



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos. Cantón Cuenca, 2021.

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico

Autores:

Erika Priscila Galarza Guaicha

CI: 0104582267

Correo electrónico: erika_pg@hotmail.es

Jorge Luis Tapia Vanegas

CI: 0105502769

Correo electrónico: jorgetapia305@outlook.com

Director:

Doctor Bernardo José Vega Crespo

CI: 0102146917

Cuenca, Ecuador

02-abril-2021



Resumen:

Antecedentes: el cáncer de cérvix, aunque es una patología prevenible, en Ecuador es el segundo cáncer que más afecta a la mujer. En 2018 fue la octava causa de muerte en este género. La capacitación y pericia de los ginecólogos para la prevención, diagnóstico y tratamiento es un punto cardinal en el manejo de la patología.

Objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de cáncer cervicouterino en ginecólogos del cantón Cuenca.

Metodología: estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal llevado a cabo en 110 médicos ginecólogos de Cuenca; se realizó una encuesta presencial y en línea mediante un cuestionario validado que describe los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de cáncer cervicouterino y características generales de los participantes. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

Resultados: según las características de los participantes, el 37.3% tiene de 31 a 40 años, el 21.8% tiene de 11 a 15 años de médico, el 24.5% tiene de 6 a 10 años de ginecólogo/a, el 31.8% atiende de 11 a 15 pacientes por día, el 52.7% trabaja de 21 a 40 horas por semana, el 53,6% labora en el sector privado. Sobre conocimientos, el 68.2% tiene un conocimiento limitado, el 29.1% regular y el 2.7% bueno. Sobre las actitudes de prevención, el 46.4% son buenas, el 25.5% regular y el 28.2% insuficiente. Sobre prácticas de prevención, el 49.1% son insuficientes, el 44.5% regular y el 6.4% bueno.

Conclusiones: según los resultados obtenidos en base a las escalas del cuestionario, el nivel de conocimientos y prácticas para la prevención de cáncer del cuello del útero fueron limitados, sin embargo, las actitudes para la prevención del mismo fueron buenas.

Palabras claves: cáncer cervicouterino. Prevención. Conocimientos. Actitudes. Prácticas. Ginecólogos. VPH.



Abstract:

Background: cervical cancer, despite it is a preventable disease, in Ecuador it is the second most incident cancer in women, in 2018 it was the eighth cause of death in this gender. The training of gynecologists in prevention, diagnosis and treatment is a cardinal point in the management of the pathology.

Objective: to determine knowledge, attitudes and practices on cervical cancer prevention in gynecologists from Cuenca.

Methodology: it is a descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional study, it was conducted in 110 gynecologists from Cuenca; an online and face-to-face survey was carried out using a validated questionnaire that describes knowledge, attitudes, and practices about cervical cancer prevention and general characteristics of the participants. Data were analyzed with SPSS software.

Results: according to the characteristics of the participants, 37.3% of participants are between 31 and 40 years old, 21.8% have been a physician between 11 and 15 years, 24.5% have been a gynecologist between 6 and 10 years, 31.8% attend from 11 to 15 patients per day, 52.7% work from 21 to 40 hours per week, and 53.6% work in the private sector. Regarding knowledge, 68.2% have limited knowledge, 29.1% regular and 2.7% good. Regarding prevention attitudes, 46.4% are good, 25.5% are regular and 28.2% are insufficient. Regarding prevention practices, 49.1% are insufficient, 44.5% regular and 6.4% good

Conclusions: according to the results obtained based on the questionnaire scales, the level of knowledge and practices for the prevention of cervical cancer were limited; however, the attitudes for its prevention were good.

Keywords: cervical cancer. Prevention. Knowledge. Attitudes. Practices. Gynecologists. HPV.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I	12
1.1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
CAPÍTULO III	20
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO GENERAL	20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
CAPÍTULO IV	21
4.1. TIPO DE ESTUDIO	21
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	21
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	21
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	21
4.5. VARIABLES	22
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	22
4.7. PROCEDIMIENTOS	27
4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS	27
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPÍTULO V	29
5. RESULTADOS	29
CAPÍTULO VI	37
6. DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VII	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41



CAPÍTULO VIII	43
8. BIBLIOGRAFÍA	43
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
8.2. BIBLIOGRAFÍA GENERAL	48
CAPÍTULO IX	52
9. ANEXOS	52
ANEXO 1: Operacionalización de variables	52
ANEXO 2: Formulario de recolección de información	57
ANEXO 3: Consentimiento informado	62
ANEXO 4: Base de datos de ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca – ACCESS	64
ANEXO 5: Autorización Hospital José Carrasco Arteaga	65
ANEXO 6: Autorización Hospital Municipal Cuenca	66



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jorge Luis Tapia Vanegas en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos. Cantón Cuenca, 2021.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 02 de abril de 2021

Jorge Luis Tapia Vanegas

C.I: 0105502769



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Erika priscila Galarza Guaicha en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos. Cantón Cuenca, 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 02 de abril del 2021

Erika Priscila Galarza Guaica

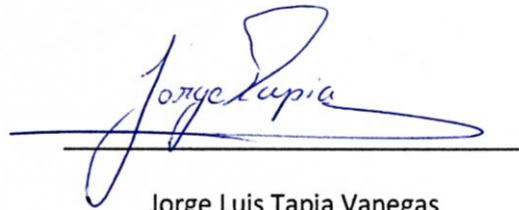
C.I: 0104582267



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jorge Luis Tapia Vanegas, autor/a del proyecto de investigación "**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos. Cantón Cuenca, 2021.**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de *exclusiva responsabilidad de su autor/a.*

Cuenca, 02 de abril de 2021



Jorge Luis Tapia Vanegas

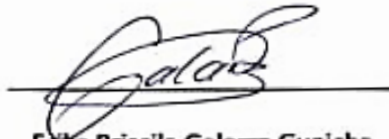
C.I: 0105502769



Cláusula de Propiedad Intelectual

Erika Priscila Galarza Guaicha, autora del proyecto de investigación "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos. Cantón Cuenca, 2021.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 02 de abril del 2021



Erika Priscila Galarza Guaicha

C.I: 0104582267



AGRADECIMIENTO

A mis estimables maestros de carrera, que dedicaron parte de su vida en mi formación académica y personal, de manera especial al Dr. Bernardo Vega por la dirección y valioso aporte a la realización de esta investigación. Agradezco a cada profesional que participó y aportó a esta investigación; agradezco a mis compañeros y amigos con quienes he compartido estos años de vida; dedico y agradezco a mi alma mater y a todos sus funcionarios, tengo una profunda gratitud a todos quienes hicieron posible esta meta.

Jorge Luis Tapia Vanegas

A mi escuela de Medicina y a la Universidad de Cuenca por permitir forjar mis primeros pasos en sus aulas y por enseñarme a luchar por las causas sociales. Al Dr. Vega por dirigir este trabajo de titulación y por su aporte para con la salud de las mujeres. A mis amigos, compañeros de aula y mis compañeros de guardia por el apoyo y el trabajo conjunto para nuestra formación académica. A mi familia por la paciencia y el amor que me animan a seguir cumpliendo mis sueños.

Erika Priscila Galarza Guaicha



DEDICATORIA

A Dios forjador de mi camino; a mi familia: Luis, Gladys, Jaime y Paúl, que han sido mi fortaleza, orgullo y motivación; gracias por el inmenso amor y apoyo en cada paso que doy. A mis abuelitos Belisario, Elvira (+), Antonio (+) y Matilde (+) su bendición y grandes consejos resuenan en mi vida.

