólogo/as y obstetras.
- Médicos generalistas o de familia.
- Otros profesionales.
- Médicos Obstétricas /parteras.
- Enfermeros/as Agentes sanitarios.

En el momento de la obtención de la muestra, es importante que el tomador de Pap asegure la intimidad en el consultorio y promueva un vínculo de confianza para minimizar el miedo y el pudor que le genera a la mujer la exposición durante la toma del PAP. Una vez realizada la práctica, se debe asegurar el mecanismo de traslado a fin de que las muestras lleguen en tiempo y forma a los laboratorios encargados de la lectura de la citología. (6)

4.1.9. - Plan de acción de la OMS.

El cáncer de cuello uterino se puede prevenir. También se puede curar si se detecta a tiempo y se trata adecuadamente. Sin embargo, sigue siendo uno de los cánceres más comunes y una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo.

Se espera que el número de nuevos casos de cáncer de cuello uterino aumente de 570.000 a 700.000 por año durante el período 2018-2030. Durante el mismo período, el número anual de muertos aumentará de 311.000 a 00.000. Más del 85% de las mujeres afectadas son mujeres jóvenes con escasa educación que viven en los países más pobres. Muchas de ellas también tuvieron bebés cuyo tiempo de supervivencia se acortó debido a la muerte materna temprana.

Este plan se debe al acceso universal a la salud sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino. Servicios, vacunas contra el VPH, detección y tratamiento eficaces de lesiones precancerosas, tratamiento invasivo del cáncer de cuello uterino y cuidados paliativos. La prevención y la atención de calidad del cáncer de cuello uterino garantizan que todas las mujeres y niñas vivan una vida sana, independientemente de su edad, raza, origen étnico, nivel socioeconómico o estado. La infección por el VIH o la discapacidad necesitan un acceso inmediato al tratamiento. Vivir y disfrutar de los derechos humanos relacionados con la salud.

Este Plan se basa en la conciencia de las diferentes circunstancias, prioridades y necesidades de los Estados Miembros y proporciona la adaptación al contexto

regional de las obligaciones e iniciativas mundiales relevantes. En el campo del cáncer cervicouterino... El objetivo es trabajar con los Estados Miembros en la adopción de estrategias integrales para fortalecer los programas locales de control del cáncer cervicouterino. Facilitar el diálogo, implementar herramientas y recursos de la OPS / OMS relacionados con el cáncer cervicouterino, y facilitar sinergias y coordinación de esfuerzos con las iniciativas existentes asociadas, incluido el plan de prevención y manejo del cáncer cervicouterino RINC en Sudamérica. Te harán preguntas. Américas.

La meta es acelerar el progreso hacia la erradicación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública en las Américas mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad en un tercio para 2030.

Las estrategias educativas son una serie procedimientos que realizan con la finalidad de facilitar la formación y el aprendizaje, mediante la implementación de métodos didácticos de los cuales ayuden a mejorar el conocimiento de manera que estimule el pensamiento creativo y dinámico. (27)

4.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. (25)

Objetivo: describir los factores de riesgo presentes en un grupo de pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix.

Resultados:

- El promedio de edad fue 35,5 años.
- 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años.
- El 74% tuvo dos o más embarazos
- 44,1% su primer embarazo fue antes de los 20 años
- 64% tuvieron dos o más partos
- 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales □ 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años.

Estudio realizado en el Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones” Año 2019. En Guantánamo (Cuba). El 58,4 % de las mujeres expresó un nivel de información insuficiente respecto al cáncer cervicouterino.(13)

En la ciudad de Santa Elena se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal realizado por la Dra. Merlys del Cisne Girón Torres.

Se incluyeron 229 mujeres 20 – 64 años pertenecientes al centro de salud de Santa Elena, sector 6, durante el periodo 2018. (18, 29) Resultados:

Las características socio demográficas predominantes son:

- Mujeres de 20 – 24 años (20,5%) □ Nivel escolar secundario (56,3%).
- casadas (45,9%).
- Católicas (81,7 %).
- Conocimiento general de prevención del cáncer cervicouterino el 80.3 % no conoce.
- Conocimiento de los factores de riesgo el 78,2% no conoce.
- Componentes de la estrategia educativa: Charlas (63,8%), mensual (48,5%), tiempo 30 minutos (48,5%), en la mañana (48,5%), en al centro de Salud (74,7%).

Dra. Patricia Narcisa López Chica realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal, que incluyó 81 mujeres de 30 a 60 años del centro de Salud Enrique Ponce Luque, en el año 2018. (31)

Resultados:

- Grupo de edades de 30-39 años (39,6%).
- Bachiller (53%).
- Amas de casa (75,3%).
- Desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino: Infección por papiloma virus (81,5%), compañeros sexuales (81,5%) multiparidad (90,1%), inicio precoz de las relaciones sexuales (88,9%), uso del preservativo (51,9%); frecuencia con que se realiza PAP (55,6%).

5.-MÉTODOS

5.1- NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.

- Descriptivo.

5.2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

- Según la intervención del investigador: Observacional.
- Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivos.
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal.
- Según el número de variable analítica: Descriptiva.

5.3.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

- Estudio de prevalencia o de corte transversal.

5. 4.- JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

Con la finalidad de que el proyecto tenga un estudio específico.

Se realizó un estudio en mujeres de 30 a 59 años, de la Parroquia Roca de la Ciudad de Guayaquil, perteneciente al consultorio uno centro de salud número uno en el 2021.

De nivel investigativo descriptivo (univariado), con un diseño observacional, porque no hubo intervención del investigador, prospectiva porque la fuente de la información es primaria ya que se recopilaron los datos en el 2021, transversal porque se midieron las variables en una sola ocasión.

5.4.1.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Mujeres en edad de 30 a 59 años, pertenecientes al consultorio uno centro de salud número uno. Población total investigada es de 168 mujeres en edades antes mencionadas.

5.4.2.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los siguientes criterios y procedimientos de selección, fueron basados en la población de estudio 168 mujeres en edad 30 a 59 años, para el diseño de una estrategia educativa para prevenir del cáncer cérvico uterino.

5.4.3.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes que vivan en el sector asignado de estudio.

5.4.4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Mujeres a quienes se les ha realizado histerectomía total por enfermedad benigna.
2. Mujeres con cáncer de cérvix previo.
3. Mujeres con discapacidad mental, que impida aportar a la investigación y mujeres que no sepan leer ni escribir.
4. Mujeres que después de citar al centro de salud o hacerle la visita al domicilio no sea posible contactar.

5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recogió la información directamente de las participantes que firmaron el consentimiento informado a través de una encuesta tipo test y fichas familiares para la ubicación, perteneciente al sector Roca, cantón Guayaquil.

Cumpliendo con las normas éticas, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La encuesta, tipo test, construida por el autor de la investigación luego de la revisión documental de instrumentos para evaluar el tema en estudio. Se confeccionó una primera y única versión del instrumento el cual fue sometido a una evaluación por expertos en, Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia. En todos los casos los expertos cumplieron el criterio de tener cuarto nivel

educación. Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 75%.

El cuestionario quedó conformada por cinco componentes divididos en:

- Componente I. Aspectos sociodemográficos: Consta de 6 preguntas, que son edad, estado civil, etnias, ingresos económicos, nivel académico y ocupación. Se tomó en cuenta los siguientes valores para medir los niveles de ingresos económicos en: adecuado 84,49\$; pobreza 84,48 – 47,62\$; pobreza extrema menos 47,62\$. (28)
- Componente II. Nivel de conocimiento del cáncer cérvico-uterino: Consta de 4 preguntas; que son las siguientes: Si conoce sobre el cáncer cérvico-uterino, métodos de prevención del cáncer cérvicouterino, síntomas del cáncer cérvico-uterino e ITS que pueden causar cáncer cérvico-uterino. Si contestan el 75% o más de las preguntas afirmativa se considera que si conoce.
- Componente III. Prevención del cáncer cérvico-uterino: Actualización del papanicolaou, realización del papanicolaou, motivo por el cual no se realiza el papanicolaou. Se considera actualizado el PAP, hasta tres años de realizado el ultimo PAP.
- Componente IV. Riesgo sexual y paridad: Promiscuidad (más de una pareja sexuales en menos de seis meses), número de hijos y abortos.
- Componente V. Estrategia educativa. Se preguntó a las participantes la preferencia de técnica educativa (talleres, charla, demostraciones), frecuencia, lugar, horario (en la mañana o por la tarde), tiempo, cantidad de participantes.

Se garantizó en todos los casos la privacidad entre la encuestada y el investigador.

5.6.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ingreso económico familiar mensual per capital	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino	Encuesta
Actualización del Papanicolaou	Encuesta
Motivo porque no se realiza el Papanicolaou	Encuesta
Promiscuidad	Encuesta
Paridad	Encuesta
Tipo de técnica educativa	Encuesta
Frecuencia de las actividades educativas	Encuesta
Horarios de las actividades educativas	Encuesta
Duración de las actividades educativas	Encuesta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta
Tamaños de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta

5. 7.- TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El Procesamiento estadísticos de los datos se realizará a través del programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.24 para Windows. Se utilizará números absolutos y proporciones para el resumen de variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión.

6. VARIABLES

6.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Edad	Edad. (años cumplidos según grupos quinquenales)	30-34,35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59.	Cuantitativa discreta
Estado civil	Estado civil. (Situación actual relacionada con la pareja)	Unión libre ,Casada ,Viuda, Separada Divorciada.	Cualitativa nominal politómica
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena. Afroecuatoriana, Negra, Mulata. Montubia, Mestiza, Blanca: Otra.	Cualitativa nominal politómica
Ingreso económico familiar mensual per cápita	Ingreso económico total familiar. Número de integrantes de la familia	Adecuado (84,49 USD o más) Pobreza (84,48 a 47,62 USD). Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	Cualitativa Ordinal
Escolaridad	Escolaridad (Según terminados) niveles	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar, Primaria terminada. Secundaria terminada, Universitaria terminada. Postgrado terminado (Especialidad, Maestría, Doctorado)	Cualitativa ordinal
Ocupación	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	Empleada, pública, empleada privada, cuenta propia, ama de casa, trabajada no remunerada, estudiante, jubilada, desempleada, niños sin edad escolar (< 5 años), Otra.	Cualitativa nominal politómica
Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino	Según % de 75% o más de las respuestas afirmativas se considera que si conoce.	Si No	Cualitativa Nominal
Actualización del Papanicolaou	Control de Papanicolaou cada tres años.	Si No	Cualitativa Nominal
Motivo porque no se	Actitud de la paciente frente a la toma de	Desconocimiento, temor, desinterés. Otros	Cualitativa Nominal

realiza el Papanicolaou	muestra		
Promiscuidad	Promiscuidad, número de parejas sexuales	Si, No	Cualitativa Nominal
Paridad	Numero de parto y aborto	1, 2, 3 o mas	Cuantitativa Discreta
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas, Talleres Demostraciones	Cualitativa Nominal Politómica
Frecuencia de las actividades educativas al mes	Número de actividades. Unidad temporal	1,2,3 y 4 vez al mes	Cuantitativa Escala Discreta
Horario de las actividades educativas	Horario de las actividades educativas	En la mañana, En la tarde	Cualitativa ordinal
Duración por horas de las actividades educativas	Duración de las actividades educativas	1, 2, 3 y 4 horas	Cuantitativa Escala
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Centro Salud Domicilio	Cualitativa Nominal
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Número de personas a participar por actividad	De 2 – 5, 6 – 10, 11 - 15	Cuantitativa Discreta

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según el rango de edad, consultorio No #1 centro de salud No#1. Año 2021.