Jorge Luis Tapia Vanegas

A mamá, por enseñarme a ser fuerte, valiente y a no rendirme, por ella y para ella, le agradezco y dedicare cada uno de mis triunfos. Y porque sé que ella será quien más los festeje y quien me apoye a construir mi mejor versión diariamente.

Erika Priscila Galarza Guaicha



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer es una de las principales prioridades y retos de la medicina actual; con respecto al cáncer cervicouterino se han logrado avances en la determinación del agente etiológico y los factores de riesgo, sobre todo en varios métodos de cribado y en el desarrollo de medios de prevención como la vacunación. En Ecuador, el cáncer cervicouterino aún se encuentra entre las principales neoplasias, es el segundo por incidencia en la población femenina (1).

En la actualidad, el cáncer de cérvix es una de las neoplasias que más decesos causa anualmente (2), pese a ser una patología prevenible y tratable; sumado a ello, el impacto emocional y económico que produce el cáncer en los enfermos y sus familiares es catastrófico (3).

La cobertura de los programas de vacunación y cribado para cáncer cervicouterino en los países en vías de desarrollo como Ecuador están lejos de alcanzar cifras adecuadas. Para que estos programas de prevención sean efectivos, debe haber una participación conjunta y oportuna tanto de los prestadores de servicios de salud, como de la población en riesgo de desarrollar el cáncer; además de la implementación y disponibilidad de políticas de salud pública favorables (2).

Los proveedores de salud, en cumplimiento de la función de realizar actividades de promoción y prevención de salud, como señala Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) del Ministerio de Salud Pública (MSP); deben educar, captar y realizar un seguimiento a todas las mujeres susceptibles de desarrollar cáncer de cérvix; promoviendo actividades como el tamizaje y diagnóstico temprano (4). En el Ecuador, los médicos generales, ginecólogos y los profesionales de salud, son los encargados de las actividades de promoción y prevención de cáncer de cérvix; por lo que constituyen una pieza



fundamental en los programas contra esta patología. Para que los profesionales de salud realicen un trabajo efectivo en contra de la patología, deben influir en las actitudes y prácticas de la población afectada (5); sin embargo, los resultados obtenidos en algunos estudios similares han revelado que un porcentaje de médicos generales y ginecólogos tienen dudas o no tienen conocimientos, actitudes y prácticas suficientes sobre prevención de cáncer cervicouterino; en un estudio realizado a ginecólogos de Italia, el 24.5% mencionaron no estar seguros de la mayor sensibilidad de la prueba de VPH con ADN comparado con citología tradicional (6).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El último informe Globocan 2018 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que el cáncer cervicouterino es el segundo por incidencia en la población femenina del Ecuador. En el año 2018 se diagnosticaron 1612 nuevos casos y se reportaron 821 decesos por esta patología (1). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el cáncer de útero fue la octava causa más frecuente de muerte en mujeres ecuatorianas en el año 2018 (7).

Las tasas de cáncer de cérvix son muy variables entre países. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la variabilidad de la patología se debe a: situación socioeconómica, calidad de la educación y nivel de desarrollo de las regiones y sus habitantes (2). Existen pocas investigaciones sobre el estado de los profesionales de la salud en temas de prevención de cáncer de cérvix; sin embargo, en los estudios disponibles se observa carencia y discrepancia entre los profesionales, esto se debe a las diferentes guías clínicas oficiales (6). Es así, que pese a la disponibilidad de mejores métodos de cribado como el test de VPH-ADN, en un estudio llevado a cabo en 1000 ginecólogos de Italia, solo el 42,5% de ellos sabía que la prueba de VPH-ADN es más sensible que la prueba de Papanicolau (6).



La OPS afirma que se puede disminuir las tasas de cáncer de cérvix a través de una cobertura amplia a la población que incluya: vacunación contra VPH, programas de cribado, tratamiento temprano de las lesiones neoplásicas y la prestación de cuidados paliativos (2). Como ya se mencionó en este documento, debe haber una participación eficaz de la población, personal de salud y en un entorno favorable con políticas de salud pública que promuevan y financien estos programas (2,5,8).

Para que los programas de cribado tengan un impacto significativo deben cubrir al menos al 70% de la población, cifra que no se cumple en la mayoría de países de la región latinoamericana (2,9). En Ecuador se han reportado cifras de cobertura muy inferiores al mínimo recomendado por la Organización Panamericana de Salud (10,11).

La alta incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer cervicouterino; y la baja cobertura de los programas de cribado inspiran esta investigación sobre el estado de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los ginecólogos de la ciudad de Cuenca sobre prevención de cáncer de cérvix; debido a que son un actor directamente involucrado en los programas contra el cáncer de cuello uterino.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas; sobre prevención de cáncer cervicouterino en los médicos ginecólogos del cantón Cuenca?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación responde a la línea de investigación No. 14 “Problemas de Salud prioritarios”, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (12); y corresponde a la Línea de investigación Ginecológicas, sublínea estrategias de prevención, Área No.4 “Neoplasias”, de las Prioridades de Investigación en Salud, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (13). Según las estadísticas de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de



los años 2005-2009 el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar dentro de los principales cánceres en la mujer adulta, también se menciona que el 26,3% fueron diagnosticadas mediante citología, es decir, en el examen de Papanicolau. Cabe resaltar la importancia de la realización de este examen en las mujeres que han iniciado su vida sexual sin importar la edad (14). Este examen, de costo accesible, muestra cualquier cambio histológico que se presente en el cérvix, los resultados de la histología se entregan en pocas semanas según el laboratorio (15). A pesar de que sea un examen muy recomendado, de bajo coste y eficaz, no cumple el rol de una detección precoz. El Ministerio de Salud Pública cuenta con este servicio en los centros de salud desde el primer nivel de atención, sin embargo, las mujeres no se realizan este examen por falta de conocimiento. Por ello, los ginecólogos deben comprender las guías de salud acerca del cribado de VPH y un probable cáncer de cérvix.

En el Ecuador no se cuenta con una guía en la que los profesionales se puedan referir al momento de realizar este cribado. Por lo que es importante analizar la formación que tiene cada profesional respecto al tema.

En este trabajo se evaluarán los conocimientos de los médicos ginecólogos sobre la prevención en infecciones de virus del papiloma humano y cáncer cervical, todos los exámenes como Papanicolau, VPH-ADN y colposcopia se realizan en diferentes estadios de la mujer ya que cada uno tiene su especificidad y sensibilidad. Esta información fortalecerá las líneas de investigación del Ministerio de Salud sobre prevención de cáncer cervical; ya que los médicos como servidores de la salud influirán en la disminución de las tasas de mortalidad de esta patología.

Los resultados obtenidos se analizarán con los docentes de la Universidad de Cuenca que dirigen el posgrado de ginecología, quienes guiarán a los futuros médicos y especialistas para dar mayor atención a las guías internacionales existentes respecto al cribado de las infecciones del VPH y así formar profesionales que aporten a la disminución de las tasas de infección y cáncer. Esta tesis será publicada en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El cáncer de cuello uterino es el cuarto más frecuente en mujeres a nivel mundial, con un estimado de 570 mil nuevos casos en el 2018; aproximadamente el 90% de muertes por cáncer de cérvix se registraron en países de ingresos medios y bajos (16). En Ecuador, el cáncer de cérvix es el segundo más frecuente en mujeres con 1612 nuevos casos y 821 decesos en 2018 (1).

El virus de papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico del cáncer de cérvix. Hasta la actualidad se han identificado más de 150 genotipos distintos de VPH, de los cuales 40 infectan el epitelio genital (17). El 99.7% de casos de cáncer cervicouterino se asocian a genotipos oncogénicos de VPH (18). La alta incidencia de cáncer de cérvix, entre otros motivos se debe a que la infección del virus de papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, el 80% de la población sexualmente activa ha sido infectada en el transcurso de su vida (19). En un estudio realizado en la provincia del Azuay, la prevalencia de VPH fue de 25,6% y un 20,8% de la población estaba infectada por genotipos oncogénicos de alto riesgo (20).

Favorablemente la mayoría de casos de infección por VPH son autolimitados; sin embargo, en los casos en que persiste el virus, se puede encadenar hacia una neoplasia (19,21). El riesgo de progresión hacia una neoplasia de alto grado se incrementa con la edad, debido a que la persistencia de la infección es más probable en mujeres mayores; en donde, la inmunidad celular del huésped es el factor principal que determina la progresión o regresión de las lesiones neoplásicas; y la persistencia o no de la infección por VPH (22).

La prevención de cáncer de cérvix se basa en la identificación y tratamiento temprano de lesiones premalignas, y en la vacunación contra el VPH (22); sin embargo, el factor de riesgo más importante involucrado en el desarrollo de cáncer



cervicouterino, es precisamente la falta de cribado regular por parte de las mujeres sexualmente activas (23).

La mayoría de pacientes con cáncer en estadios tempranos son asintomáticas y es precisamente durante la fase inicial cuando el cáncer puede ser erradicado efectivamente por métodos quirúrgicos; no así para estadios avanzados donde la indicación es el tratamiento con quimio y radioterapia (22).

Los exámenes disponibles en la actualidad para cribado de cáncer cervicouterino son: citología tradicional, citología de base líquida y prueba de VPH-ADN. Los exámenes de citología consisten en la toma de muestra a través de raspado del cuello del útero y su posterior análisis de la estructura de las células en el microscopio (24). El test de VPH-ADN, por su parte determina en la muestra de cérvix la infección o no de VPH a través de la presencia de ADN del virus, y permite determinar el genotipo de VPH, es decir, si es que el tipo de VPH es de alto o bajo riesgo para cáncer de cérvix. La prueba de VPH-ADN es aproximadamente dos veces más sensible que las pruebas de citología, pero es menos específica que ellas (22).

La realización simultánea de las pruebas de citología y VPH-ADN, se llama prueba conjunta o cotesting. Otro examen médico que se utiliza en pacientes con resultados de cribado positivo, es la colposcopia, que consiste en la observación en tiempo real del cuello uterino, vagina y vulva a través de un instrumento que magnifica las imágenes llamado colposcopio. La colposcopia no es una herramienta de cribado porque necesita de personal altamente entrenado y suele ser más invasiva que las otras pruebas (22).

Se recomienda que la edad de inicio para el cribado de cáncer de cuello uterino sea a partir de los 21 años, sin importar la edad de inicio de vida sexual, y luego realizar una citología cada 3 años en mujeres entre 21 a 29 años. Las pruebas de VPH no están recomendadas en este grupo etario, debido a la alta incidencia de infección y alta probabilidad de autolimitarse sin llegar a producir lesiones neoplásicas (25). En las mujeres entre 30 a 65 años se recomienda realizar una



prueba conjunta cada 5 años; o en su defecto, una citología sola cada 3 años (26,27).

En el caso de que la prueba VPH-ADN sea positiva y la de citología negativa se recomiendan dos opciones: 1) repetir inmediatamente el VPH-ADN test con especificidad para genotipo 16 y 18; 2) repetir la prueba conjunta en 12 meses. La colposcopia está indicada solo en el caso de que persista positiva la prueba de VPH-ADN, o que la infección sea causada por los genotipos 16 y 18 de VPH (22,26).

Para la detección primaria de VPH o carcinoma de cérvix las pruebas tanto moleculares como la citología no muestran diferencia para la detección de esta neoplasia, sin embargo, el VPH-ADN es 50% más efectivo en los cambios del epitelio del cérvix, aunque su especificidad es baja en comparación con el Papanicolau (26).

El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, en una investigación para comparar el rendimiento de las pruebas de cribado para el cáncer de cérvix, encontró un valor predictivo negativo superior con la prueba de VPH-ADN frente a la prueba de Papanicolau. Se estima que 11 de 100000 mujeres que se realizaron únicamente la prueba mencionada dieron positivo para cáncer de cérvix en los tres años siguientes a la realización. Según la investigación se sugiere que es mucho más efectivo realizar una prueba conjunta y una detección temprana de infección con la prueba molecular (28).

En este sentido, la mejor opción en el tamizaje de cáncer de cérvix es la prueba conjunta; sin embargo, las pruebas de VPH-ADN no son accesibles para todas las mujeres en nuestro medio por el alto costo. La citología, a pesar de tener limitaciones, es un método efectivo que deberá aplicarse a todas las mujeres en el rango de edad, si no hay la posibilidad y acceso a las pruebas de VPH (29).



Conocimientos

Es la base teórica o conjunto de información previamente adquirida por los profesionales y que son necesarias para que las personas decidan y actúen de manera adecuada, fundamentados en información y principios científicos (30).

Actitudes

Las actitudes son formas particulares y con predisposición de actuar de los profesionales a ciertas situaciones. Las actitudes son posturas que toman los profesionales en base a su forma de ser y explican por qué las personas a un mismo estímulo adaptan diferentes formas de actuar (30).

Prácticas

Son el conjunto de actividades realizadas de forma continua, que se ajustan a la realidad particular y que tienen un objetivo útil; se sustentan en el conocimiento y experiencia del profesional; e idealmente se basan en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales (30).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de cáncer cervicouterino en médicos ginecólogos del cantón Cuenca.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Describir las características sociodemográficas y profesionales de los ginecólogos del cantón Cuenca.
- 3.2.2 Reconocer los conocimientos sobre cáncer de cérvix de los médicos ginecólogos en los aspectos relacionados sobre la prevención y manejo de las lesiones premalignas y malignas.
- 3.2.3 Determinar las actitudes frente a prevención de cáncer de cérvix de los ginecólogos del cantón Cuenca.
- 3.2.4 Describir las prácticas sobre prevención de cáncer de cérvix que ejecutan los ginecólogos del cantón Cuenca.



CAPÍTULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Área urbana del cantón Cuenca, provincia del Azuay.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El presente estudio se aplicó al universo de médicos especialistas en ginecología que laboran en el cantón Cuenca, en base a los criterios de inclusión y exclusión. El número de ginecólogos se determinó en base a la nómina de los hospitales públicos: Hospital Vicente Corral Moscoso, Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Municipal de Cuenca; además de la base de datos proporcionada por el ACESS que incluye a los médicos particulares. Se obtuvo el siguiente número de profesionales: 69 ginecólogos registrados en el ACESS, 18 ginecólogos pertenecientes al Hospital Vicente Corral Moscoso, 18 ginecólogos pertenecientes al Hospital José Carrasco Arteaga y 4 ginecólogos perteneciente al Hospital Municipal de Cuenca y Red Pública Municipal; contabilizándose un universo de 109 especialistas en ginecología.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Se incluyen dentro del estudio a médicos con las siguientes condiciones:

- Médicos con especialidad en ginecología o títulos homólogos registrados en la SENESCYT.
- Profesionales en ejercicio activo de la especialidad.
- Profesionales que laboren en el cantón Cuenca.
- Ginecólogos que firmaron el consentimiento informado



Criterios de exclusión

Se excluirán de la población de estudio a los siguientes:

- Ginecólogos que no desean formar parte del estudio.
- Ginecólogos a quienes no fue posible contactarles por teléfono, email o personalmente en las casas de salud y consultorios.