Rango de edad	No.	Porcentaje
30 - 34	50	29,8%
35 - 39	28	16,7 %
40 - 44	22	13,1%
45 - 49	20	11,9 %
50 - 54	23	13,7 %
55 - 59	25	14,9 %
Total	168	100,0%

En este estudio nos muestra que el rango de edad que predominó fue 30 – 34 con un porcentaje de 29,8%.

Estudio realizado en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia). 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años. El promedio de edad fue 35,5 años. (25)

Yanet Rojas Rodríguez y colaboradores. En el Consejo Popular de Junco Sur perteneciente al Área II del Municipio de Cienfuegos (Cuba). En el período enero de 2015 – 2016. Estrategia educativa para la prevención precoz del cáncer cérvico uterino. Cienfuegos. 2016. En las mujeres encuestadas más de 60 % entre las edades comprendidas entre 40-50 años. (15)

Dra. Patricia, Narcisa López Chica. Estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años del consultorio 4, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. En el estudio predominó el grupo de edades de 30-39 años (39,6%). (31)

En el estudio comparativo se observa que se tiene similitud con los resultados obtenidos de los estudios realizado por la Dra. López y en la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Donde el promedio de edad fue de 35,5 años.

Tabla 2 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años, según estado civil, consultorio No #1 centro de salud No#1. Año 2021.

Estado civil	No	Porcentaje
Unión Libre	53	31,5%
Casada	49	29,2 %
Soltera	47	28.0 %
Divorciada	18	10,7 %
Viuda	1	6 %
Total	168	100,0 %

En el estudio realizado predominó el estado civil unión libre con un porcentaje de 31,5%.

En el estudio de Natali Villegas y colaboradores Factores que Influencian la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas a 40 mujeres chilenas, 39 fueron solteras y 1 casada lo que podría indicar que el estado civil predominante es de solteras. (17)

Lic. Mora Sandoya Andreina Jazmín, Pacha Pacha Norma Magaly, Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil año 2018. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 50 años, En la encuesta aplicada encontraron que un 53% de mujeres en unión libre quienes son las más afectadas de contraer cáncer de cuello uterino. (30)

Lic. Claudia Leonor Delgado Coello y Katherine Johana Polo Solano. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual que acuden a la consulta médica, al Distrito 01D01-Salud Cuenca, 2017. El 24% están en unión libre. (20)

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Casada 38,2%. (21)

En el estudio se observa que se tiene similitud con los estudios realizados por las Licenciadas. Mora, Pacha, Delgado y Polo donde el grupo que predominó fue el de unión libre.

Tabla 3 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años, según Etnia, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Etnia	No	Porcentaje
Mestiza	134	79,8 %
Afroecuatoriana	9	5,4 %
Blanca	8	4,8 %
Mulata	8	4,8%
Montubia	6	3,6%
Negra	2	1,2%
Indígena	1	0,6%
Total	168	100%

El estudio realizado demuestra que la raza que predominó fue la mestiza con un porcentaje de 79,8%.

Lima Moreno Maritza Magaly autora de la “estrategia educativa sobre Infecciones de Transmisión Sexual en los/las adolescentes del Colegio “Nacional Turi”, Cuenca 2012 arrojó como resultado que, de los 220 adolescentes estudiadas, el 94% pertenecían a la raza mestiza. (18). Comparando los resultados se observa similitud en los resultados del estudio realizado por Lima Moreno donde el resultado predominante fue también la raza mestiza.

Según Ingreso económico familiar mensual, es adecuado en esta población de estudio en un 100%.

Lic. Mora Sandoya Andreina Jazmín, Pacha Pacha Norma Magaly, Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil año 2018. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 50 años, En la encuesta aplicada encontraron que el ingreso económico es bajo. (30)

Ramos SM, Garcés IC. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Último PAP. 50,2% ingreso económico bajo. (23)

Comparando los estudios realizados por las Lic. Mora, Pacha y Ramos se observa que no tienen similitud ya que en estos estudios predominó ingreso económico no adecuado.

Tabla 4 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según escolaridad, consultorio No #1 centro de Salud No #1. Año 2021.

Escolaridad	No	Porcentaje
Analfabetismo	3	1,8%
Primaria	21	12,5 %
Secundaria	33	19,6 %
Bachiller	65	38,7 %
Universitario	46	27,4 %
Total	168	100,0 %

En el estudio realizado se observa que la escolaridad de la población en un 38,7% es bachiller.

Lic. Mora Sandoya Andreina Jazmín, Pacha Pacha Norma Magaly, Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil año 2018. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 50 años, En la encuesta aplicada encontraron que el nivel de escolaridad en un 65% secundaria. (30)

Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra. Diseño de una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio Médico N° 6. Centro de Salud de Pascuales. Agosto 2015 - mayo 2016. Secundaria 60%. (22)

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Primaria 45,6%. (21)

Comparando los estudios realizado por las Lic. Sandoya, Pacha, la Dra Beltrán y Velásquez se observa que no tiene similitud.

Tabla 5 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años. Según Ocupación, consultorio No #1 centro de salud No #1, Año 2021.

Ocupación	No	Porcentaje
Ama de casa	99	58,9%
E. Publica	27	16,1 %
Otras	23	13,7%
E. Privada	15	8,9%
E. Domestica	4	2,4 %
Total	168	100,0 %

En el estudio realizado podemos observar que la ocupación que más predominó fue ama de casa con un porcentaje de 58,9%.

Evelyn Geraldine Valdez Castillo. En su estudio a 144 usuarias de 18 a 29 años atendidas en el Centro de Salud de Santa Anita en Perú en el año 2015, prevaleció la ocupación de ama de casa con el 72.2%.(16).