4.5. VARIABLES

Se valorarán cuatro categorías y para cada uno de ellos se definieron las siguientes variables:

1. Sociodemográficas y profesionales

1.1. Edad

1.2. Sexo

1.3. Experiencia laboral médica

1.4 Experiencia laboral de especialista en ginecología

1.5. Principal Actividad profesional

1.6. Promedio de pacientes atendidos por día

1.7. Promedio de horas de trabajo por semana

2. Conocimientos

3. Actitudes

4. Prácticas

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Anexo 1

4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: observación, con aplicación de un formulario.



Técnicas: la aplicación de formularios a través de entrevistas personales.

Instrumento: se aplicó un formulario validado y aplicado en una población similar en Italia, tomado de la revista *European Journal of Cancer Prevention*, y que fue elaborado por los autores: Caglioti C., Pileggi C., Nobile C. y Pavia M (1). Es un cuestionario que valora 4 componentes: características sociodemográficas y profesionales; conocimientos; actitudes; y prácticas. Se realizó una prueba piloto en una población similar de 30 profesionales para verificar la estructura y consistencia interna de los ítems planteados y en base a los mismos hemos modificado el test para que la información obtenida se apegue a los objetivos planteados, tomando en cuenta la experticia del director de Tesis, el Dr. Bernardo Vega.

En el siguiente esquema se muestran las respuestas correctas, otorgándole 1(un) punto por cada ítem correcto. Se hace una sumatoria posterior convirtiéndole en porcentaje y se califica: conocimiento, actitud y práctica buena, regular e insuficiente, con un porcentaje de > 80%, 60 a 80% y < 60% respectivamente.

Variable	Calificación	Respuesta
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">• Buena: con > 80% de respuestas acertadas.• Regular: con 60 a 80% de respuestas acertadas• Insuficiente: con <60% de respuestas acertadas	<ol style="list-style-type: none">1. En acuerdo que, los genotipos de VPH 16 y 18 son agentes causantes de cáncer de cérvix (totalmente de acuerdo o de acuerdo).2. En acuerdo que, la evolución más frecuente de una infección de VPH es la curación (totalmente de acuerdo o de acuerdo).3. En acuerdo que, el Papanicolaou es una intervención eficaz para reducir la incidencia de cáncer de cérvix invasivo (totalmente de acuerdo o de acuerdo).



		<ol style="list-style-type: none">4. En desacuerdo que, el cribado de Papanicolaou debe ser anual, para que sea un procedimiento efectivo (totalmente en desacuerdo o en desacuerdo).5. En acuerdo que, la prueba de Papanicolaou le permite identificar una mayor cantidad de lesiones neoplásicas en comparación con la prueba de VPH-ADN (totalmente de acuerdo o de acuerdo).6. En desacuerdo que, en mujeres menores de 30 años, la prueba de VPH-ADN es la preferida como prueba primaria sobre la prueba de Papanicolaou (totalmente en desacuerdo o en desacuerdo).7. En el caso de, una prueba de VPH-ADN positiva y una prueba de Papanicolaou normal, se debe realizar una colposcopia (totalmente en desacuerdo o en desacuerdo).8. Concordar que la prueba de VPH-ADN tiene un valor predictivo negativo mayor que la prueba de Papanicolaou (totalmente de acuerdo o de acuerdo).9. Siempre es preferible realizar la prueba de Papanicolaou y la prueba de ADN del VPH de manera conjunta (totalmente de acuerdo o de acuerdo).
--	--	---



		<p>10. Concordar que la negatividad de una prueba de VPH-ADN le permite realizar el siguiente cribado después de un intervalo de 5 años (totalmente de acuerdo o de acuerdo).</p> <p>11. Indicar que el mejor método de cribado en mujeres mayores de 30 años es la prueba conjunta.</p> <p>12. Indicar que en presencia de una prueba de VPH-ADN positiva, se recomienda realizar un papanicolaou.</p>
Actitudes	<ul style="list-style-type: none">• Buena: con > 80% de respuestas acertadas.• Regular: con 60 a 80% de respuestas acertadas• Insuficiente: con <60% de respuestas acertadas	<ol style="list-style-type: none">1. Concordar que el cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible.2. Concordar que las intervenciones de cribado han cambiado significativamente el pronóstico del cáncer de cérvix.3. No estar de acuerdo que la participación de mujeres en programas de cribado de cáncer de cérvix reduce significativamente el tiempo que se dedica a mujeres con enfermedades ginecológicas.4. Concordar que las guías clínicas publicadas por sociedades científicas u organismos nacionales e internacionales son útiles para la implementación de programas de cribado de cáncer de cérvix.5. No estar de acuerdo que, no es apropiado introducir nuevos



		<p>métodos de cribado como la prueba de VPH-ADN, estando disponible la prueba de Papanicolaou.</p> <p>6. No estar de acuerdo que, sin importar la prueba de cribado para cáncer de cérvix se debe realizar un cribado anual.</p> <p>7. No estar de acuerdo que la introducción del VPH-ADN como prueba primaria tiene el riesgo de reducir la adherencia de las mujeres a los programas de cribado de cáncer de cérvix.</p>
Prácticas	<ul style="list-style-type: none">• Buena: con > 80% de respuestas acertadas.• Regular: con 60 a 80% de respuestas acertadas• Insuficiente: con <60% de respuestas acertadas	<ol style="list-style-type: none">1. Recomienda iniciar el cribado de cáncer de cuello uterino a los 21 años2. Recomienda un intervalo de 3 años entre cada prueba, cuando se utiliza el Papanicolaou como prueba única.3. En mujeres mayores de 30 años recomienda o realiza la prueba conjunta o cotesting (Papanicolaou y prueba de VPH-ADN).4. En el caso de que ambas pruebas del cotesting sean negativas, recomienda o realiza la próxima prueba de detección en 3 a 5 años.5. En mujeres con pruebas de Papanicolaou negativas, se recomienda detener el cribado a los 65 años.



4.7. PROCEDIMIENTOS

Autorización: para la inscripción del proyecto investigación se solicitó la aprobación de la comisión de trabajos de titulación (CTT), del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) y finalmente la aprobación del consejo directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Capacitación: la capacitación de los autores se realizó mediante la revisión bibliográfica actualizada de libros, guías clínicas y artículos científicos; además de la consulta a expertos de la Universidad de Cuenca.

Supervisión: la supervisión del proyecto estuvo supeditada a cargo del Doctor Bernardo Vega.

4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Con los datos recolectados se creó una base de datos en el software Microsoft Excel 2019; luego se trasladó la información al software estadístico IBM SPSS versión 15.0, donde se realizó un análisis descriptivo según los estadísticos de: frecuencia, porcentaje, medidas de dispersión y tendencias central. Los resultados se presentan en tablas de las variables analizadas.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

Previo a ejecutar la investigación, el presente documento fue sometido a revisión y aprobación por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca. Antes de comenzar con la recolección de datos se solicitó mediante oficio la autorización a las casas de salud para la participación de sus médicos en la investigación.

En la presente investigación, se solicitó a los ginecólogos su participación por decisión libre y voluntaria a través de la lectura y autorización del consentimiento informado de manera presencial (ver anexo 3). En el consentimiento se les informó sobre los objetivos del estudio, propósitos,



beneficios, la posibilidad de declinar su participación en cualquier momento y sobre la confidencialidad de la información proporcionada; luego de la autorización por parte de los participantes, se entregó el formulario. Durante toda la investigación se garantizó precautelar la integridad y confidencialidad de los participantes; la información se usó únicamente con propósitos académicos

La población de estudio fue registrada en una base de datos, se eliminó información que revele la identidad de los participantes y fue sustituida por códigos numéricos; al haber concluido la investigación, los datos fueron eliminados y destruidos.

La investigación no generó ningún riesgo para los participantes. El beneficio de este proyecto de investigación es superior; a través de este estudio se identificó las limitaciones en conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del cáncer cervicouterino en los ginecólogos.

Esta investigación fue financiada en su totalidad por los autores.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de 110 ginecólogos encuestados que laboran en el cantón Cuenca según características sociodemográficas. Cuenca, 2020.

Variable			Moda	Media	Desvío estándar	
Edad		No.				
		%				
	31-40	41	37.3	40	46.51	10.273
	41-50	32	29.1			
	51-60	25	22.7			
	61-70	11	10.0			
71-80	1	0.9				
Años de médica/o general		No.				
		%				
	6-10	15	13.6	20	21.68	10.65
	11-15	24	21.8			
	16-20	22	20.0			
	21-25	12	10.9			
	26-30	9	8.2			
	31-35	13	11.8			
	36-40	10	9.1			
	41-45	4	3.6			
46-50	1	0.9				
Años de especialista en ginecología		No.				
		%				
	1-5	24	21.8	7	13.78	9.694
	6-10	27	24.5			
	11-15	18	16.4			
	16-20	12	10.9			
	21-25	14	12.7			
	26-30	7	6.4			
	31-35	6	5.5			
	36-40	1	0.9			
41-45	1	0.9				

	No.	%				
Número de pacientes por día	1-5	12	10.9	15	13.65	6.666
	6-10	30	27.3			
	11-15	35	31.8			
	16-20	21	19.1			
	21-25	9	8.2			
	26-30	2	1.8			
	36-40	1	0.9			
Número de horas por semana	No.	%				
	1-20	9	8.2	40	42.53	18.422
	21-40	58	52.7			
	> 40	43	39.1			

Fuente: Formulario de recolección de información
Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia

Interpretación: el 37.3% de profesionales tienen entre 31 a 40 años de edad, el 21.8% tiene de 11 a 15 años de experiencia como médico. El 24,5% de los encuestados tiene de 6 a 10 años como especialistas en ginecología. El 31.8% atienden de 11 a 15 pacientes por día, el 52.7% trabaja en promedio unas 21 a 40 horas por semana.

Tabla 2. Distribución de 110 ginecólogos encuestados que laboran en el cantón Cuenca según principal actividad laboral. Cuenca, 2020.

Principal actividad profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médico privado	59	53.6%
Profesor universitario	14	12.7%
Médico de hospital público	31	28.2%
Atención primaria	6	5.5%
Total	110	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de información
Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia

Interpretación: el 53,6% de los encuestados tiene su principal actividad laboral en el sector privado; con la consideración que varios encuestados laboran en diferentes sectores, pero se consideró únicamente una respuesta por participante, según la actividad con mayor carga horaria.

Tabla 3. Distribución de 110 ginecólogos encuestados que laboran en el cantón Cuenca según género. Cuenca, 2020.

	Masculino	Femenino	Total
Frecuencia	47	63	110
Porcentaje	42.7%	57.3%	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de información.

Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia.

Interpretación: la población estudiada según el género estuvo constituida por un 57.3% de género masculino y 42,7% de género femenino.

Tabla 4. Distribución de 110 ginecólogos encuestados que laboran en el cantón Cuenca según las variables conocimientos, actitudes y prácticas. Cuenca, 2020.

Variable		Insuficiente	Regular	Bueno	Total
Conocimientos	Frecuencia	75	32	3	110
	Porcentaje	68.2%	29.1%	2.7%	100.0%
Actitudes	Frecuencia	31	28	51	110
	Porcentaje	28.2%	25.5%	46.4%	100.0%
Prácticas	Frecuencia	54	49	7	110
	Porcentaje	49.1%	44.5%	6.4%	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de información.

Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia

Interpretación: el 68.2% de los encuestados tiene conocimientos limitados o insuficientes, el 29.1% conocimientos regulares y el 2.7% conocimientos buenos. El 46.4% tiene actitud buena, el 25.5% actitud regular y el 28.2% actitud insuficiente o limitada. El 49.1% tiene prácticas insuficientes o limitadas, el 44.5% tiene prácticas regulares y el 6.4% prácticas buenas.



Tabla 5. Distribución de 110 ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca según la variable conocimientos. Cuenca, 2020.

Pregunta	Correctas		Incorrectas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Los genotipos de VPH 16 y 18 son agentes causales de cáncer cervicouterino.	108	98,18%	2	1,82%
2. La evolución más frecuente de una infección de VPH es que se autolimita.	96	87,27%	14	12,73%
3. La prueba de Papanicolaou es una intervención eficaz para reducir la incidencia de cáncer cervical invasivo.	104	94,55%	6	5,45%
4. La prueba de Papanicolaou debe realizarse anualmente.	22	20,00%	88	80,00%
5. La prueba de Papanicolaou permite identificar una mayor cantidad de lesiones neoplásicas en comparación con la prueba de VPH-ADN.	64	58,18%	46	41,82%
6. En mujeres menores de 30 años, la prueba de VPH-ADN es la preferida como prueba primaria sobre la prueba de Papanicolaou.	55	50,00%	55	50,00%
7. En el caso de una prueba de VPH-ADN positiva y una prueba de Papanicolaou normal, se debe realizar una colposcopia.	11	10,00%	99	90,00%
8. La prueba de VPH-ADN tiene un valor predictivo negativo mayor que la prueba de Papanicolaou.	78	70,91%	32	29,09%
9. Siempre es preferible realizar la prueba de Papanicolaou y la prueba de ADN de VPH de manera conjunta.	71	64,55%	39	35,45%
10. La negatividad de una prueba de VPH-ADN le permite realizar el siguiente cribado después de un intervalo de 3-5 años.	88	80,00%	22	20,00%
11. ¿Cuál protocolo recomienda para cribado de cáncer de cérvix en mujeres mayores de 30 años?	36	32,73%	74	67,27%
12. ¿Que recomienda en presencia de una prueba de VPH positiva?	17	15,45%	93	84,55%
Promedio	62,50	56,82%	47,50	43,18%

Fuente: Formulario de recolección de información.

Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia



Interpretación: el conocimiento de los especialistas respecto al cribado del cáncer cervical es insuficiente. El 98.18% de los encuestados reconoce que los genotipos de VPH 16 y 18 son los agentes causales del cáncer cervicouterino. El 87% reconoce que la evolución más frecuente de una infección de VPH es que se autolimita, el 95% responde positivamente ante que la prueba de Papanicolau es una intervención eficaz para reducir la incidencia del cáncer cervical invasivo. Únicamente un 20% acertó en que no es necesario realizar anualmente la prueba de Papanicolau, el 64% tiene un conocimiento óptimo en que la prueba de Papanicolau permite identificar un mayor número de lesiones neoplásicas en comparación con la prueba del VPH-ADN. El 50% de los encuestados responde que en mujeres de 30 años la prueba del VPH-ADN es la preferida como prueba primaria sobre la prueba del Papanicolau. Únicamente un 10% acertó en que ante una prueba de Papanicolau normal con una prueba de VPH-ADN positiva se deba realizar una colposcopia, el 71% concordó en que la prueba de VPH-ADN tiene un valor predictivo negativo mayor que la prueba de Papanicolau. El 65% respondió adecuadamente en que siempre es preferible realizar la prueba de Papanicolau y la prueba de VPH-ADN de manera conjunta. El 80% concordó en que la negatividad de una prueba de VPH-ADN le permite realizar el siguiente cribado después de un intervalo de 5 años. El 33% indicó que el mejor método de cribado en mujeres mayores de 30 años es la prueba conjunta, el 15% indicó adecuadamente que en presencia de una prueba de VPH-ADN positiva, se recomienda realizar una prueba de Papanicolau.

Tabla 6. Distribución de 110 ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca según la variable actitudes. Cuenca, 2020.

Pregunta	Correctas		Incorrectas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. El cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible.	110	100,00%	0	0%
2. Las intervenciones de cribado han cambiado significativamente el pronóstico del cáncer de cérvix	107	97,27%	3	2,73%
3. La participación de mujeres en programas de cribado de cáncer reduce significativamente el tiempo que los ginecólogos dedican a mujeres con otras enfermedades ginecológicas	45	40,91%	65	59,09%
4. Las guías clínicas publicadas por sociedades científicas, organismos nacionales e internacionales; son útiles en la implementación de programas de cribado de cáncer de cérvix	100	90,91%	10	9,09%
5. No es apropiado introducir nuevos métodos de cribado, como la prueba de VPH-ADN; estando disponible la prueba de Papanicolaou	90	81,82%	20	18,18%
6. Independientemente de la prueba de cribado utilizada para cáncer de cérvix, siempre es preferible realizar un tamizaje anual	48	43,64%	62	56,36%
7. La introducción del VPH-ADN como prueba primaria de cribado tiene el riesgo de reducir la adherencia de las mujeres a los programas de cribado de cáncer de cérvix.	66	60,00%	44	40,00%
Promedio	80,86	73,51%	29,14	26,49%

Fuente: Formulario de recolección de información.

Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia

Interpretación: la mayoría de los ginecólogos tienen una buena actitud respecto a la detección del virus del papiloma humano, todos los encuestados reconocen al cáncer cervical como una enfermedad prevenible, el 91% de ellos tienen una buena recepción ante la información dada por las guías clínicas. El 41% de los médicos tienen una actitud correcta ante el hecho de que la participación de las mujeres en



programas de cribado del cáncer no reduce significativamente el tiempo que los ginecólogos dedican a mujeres con otras enfermedades ginecológicas. En un 82% de los casos están de acuerdo en que es apropiado introducir nuevos métodos de cribado como la prueba del VPH-ADN, aunque esté disponible la prueba del Papanicolaou. El 44% de los encuestados están de acuerdo en que un tamizaje anual no es necesario, independientemente del método utilizado. Cerca del 60% de los ginecólogos respondieron adecuadamente ante el hecho de que la introducción del VPH-ADN como prueba primaria de cribado no pone en riesgo la adherencia a los programas de cribado para el cáncer de cérvix.

Tabla 7. Distribución de 110 ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca según la variable prácticas. Cuenca, 2020.

Pregunta	Correctas		Incorrectas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Qué edad recomienda iniciar el cribado de cáncer de cuello uterino?	50	45,45%	60	54,55%
2. ¿Con qué intervalo recomienda o realiza la prueba de Papanicolaou como prueba única para la prevención del cáncer de cérvix en la población general?	27	24,55%	83	75,45%
3. ¿Recomienda o realiza la prueba conjunta en mujeres mayores de 30 años?	76	69,09%	34	30,91%
4. ¿Cuándo recomienda o realiza la próxima prueba de detección si las pruebas de VPH-ADN y papanicolaou fueron negativas?	49	44,55%	61	55,45%
5. ¿A qué edad recomienda suspender el cribado de cáncer de cérvix en mujeres con pruebas de Papanicolaou negativas?	68	61,82%	42	38,18%
Promedio	54	49,09%	56	50,91%

Fuente: Formulario de recolección de información.

Autores: Erika Galarza, Jorge Luis Tapia



Interpretación: durante la investigación se resolvió que la práctica de los médicos respecto a la detección del VPH es insuficiente, el 45% de los encuestados reconoce que la edad apropiada para el comienzo de detección respecto al cáncer de cérvix sea a los 21 años, el 25% reconoce que el intervalo de tiempo al utilizar el Papanicolau como prueba única en el cribado del cáncer de cérvix es de 3 años. En cuanto a la implementación de la prueba conjunta en mujeres de 30 años el 69% tiene una práctica buena al aceptar esta determinante. En el caso de que ambas pruebas del cotesting sean negativas, el 45% de los médicos tienen una práctica adecuada al realizar la detección de 3 a 5 años. El 62% responde positivamente al detener el cribado del cáncer cervical a los 65 años cuando son pruebas de Papanicolau negativas.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Los resultados de esta encuesta indican una actitud positiva de los ginecólogos respecto a la introducción de nuevas pruebas para la detección oportuna del cáncer cervical, como lo es la prueba de VPH-ADN. Lo que resulta alentador ante el nivel de conocimiento obtenido, mismo que resulta insatisfactorio sobre los intervalos de tiempo al ocupar las distintas pruebas, las características de cada una de ellas y el manejo adecuado respecto a las edades.

Lo que se corresponde con una práctica inadecuada al percibir erróneamente la edad en la que se debe empezar a realizar la detección, así como los métodos adecuados para las distintas edades. Además del uso de pruebas adicionales que resultan innecesarias cuando se obtiene un resultado positivo en la prueba de VPH-ADN, teniendo una prueba de Papanicolaou normal.

Los resultados varían en relación con el estudio publicado por el European Journal of Cancer Prevention realizado por Caglioti et al en el año 2017, en el cual los ginecólogos tienen un conocimiento bueno 52.4% frente al grupo de estudio que tiene un conocimiento insuficiente en el 68.2%. Un 20% de los encuestados acertó en que no es necesario realizar anualmente la prueba de Papanicolaou, en Italia los ginecólogos acertaron en un 41.1%. Las guías clínicas muestran diferencias en cuanto a los intervalos de tiempo para realizar el tamizaje, por ejemplo; la guía americana de ginecología ACOG (2020), en unión con la U.S. Preventive Services Task Force (2018) recomiendan que en mujeres de 21 a 29 años se realice la prueba de Papanicolaou con un intervalo de tiempo de 3 años (2), en comparación con el estudio publicado por el JMIR Cáncer en el 2019, acerca del análisis de las actitudes sobre los cambios en el cribado del cáncer cervical en Australia, ahí se menciona que el intervalo de tiempo en el Papanicolaou es cada 5 años(3).