Garzón Vera Carla Noemí y Llumiguano Chimbo María Yesenia. Estudio realizado en el Sub Centro de Salud Yaruquíes, en la ciudad de Riobamba, cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor, en el período comprendido entre abril a junio de 2017, dando como resultado que el 66.30% fueron ama de casa.

Revisando los estudios y comparándolos se observa similitud con los estudios realizados por Evelyn Valdez, en Perú en el año 2015 y con el estudio realizado por Carla Garzón y María Llumiguano en Riobamba, Ecuador en el año 2017.

Tabla 6 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino	No	Porcentaje
Sí	105	62,5 %
No	63	37 %
Total	168	100,0 %

En la población de estudio se puede observar que el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, el 62,5% si conoce.

Estudio realizado en el Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones” Año 2019. En Guantánamo, Cuba. El 58,4 % de las mujeres expresó un nivel de información insuficiente respecto al cáncer cervicouterino (13).

Evelyn Geraldine Valdez Castillo. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarios del centro de salud “Chancas de Andahuaylas” de Santa Anita 2015, El nivel de conocimiento respecto a la infección del virus papiloma humano es:

“Medio” (69.4%), “Alto” (15.3%) y “Bajo” (15.3%). (16).

Haciendo la comparación con estudios realizados en el Policlínico Universitario Omar Ranedo Pubillones en Guantánamo Cuba en el año 2019 y con el estudio realizado por Evelyn Valdez en el 2015, no tiene similitud.

Tabla 7 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según control de Papanicolaou cada tres años, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Actualización del Papanicolaou	No	Porcentaje
Sí	97	57,7 %
No	71	42,3 %
Total	168	100,0%

En el estudio realizado se observa que el 57,7% de las mujeres tienen actualizado el PAP pero un número significativo de la población encuestada no lo tiene actualizado.

Yanet Rojas Rodríguez y colaboradores. En el Consejo Popular de Junco Sur perteneciente al Área II del Municipio de Cienfuegos (Cuba). En el período enero de 2015 – 2016. Estrategia educativa para la prevención precoz del cáncer cérvico uterino. Cienfuegos. 2016. En cuanto a la periodicidad refiere más del 80 % que se realizaban la citología cada 3 años. (15)

Ramos SM, Garcés IC. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Último PAP. 51,5% entre uno y tres años. (23)

Haciendo comparación con los estudios realizados por Yaneth Rojas y colaboradores en el año 2016 en Cienfuegos y el estudio realizado a un asentamiento en Antioquia Colombia en el año 2011, se observa similitud de los resultados.

Tabla 8 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según el motivo porque no se realiza el Papanicolaou, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Motivo porque no se realiza el Papanicolaou (PAP)	No	Porcentaje
Actualizado PAP	97	57,7 %
Temor	26	15,5%
Desinterés	16	9,5%
Desconocimiento	15	8,8 %
Otro	14	8,3 %
Total	168	100,0 %

En este estudio se observa que el 57,7% de las mujeres estudiadas tienen el PAP. Actualizado, pero el 15,5% tiene temor a realizarse el PAP. Yanet Rojas Rodríguez y colaboradores. En el Consejo Popular de Junco Sur perteneciente al Área II del Municipio de Cienfuegos (Cuba). En el período enero de 2015 – 2016. Estrategia educativa para la prevención precoz del cáncer cérvico uterino. Cienfuegos. 2016. En cuanto a la periodicidad refiere más del 80 % que se realizaban la citología cada 3 años. (15)

Al hacer la comparación con el trabajo realizado por Yanet Rojas y colaboradores en el municipio de Cienfuegos Cuba en el año 2016 se puede decir que tiene similitud sin dejar de tener en cuenta que una población significativa estudiada no se hace el PAP por temor.

Tabla 9 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según las promiscuidad, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Promiscuidad	Frecuencia	Porcentaje
No	127	75,6 %
Sí	41	24.4 %
Total	42	100,0 %

En el estudio realizado se puede observar que el porcentaje de número de promiscuidad que predominó fue No con un porcentaje 75,6%.

En la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia). 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales. (25)

Comparando el estudio que se realizó en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en Cartagena Colombia, se puede decir que dicho estudio sus resultados no tiene similitud.

Tabla 10 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según la Paridad, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
0	33	19,6%
1	36	21,4 %
2	34	20,2 %
3	33	19,6%
Más de 3	32	19%
Total	168	100,0 %

- En el estudio realizado se puede observar que el porcentaje en número de paridad, predominó paridad 1, con el 21,4%.

En la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia). El 74% tuvo dos o más embarazos, 64% tuvieron dos o más partos. (25)

Sánchez A. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes, consultorio 19. Centro de Salud pascuales. 2015-2016. Multiparidad 47,2%. (24)

A pesar que en el estudio realizado predominó la paridad 1, haciendo la suma de los otros valores se puede razonar que los estudios hechos en la Clínica Maternidad Rafael Calvo y el hecho por Sánchez podemos decir que dichos estudios tienen similitud en los resultados obtenidos.

Tabla 11 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años tipos de técnicas de estudios, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Tipo de técnica educativa	No	Porcentaje
Charlas	95	56,5 %
Talleres	34	20,2%
Demostraciones	33	19,6 %
Charlas ; Talleres	6	3,6 %
Total	168	100,0 %

El estudio demuestra que el tipo de técnica educativa elegida fue charlas con un 56,5%.

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Charlas educativas 89.7%. (21) Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra. Diseño de una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio Médico N° 6. Centro de Salud de Pascuales. Agosto 2015 - mayo 2016. Charlas 60,8%. (22)

Comparado los estudios realizados en el centro de salud Montalvo en el 2018 por Lorena Velásquez y Beltrán Yadira con su trabajo realizado en el centro de salud de Pascuales en el año 2015, se observa similitud en los resultados.

Tabla 12 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años frecuencia al mes del desarrollo de las actividades educativas (A.E.), consultorio No #1 centro de Salud No #1. Año 2021.

Frecuencia al mes de las A.E.	No	Porcentaje
2	93	55,4 %
4	75	44,6 %
Total	168	100,0 %

El estudio demuestra que la frecuencia elegida para realizar la actividad educativa fue de dos al mes, con un porcentaje de 55,4%. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018” (21)

Sánchez A. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes, consultorio 19. Centro de Salud pascuales. 2015-2016. Una vez por semana 39,4%. (24)

Comparando los estudios realizados por Lorena Velásquez en el centro de salud Montalvo y el de Sánchez A. trabajo realizado en el centro de salud Pascuales, los resultados obtenidos no tienen similitud.

Tabla 13 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según el horario para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Horario de las A.E.	No	Porcentaje
Por la mañana	89	53 %
Por la tarde	79	47 %
Total	168	100,0 %

El estudio demuestra que la preferencia del horario de las actividades educativas fue por la mañana en un porcentaje de 53%. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Por la mañana 60,3%. (21)

Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra. Diseño de una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio Médico N° 6. Centro de Salud de Pascuales. Agosto 2015 - mayo 2016. Tarde 56,9%. (22)
 Comparando los resultados obtenidos con los resultados de los trabajos de Lorena Velásquez y el de Beltrán Yadira, los resultados obtenidos son similares a los realizados por el de Lorena Velásquez

Tabla 14 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años según las horas para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Duración en horas de las A.E.	Frecuencia	Porcentaje
1 hora	159	94,6 %
2 horas	9	5,4 %
Total	168	100,0 %

El estudio realizado demuestra que de forma mayoritaria la duración de la actividad académica fue de una hora en un 94,6%.

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Tiempo 30 minutos 95.6%. (21) Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra. Diseño de una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio Médico N° 6. Centro de Salud de Pascuales. Agosto 2015 - mayo 2016. Tiempo 30 minutos 57,7%. (22)
 Comparando los estudios realizado en el centro de salud de Pascuales en el 2015 y en el centro de salud Montalvo en el 2018, los resultados obtenidos no tienen similitud.

Tabla 15 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años lugar para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Lugar para el desarrollo de las A.E.	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud	143	85,1 %
Casa Comunal	24	14,3 %
Otras	1	0.6%
Total	168	100,0 %

El estudio demuestra que el 85,1% de las mujeres prefiere que la actividad académica se realice en el Centro de Salud. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Centro de salud 86,8%. (21) Sánchez A. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes, consultorio 19. Centro de Salud pascuales. 2015-2016. Centro de salud 59,8%. (24) Los resultados obtenidos en los centros de salud Montalvo y centro de salud de pascuales tienen similitud al resultado obtenido.

Tabla 16 Distribución de la población femenina entre 30 a 59 años tamaño de los grupos de personas para el desarrollo de las actividades educativas, consultorio No #1 centro de salud No #1. Año 2021.

Tamaño de los grupos para el desarrollo de las A.E.	Frecuencia	Porcentaje
2-5	97	57,7 %
6-10	45	26,8%
11-15	26	15,5 %
Total	168	100,0 %

El estudio demuestra que el tamaño de grupos de persona para realizar las actividades educativas fue de 2-5 personas con un porcentaje de 57,7%. Este resultado fue probablemente influido por la pandemia de la covid 19, donde se prohíbe la aglomeración de personas.

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril.

Centro de Salud Montalvo. Año 2018. Más de 10 personas 63,24%. (21)

Sánchez A. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes, consultorio 19. Centro de Salud pascuales. 2015-2016. 11 a 15 personas 77,2%. (24) El resultado obtenido no tiene similitud con los resultados de los estudios realizado en los centros de salud de Pascuales y el del centro de salud de Montalvo.

8 CONCLUSIONES

- Dentro de las variables sociodemográficas la edad que predomina es de 30 a 44 años, estado civil unión libre, la etnia mestiza, ingresos económicos adecuados, escolaridad bachiller, y ocupación ama de casa.
- Se observó que las mujeres de la población estudiada en su gran mayoría si conocen sobre el cáncer cérvico uterino y que tienen actualizado el PAP. Un número significativo de mujeres aun siente temor para realizarse el PAP. Probablemente por desconocimiento.
- Los componentes de la estrategia educativa están conformados por charlas, dos veces al mes, tiempo de una hora, en la mañana, en el centro de salud, en grupos de 2 a 5 personas.
- Se diseña una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la promoción y prevención del cáncer cérvico uterino, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de esta patología.

9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación estudió el nivel de conocimiento que la población femenina de 30 a 59 años de edad tiene sobre el cáncer cérvico uterino. A nivel mundial el CaCu es un problema de salud pública, en el Ecuador constituye una de las principales causas de muerte en la población femenina.

El nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino es necesario saber para el diseño de una estrategia educativa y de esta manera disminuir la morbimortalidad por el cáncer cérvico uterino, esta es una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo.

En la recolección de los datos mediante la encuesta, se observó una buena aceptación e interés de las participantes en adquirir conocimientos sobre esta patología.

Los resultados de la investigación, son el punto de partida para el desarrollo de ciertos temas que se tendrán en cuenta en el diseño de la estrategia educativa. Las participantes serán favorecidas al obtener mayor información y ampliarán sus conocimientos sobre el cáncer cérvico uterino. Se deja a disposición el modelo de la estrategia educativa para su futura aplicación.