Con respecto a la prueba de VPH-ADN como prueba primaria para la detección de cáncer cervical en mujeres de 30 años existe una contradicción en los encuestados, pues el 50% respondió adecuadamente, puede ser que esta contradicción sea reflejo de las diferencias entre la Asociación Americana del Cáncer que menciona que la prueba del VPH-ADN es preferible como prueba primaria para este grupo de edad (4), la guía americana de ginecología reconoce a la prueba de Papanicolaou como la prueba primaria puesto que la prueba de ADN solo muestra la infección más no cambios neoplásicos, así como la identificación de un sinnúmero de subtipos de virus de papiloma, de los cuales no todos son causantes del cáncer cervical (2,5).

El 10% de los encuestados se manifiestan correctamente ante un resultado positivo en la prueba VPH-ADN y un resultado normal de Papanicolaou, quienes comentan que no realizarían una colposcopia, The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology en el año del 2019 considera que no es necesario realizar una colposcopia(5), la guía española de patología cervical y colposcopia menciona que las pacientes con una prueba VPH positiva y Papanicolaou normal presentan un riesgo de neoplasia intraepitelial cervical tipo 2 a los 5 años del 5-10%. No existe consenso sobre cuál es la mejor conducta para seguir, pero una conducta conservadora repitiendo la prueba VPH al año ha demostrado una sensibilidad para detectar las lesiones antes mencionadas, en comparación a la colposcopia inmediata(6).

En cuanto a la práctica al momento del cribado apropiado, existe incertidumbre sobre el momento preciso para empezar a realizar las pruebas correspondientes para una prevención eficaz, el 45% respondieron asertivamente sobre que la edad correcta es a los 21 años, esto en correlación con los ginecólogos italianos quienes responden un 34.4% realizan un cribado en menores de 25 años, el 43.8% de los participantes en el estudio publicado por Hindawi Journal Oncology en el 2019 respondieron que la edad para empezar el cribado es a los 20 años(7), lo que varía mucho de acuerdo a las guías actuales en donde se propone que la edad para empezar un cribado sea a partir de los 25 años, esto lo propone el Australian



National Cervical Screening Program (NCSP) en el año 2017(3), la guía Americana de patología cervical y colposcopia en el año 2019 emite una nueva guía respecto a la edad apropiada, en esta se manifiesta que los 25 años las mujeres se pueden categorizar de mejor manera en un riesgo de padecer cáncer, más aun con la implementación de la vacuna del VPH con la que se ha logrado disminuir el número de infecciones de los diferentes subtipos del virus. En este contexto es importante tomar conciencia sobre una edad apropiada para el cribado, tomando en cuenta el inicio de su vida sexual y cuan eficaz han sido los programas de vacunación, cabe mencionar que muchos de los encuestados durante la toma de datos mencionaron cierto descontento con la pregunta ya que no se mencionaba como un ítem el inicio de vida sexual.

El 25% de nuestros encuestados tiene una buena práctica al indicar correctamente un intervalo de 3 años cuando se realiza la prueba de Papanicolaou como prueba única; en el mismo caso Caglioti obtuvo un 36.8%. En un estudio de Arabia Saudita de 2019, el 68,5% de los encuestados respondió que la citología lo realizan anualmente. En Australia incorporaron en el año 2017 un protocolo de cribado en el que indican que la citología de control se debe realizar cada 5 años, lo que se corresponde con lo emitido por la ASCCP (5), mientras que la ACOG junto con la USPSTF recomiendan un cribado cada 3 años al usar la prueba de Papanicolaou(2). En Ecuador, la estrategia nacional para la prevención del cáncer de cérvix menciona que la prueba de Papanicolaou debe realizarse cada 3 años(8).

Un 45% de los ginecólogos tienen una práctica adecuada en cuanto al intervalo de tiempo de 3 a 5 en el que realizan un control teniendo ambas pruebas del cotesting negativas, la estrategia nacional para el cáncer propone un control a los 5 años, lo mismo sucede con la ACOG y en la guía australiana. La edad para finalizar el cribado en Australia se recomienda en mujeres entre los 70 a 75 años, mientras que la ASCCP recomienda finalizar el cribado a los 65 años de edad, de igual manera la estrategia nacional en Ecuador es realizar un cribado hasta este límite de edad, en correlación con esta información, el 62% de los encuestados respondieron acorde con la culminación de tamizaje de VPH en mujeres de 65 años, mientras que



Caglioti en su estudio obtuvo un 43,9% de resultados positivos para esta interrogante.

La buena actitud de los participantes permitirá una futura implementación de nuevos métodos para el tamizaje como la prueba de VPH-ADN, ya que el 82% de los encuestados afirmaron su predisposición por este método en su programa de tamizaje. La sociedad panamericana de salud en el año 2016 propone una estrategia para la implementación de las pruebas de VPH-ADN, en la que menciona como base científica que las pruebas de VPH tienen una mayor sensibilidad y son más efectivas para detectar las lesiones precancerosas, también menciona que la prueba de VPH requiere de una inversión financiera inicial para los insumos y equipos, pero tiene una mejor relación costo – beneficio en comparación a otras pruebas(9). La implementación de las recomendaciones de las guías clínicas en la práctica diaria resulta útil al guiar una conducta entre otros de cribado y manejo adecuada basada en la evidencia científica, así el 91% de los encuestados concuerdan que resulta útil implementar las recomendaciones de las guías; sin embargo, como ya se ha mencionado también puede generar conflicto entre los profesionales por la discrepancia que hay entre las guías. Lo opuesto ocurre con la población del estudio realizado en Arabia Saudita, quienes no están de acuerdo en un 84.4% en que los programas de cribado sean de utilidad para la prevención del cáncer de cérvix(7), mientras que un 97% de los profesionales consultados afirman que estos programas de cribado han reducido significativamente el pronóstico del cáncer cervical.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas y profesionales de los ginecólogos del cantón Cuenca, el 37.3% tiene entre 31 a 40 años, el 57.3% pertenece al género femenino, el 21.8% tiene de 11 a 15 años de experiencia como médico, el 24,5% de los encuestados tiene de 6 a 10 años como especialistas en ginecología, el 31.8% atienden de 11 a 15 pacientes por día, el 52.7% trabaja en promedio de 21 a 40 horas por semana.
- Respecto a los conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix, el 68.2% de los encuestados tiene conocimiento insuficiente o limitado, el 29.1% tiene conocimiento regular y el 2.7% tiene conocimiento bueno. Siendo los puntos críticos la frecuencia para el tamizaje para el cáncer de cuello uterino y el seguimiento posterior a una prueba positiva de VPH.
- Referente a actitudes sobre prevención de cáncer cervicouterino, el 46.4% tiene actitud buena, el 25.5% tiene actitud regular y el 28.2% tiene actitud insuficiente o limitada. El 100% de los encuestados está de acuerdo que el cáncer de cérvix una enfermedad prevenible, un 82% está de acuerdo en introducir nuevas pruebas para la detección oportuna como lo es la prueba de VPH-ADN y un 40% considera que la introducción de la prueba de VPH como prueba primaria tiene el riesgo de reducir la adherencia de las mujeres a los programas de cribado.
- En relación a las prácticas para prevención de cáncer de cérvix, el 49.1% tiene prácticas insuficientes o limitadas, el 44.5% tiene prácticas regulares y el 6.4% tiene una buena práctica. Tan solo un 45% de los profesionales de salud empiezan a realizar un cribado a la edad de 21 años como correspondería, el 25% tiene una buena práctica al reconocer 3 años como el intervalo ideal al utilizar la prueba de Papanicolau como prueba única.