REFERENCIAS

- 1) Bravo-Polanco E, Águila-Rodríguez N, Guerra-Villarpanda D, Blanco-Vázquez Y, Rodríguez-González O, Oliva-Santana M. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. *Medisur [revista en Internet]*. 2020 [citado 2021 may 12]; 18(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en:<http://www.medisur.sld.cu./index.php/medisur/article/view/4648>
- 2) Garcia Regalado, J., Quinde Rosales, V., & Bucaram Levorene, R. (2021). Situación epidemiológica del cáncer cérvicouterino en el Ecuador. 2020. *Revista Venezolana De Oncología*, 33(2). Retrieved from <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375665418004/375665418004.pdf>
- 3) López, G. (2021). ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? Retrieved 14 may 2021, from <https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/1/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>
- 4) Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, UrrunagaPastor D, VenegasRodríguez G, Benites-Zapata VA. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolau en mujeres peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2020; 37(1):17-24. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4730>
- 5) Solano Mora, A., Solano Castillo, A., & Gamboa Ellis, C. (2020). Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Revista Médica Sinergia*, 5(3), e395. doi: 10.31434/rms.v5i3.395
- 6) Palma-Osorio M, Romero-Flores A, Torres-Mesa A. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Revista Finlay [revista en Internet]*. 2019 [citado 2020 feb 27]; 9(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/693>

- 7) El cáncer mató a diez millones de personas en 2020, la mayoría en países de renta baja y media. (2021), from <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>
- 8) Hospital Oncológico Solca Núcleo de Quito - Cáncer de cuello uterino. (2021), from <https://www.solcaquito.org.ec/publicaciones/suplementosmedicos/cancer-de-cuello-uterino>
- 9) Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. (2021, from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus(hpv)-and-cervical-cancer)
- 10) Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer cervicouterino. (2021), from <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/8.pdf>
- 11) Sedano Chiroque, F. (2020). Detección temprana: ¿El Papanicolaou es siempre la mejor opción? *Revista De La Facultad De Medicina Humana*, 20(2), 171-172. doi: 10.25176/rfmh.v20i2.2903
- 12) Pan American Health Organization. Plan of Action for Cervical Cancer Prevention and Control 2018-2030. Washington, D.C.: PAHO; 2018
- 13) Bravo Hernández Niursy, Terry Jordán Yvette, Prado Osoria Alexander del, González López Eliadis, Santoya Labrada Mariela. Una vía para favorecer cambios de actitud dirigidos a prevenir el cáncer cervicouterino. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2019 oct [citado 2021 Sep 17]; 98(5): 608-618. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000500608&lng=es. Epub 29-Oct-2019
- 14) José Luis Lucero Tapia. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del Papanicolau. La Concepción, Colta, Riobamba. Enero a junio 2016. Repositorio Institucional de Escuela Superior Politécnica de

Chimborazo. Pag. 44 - 57 Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/5965>

- 15) Yanet Rojas Rodríguez, Claribel Domínguez Rojas, Nelida Sosa Botana. Estrategia Educativa para la prevención precoz del cáncer cervicouterino. Cienfuegos 2016. Cuba. Disponible en: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/download/326/56>
- 16) Castillo EGV. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarios del centro de salud "Chancas de Andahuaylas" de Santa Anita, primer semestre del 2015 [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2015. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4338/Valdez.ce.pdf?sequence=1>
- 17) Villegas N, Cianelli R, Santisteban D. Factores que Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI). *Hispanic Health Care International*. 2016; [citado 2021 mayo 16]; 14(1):47–56. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1540415316629682?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori-Arid-Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub-pubmed&
- 18) Lima Moreno MM, Mayaguari Uyaguari LA. Estrategia educativa sobre infecciones de transmisión sexual en los/las adolescentes del colegio Nacional Turi Cuenca, 2012 [bachelor's thesis on the Internet]. Cuenca; 2013 [cited 5 sept. 2021]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3321>
- 19) <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4132>
- 20) Delgado C, Polo K. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales que acuden a consulta médica al distrito 01d01-salud cuenca, 2017 [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29965/1/>

proyecto-de-investigacion.pdf

21)<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12209>

22)<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7389>

23)Ramos SM, Garcés IC. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(3): 311-318.

24)Sánchez A. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. consultorio 19. centro de salud pascuales. 2015-2016. [Guayaquil]: Universida Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.

25)Barrios-García L, Lecompte-Osorio PA, Leones-Castillo RA, López-Custode FR. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):109-7

26)Redacción. (Última edición: 11 de febrero del 2021). Definición de Promiscuidad. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/promiscuidad/>.

27)<https://www.pedagogia.edu.ec/public/docs/b077105071416b813c40f447f49dd5b7.pdf>

28)https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/201912_PobrezayDesigualdad.pdf

29)<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12133/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-30.pdf>

30)<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10046/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-407.Pdf>

31)<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12134>

32)<https://www.who.int/es/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-futurefirst-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer>.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: (basado en el objetivo general con lenguaje claro y comprensible)

He recibido la información por el médico: Md. Heider Ariel Retamozo Mattos postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0926972258 y número de teléfono: 0985263182.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en (aplicación de una serie de preguntas) 4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 45 minutos.
5. Conozco que la encuesta no perjudica mi salud, y las preguntas son entendibles y fácil de responder.
6. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
7. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
8. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
9. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas la respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO-UTERINO EN MUJERES DE 30 A 59 AÑOS
CONSULTORIO UNO, CENTRO DE SALUD NÚMERO 1. AÑO 2021.

Variable sociodemográficas:

- 1) ¿Cuál es su edad?
- 2) ¿Cuál es su estado civil actual?
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada
 - e) Viuda
- 3) ¿Cómo se autoidentifica según la raza?
 - a) Indígena
 - b) Afroecuatoriana
 - c) Negra
 - d) Mulata
 - e) Mestiza
 - f) Blanca
 - g) Otras
- 4) Indique su ingreso económico mensual o el de toda su familia.
- 5) Seleccione el último nivel de instrucción académico aprobado.
 - a) Ninguno
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Bachiller
 - e) Universitario
 - f) Posgrado
- 6) Indique su ocupación actual.
 - a) Ama de casa
 - b) Empleada pública
 - c) Empleada privada
 - d) Empleada doméstica
 - e) Otra actividad

Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino.

- 7) ¿sabe usted que es el cáncer cérvico uterino?
 - a) Si
 - b) No

- 8) ¿sabe usted como se previene y se detecta el cáncer cérvico uterino?
- Con ecografía uterina
 - Con el Papanicolaou o la citología
 - Con un examen de orina
 - No conoce
- 9) Escoja cuales son los síntomas y signos que usted considera que están presentes en el cáncer cérvico uterina:
- Malestar general
 - Dolor durante la relación sexual
 - Sangrado transvagina
 - No tiene síntomas
 - No conoce
- 10) ¿Sabe usted que enfermedad de transmisión sexual puede producir cáncer cérvico uterino?
- Sida
 - Papiloma virus
 - Tuberculosis
 - Gonorrea
 - No conoce

Prevención

- 11) ¿Usted se ha realizado el Papanicolaou en los últimos 3 años? a) Si
b) No

Si responde Si a la pregunta 11, conteste la siguiente pregunta.

- 12) ¿Cuándo se hizo el Papanicolaou?
- Menos de un año
 - De uno a tres años
 - Más de tres años

Si responde No a la pregunta 11, conteste la siguiente pregunta.

- 13) Motivo por el cual no se ha realizado el Papanicolaou:
- Desconocimiento
 - Temor
 - Desinterés
 - Otra ¿Cuál?

- 14) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en menos de un año?

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

- 15) ¿Cuántos hijos tiene usted incluido abortos?

- Cero
- Uno
- Dos
- Tres o mas
- Abortos

Educación sobre prevención del cáncer cérvico uterino

- 16) ¿Ha recibido usted información sobre el cáncer cérvico uterino? a) Si
b) No

Si responde afirmativo a la pregunta anterior, responda las siguientes preguntas (17, 18).

- 17) ¿Se le comunicó las formas de prevención del cáncer cérvico uterino? a) Si
b) No
- 18) ¿Estaría usted de acuerdo en seguir las dichas medidas para la prevención del cáncer cérvico uterino? a) Si
b) No
- 19) ¿cree usted que la información que ha recibido para la prevención del cáncer cérvico uterino es la adecuada? a) Si
b) no

Estrategia educativa.

- 20) ¿Qué tipo de técnica educativa le gustaría recibir?
a) Charla
b) Talleres
c) Demostraciones
- 21) ¿Con que frecuencia le gustaría a usted que le den las actividades educativas de prevención del cáncer cérvico uterino? a) Una vez a la semana
b) Una vez cada 15 días
- 22) ¿En qué lugar prefiere que se le den las actividades educativas?
a) Centro de salud
b) Casa comunal
- 23) ¿En qué horario prefiere realizar la actividad educativa?
a) Por la mañana
b) Por la tarde
- 24) ¿Cuánto tiempo prefiere que dure la actividad educativa?
a) Una hora por reunión
b) Dos horas por reunión
- 25) ¿Con cuantas personas prefiere que se haga la actividad educativa?
a) De 2 a 5 personas
b) De 6 a 10 personas
c) De 11 a 15 personas

ANEXO 3

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS.

Portada.

- ✓ Nombre de la estrategia:

Estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 a 59 años.

- ✓ Centro de salud N°1
- ✓ Dr. Heider Ariel Retamozo Mattos.

Fundamentación

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad prevenible. También puede curarse si se detecta en una fase temprana y se trata debidamente. A pesar de ello, sigue siendo uno de los tipos de cáncer más comunes y una de las causas de muerte por cáncer entre mujeres de todo el mundo. Según las previsiones, entre los años 2018 y 2030 el número anual de nuevos casos de cáncer del cuello uterino pasará de 570 000 a 700 000. Durante el mismo periodo, la cifra anual de muertes aumentará desde 311 000 hasta 400 000. Más del 85% de las mujeres afectadas son mujeres jóvenes y con escasa instrucción que viven en los países más pobres. Muchas de ellas también tienen hijos de corta edad cuya supervivencia se ve truncada por la muerte prematura de sus madres

En este plan se vislumbra un futuro en el que se haya eliminado el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, como resultado del acceso universal a servicios de salud sexual y de prevención de las ITS, a las vacunas contra el VPH, a servicios eficaces de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, al tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor y a los cuidados paliativos. En él se prevé que todas las mujeres y niñas — independientemente de su edad, raza, etnia, situación socioeconómica, estado serológico con respecto al VIH o discapacidad— tendrán acceso oportuno a servicios de prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino de calidad, para que puedan vivir con buena salud durante toda su vida y disfrutar de los derechos humanos relacionados con la salud.

El plan se basa en el reconocimiento de los diversos contextos, prioridades y necesidades de los Estados Miembros, previendo la adaptación al contexto regional de los mandatos y las iniciativas mundiales pertinentes en cuanto al cáncer cervicouterino; e implica cooperar con los Estados Miembros en la aplicación de estrategias integrales para fortalecer los programas contra el cáncer cervicouterino en la Región. Se hace un llamamiento a la facilitación del diálogo, a la ejecución de las herramientas y los recursos de la OPS/OMS relativos al cáncer cervicouterino, y a la promoción de sinergias y la coordinación de esfuerzos con iniciativas ya existentes de los asociados, incluido el Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para América del Sur de la RINC.

El objetivo es acelerar el progreso hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública en la Región de las Américas mediante la reducción en un tercio de las tasas de incidencia y de mortalidad para el 2030

- ✓ Durante la investigación se evidenció el bajo nivel de conocimiento sobre PAP y la prevención del cáncer cervicouterino en las mujeres encuestadas y a pesar de que han escuchado sobre ella, algunas pacientes encuestadas consideran que la información recibida hasta entonces no fue la suficiente; por lo que se justifica la intervención a través de una estrategia educativa.
- ✓ Objetivo General: Aumentar el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino.
- ✓ Duración total: 2 meses
- ✓ Fecha del pre-test (antes de iniciar la intervención y fecha del pos-test inmediatamente después de concluir la última actividad educativa).

Planeación estratégica:

El diseño de esta estrategia educativa está estructurado en dos temas, cada uno con tres subtemas.

En el Tema 1, los tres subtemas se desarrollarán por medio de charlas educativas y demostraciones.

En el Tema 2 los tres subtemas se desarrollarán con charlas educativas diferentes y demostraciones.

Duración de actividad: 1 hora

Horario: 9:00 am

Numero de participante de 2 a 5

Responsable: Dr. Heider Retamozo Mattos, especialista en ginecología, médico familiar y obstetricia.

Recursos: Infocus, trípticos para repartir, maquetas de aparato reproductor femenino, la piz, hojas, marcadores, cartulina, material completo con que se realiza el PAP.

Tema 1: Cáncer cervicouterino

1.1: ¿Qué es el cáncer cervicouterino? Y pre-test.

- Actividad 1: Charla educativa sobre el cáncer cervicouterino signos y síntomas de la enfermedad.
- Duración. 1 hora.
- Lugar: Centro de Salud N°1.
- Horario: 9:00 am
- Número de participantes: 2 a 5
- Responsable: Especialista de ginecología
- Recursos materiales: Infocus, trípticos para repartir.

1.2: ¿Se contagia el cáncer cervicouterino?

- Actividad 2: Charla educativa sobre vía de transmisión y factores de riesgo para cáncer cervicouterino
- Duración: 1 hora
- Lugar: Centro de salud N°1
- Horario: 9:00 am
- Número de participantes: 2 a 5
- Responsable: Especialista en medicina familiar y comunitaria.
- Recursos materiales: Infocus , trípticos para repartir

1.3: ¿Puedo prevenir el cáncer cervicouterino?

- Actividad 3: Charla educativa sobre medidas de prevención del cáncer cervicouterino □ Duración. 1 hora □ Horario: 9:00 am.
- Número de participantes: 2 a 5
- Responsable: Dr Retamozo Mattos Heider.

- Recursos materiales: infocus, trípticos para repartir

Tema 2: Yo prevengo el cáncer cervicouterino.

2.1: Aprendiendo a usar los preservativos femeninos y masculinos

- Actividad 1: Demostración de colocación correcta de los condones
- Duración. 1 hora
- Lugar: Centro de salud
- Horario: 9:00 am
- Número de participantes: 2 a 5 □ Responsable: Obstetra.
- Recursos materiales: condones femeninos y masculinos para demostración y muestras para las participantes, maquetas de aparato reproductor masculino y femenino.

2.2: Que es el PAP y como se realiza.

- Actividad 2: Charla educativa sobre el PAP y su importancia en la prevención del cáncer cervicouterino
 - Duración. 1 hora
 - Lugar: Centro de salud N°1 □ Horario: 9:00 pm.
 - Número de participantes: 2 a 5
 - Responsable: obstetra
 - Recursos materiales: Infocus, trípticos para repartir
- 2.3: Compartir información sobre lo aprendido en el taller.**
- Actividad 3: Discusión grupal, para analizar lo tratado en todas las actividades, describir la experiencia del programa y establecer compromisos para mejorar los estilos de vida en relación con la prevención del cáncer cervicouterino □ Duración. 1 hora.
 - Horario: 9:00 am
 - Número de participantes: 2 a 5
 - Responsable: Dr. Retamozo Mattos Heider
 - Recursos materiales: sillas para todos, refrigerio, trípticos para repartir

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Retamozo Mattos Heider Ariel**, con C.C: # 0926972258 autor del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, centro de salud No #1. Año 2021, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021

f. _____
Nombre: **Retamozo Mattos Heider Ariel**
C.C: **0926972258**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 59 años. Consultorio No #1, centro de salud No #1. Año 2021.		
AUTOR(ES)	Heider Ariel Retamozo Mattos		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Enrique José Giraldo Barbery		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecobstetricia, Medicina Interna.		
PALABRAS CLAVES:	Cáncer cérvico uterino, prevención, promoción.		
Antecedentes:	<p>Antecedentes: El cáncer cérvico uterino es un problema público a nivel mundial y regional, Ecuador ocupa el séptimo puesto en la región de las Américas. Es una enfermedad prevenible y curable si se la detecta a tiempo.</p> <p>La prueba del Papanicolaou ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno del cáncer cérvico-uterino, su utilización periódica reduce de manera importante la morbimortalidad. El tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo. El cáncer cérvicouterino es un fenómeno multifactorial. Los profesionales de la salud juegan un papel importante, en la promoción del tamizaje. Métodos: En este proyecto de investigación se aplicara de manera descriptiva en mujeres en edad de 30 a 59 años en una población de 168 mujeres, se hará un estudio de tipo transversal, observacional y prospectivo. Resultados: El 62% de la población corresponde al rango de 30 -34 años, el 31.5% es de estado civil unión libre, el 79,8% es mestiza, con ingresos económicos adecuados en un 100%, el 38,7% es bachiller, 58,9% son ama de casa, el 62,5% si conoce sobre el cáncer cérvico uterino, 57,7% Papanicolaou actualizado, las pacientes tienen temor a realizar el PAP en un 15,5%, desinterés 9,5%, desconocimiento 8,8%, otros 8,3%, pareja sexual una en un 75,6%, parto uno 21,4%, el 56,5% desea charlas, dos veces al mes en un 55,4%, en la mañana 53%, una hora 94,6%, centro de salud 85,1%, de 2 a 5 personas 57,7%. Conclusión: La población femenina conoce sobre el cáncer cérvico uterino, se realizan controles periódicos, un porcentaje significativo no se hace PAP.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CONAUTOR/ES:	Teléfono: 0985263182	E-mail: heider_6@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN COORDINADOR DEL PROCESO):	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			