7.2. RECOMENDACIONES

En el Ecuador hace falta una guía práctica clínica que permita estandarizar procedimientos para que estos sean aplicados por los profesionales de la salud para un manejo apropiado, ya que de la población estudiada el conocimiento y la práctica para la prevención son limitados, se debe tomar en cuenta diferentes variables a la hora de llegar a un consenso en las guías clínicas para el manejo de las infecciones de virus de papiloma humano y sus complicaciones adaptándose a las realidades y necesidades locales.

Generar cursos de educación continua para profesionales y ginecólogos en el aspecto del manejo específico de las lesiones malignas y premalignas del cuello uterino.



CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cancer Today [Internet]. Global Health Observatory; 2018 [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Pan American Health Organization. Plan of Action for Cervical Cancer Prevention and Control 2018-2030 [Internet]. Washington, D.C: PAHO; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38574>
3. Zambrano LJG, Sánchez MMC, Saltos MEL, Cedeño JCS, Parrales GMM, Vinuesa GML. VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social: un estudio desde el punto de vista psicosocial. *Dominio Las Cienc.* 2018;4(4):25-35.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito; 2013.
5. Heena H, Durrani S, AlFayyad I, Riaz M, Tabasim R, Parvez G, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices towards Cervical Cancer and Screening amongst Female Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study [Internet]. Vol. 2019, *Journal of Oncology*. Hindawi; 2019 [citado 11 de marzo de 2020]. p. e5423130. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jo/2019/5423130/>
6. Caglioti C, Pileggi C, Nobile CGA, Pavia M. Gynecologists and human papillomavirus DNA testing: exploring knowledge, attitudes, and practice in Italy. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* 2017;26(3):249-56.



7. INEC. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018 [Internet]. 2019 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/
8. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Méd.* marzo de 2017;21(1):187-203.
9. Harper DM, Plegue M, Harmes KM, Jimbo M, SheinfeldGorin S. Three large scale surveys highlight the complexity of cervical cancer under-screening among women 45–65years of age in the United States. *Prev Med.* 1 de enero de 2020;130:105880.
10. Martínez Gaona K del C, Méndez Orellana MA, Ramón Brito CM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al servicio de Ginecología en el Subcentro de Salud de la Parroquia El Valle-Cuenca-2014. 2015 [citado 13 de diciembre de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22492>
11. Orquera Andrade EA, Llerena Cepeda M. Calidad del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, Centro de Salud Cevallos, junio 2015 a junio 2016. *Enferm INVESTIGA.* 2016;1(4):158-63.
12. Universidad de Cuenca. Líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. Disponible en: http://www.ucuenca.ec/images/facu_medicina/Investigacion/LINEASDEINVESTIGACION.pdf
13. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. :38.
14. Martínez F, Abrvogril L, Pérez L. Sexto informe, epidemiología del cáncer en el cantón Cuenca 2005-2009. Cuenca. 2015;



15. Flores YN, Bishai DM, Lőrincz A, Shah KV, Lazcano-Ponce E, Hernández M, et al. HPV testing for cervical cancer screening appears more cost-effective than Papanicolaou cytology in Mexico. *Cancer Causes Control*. Febrero de 2011;22(2):261-72.
16. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. *Cáncer*. World Health Organization; 2019 [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>
17. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabr e K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. marzo de 2018;44(1):1-13.
18. Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papillomavirus testing. *Obstet Gynaecol*. 2016;18(4):251-63.
19. CDC. Six Reasons to Get Vaccinated Against HPV [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [citado 30 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine/six-reasons.html>
20. Cabrera J, Cárdenas O, Campoverde M, Ortiz J. Prevalencia de genotipos del papiloma virus humano en mujeres de la provincia del Azuay, Ecuador. *Maskana*. 1 de diciembre de 2015;6(1):79-93.
21. Berek JS. Berek y Novak. *Ginecología* [Internet]. 16ava ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2019. 1256 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=s3HFwwEACAAJ>
22. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. *Williams Gynecology*. Third Edition. McGraw Hill Professional; 2016.
23. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical Cancer in Women With Comprehensive Health Care Access:



Attributable Factors in the Screening Process. JNCI J Natl Cancer Inst. 4 de mayo de 2005;97(9):675-83.

24. American Cancer Society. La prueba de Papanicolaou [Internet]. Cancer. 2020 [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-papanicolaou.html>

25. Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. Semin Oncol Nurs. 2017;33(2):172-83.

26. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam S, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. CA Cancer J Clin. 2012;62(3):147-72.

27. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador [Internet]. 2017 [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/ac_0059_2017.pdf

28. Instituto Nacional del Cáncer. Resultado negativo de prueba del VPH es mejor predictor de riesgo bajo de cáncer de cuello uterino [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2014 [citado 29 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/comunicados-de-prensa/2014/predictor-riesgo-de-vph>

29. Colin Ferreyra MDC, Domínguez García MV, Mendieta Zeron H, Rojas Arizmendi IJ, Romero Figueroa MDS. Sensibilidad y especificidad de las pruebas de citología, colposcopia, biopsia y detección del virus del papiloma humano en lesión intraepitelial escamosa [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México y Ediciones y Gráficos Eón; 2017 [citado 5 de enero de 2020]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67963>



30. Figueroa Solano NM. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. Universidad Nacional de Colombia; 2010.
31. Cervical Cancer Screening (Update) [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical Guidance/Practice Advisory/Articles/2018/08/Cervical Cancer Screening Update](https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Practice%20Advisory/Articles/2018/08/Cervical%20Cancer%20Screening%20Update)
32. Dodd RH, Obermair HM, McCaffery KJ. A Thematic Analysis of Attitudes Toward Changes to Cervical Screening in Australia. JMIR Cancer [Internet]. 11 de abril de 2019 [citado 29 de diciembre de 2020];5(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482401/>
33. American Cancer Society. Prueba de VPH [Internet]. Cancer. 2020 [citado 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-vph.html?docSelected=cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-temprana-pap-test#referencias>
34. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. J Low Genit Tract Dis. Abril de 2020;24(2):102-31.
35. Torne A, Andia A, Castro M, Hernández J. AEPCC-Guía: COLPOSCOPIA. ESTÁNDARES DE CALIDAD [Internet]. Publicaciones AEPCC; 2018 [citado 29 de diciembre de 2020]. 80 p. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC_revista10-colposcopia-web.pdf
36. Salud OP de la. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino. Manual para gerentes de programas de salud. OPS Washington; 2016.



8.2. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales [Internet]. Segunda. Washington, D.C: World Health Organization; 2016 [citado 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino. Manual para gerentes de programas de salud [Internet]. OPS Washington; 2016. 77 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31223>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. Obstet Gynecol. Enero de 2016;127(1):e1-20.
4. Ebisch RMF, Rovers MM, Bosgraaf RP, van der Pluijm-Schouten HW, Melchers WJG, van den Akker P a. J, et al. Evidence supporting see-and-treat management of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis. BJOG. Enero de 2016;123(1):59-66.
5. Smith RA, Andrews K, Brooks D, DeSantis CE, Fedewa SA, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer screening in the United States, 2016: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. Abril de 2016;66(2):96-114.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention. Obstet Gynecol. Octubre de 2016;128(4):e111-30.



7. Chawla PC, Chawla A, Chaudhary S. Knowledge, attitude & practice on human papillomavirus vaccination: A cross-sectional study among healthcare providers. *Indian J Med Res.* Noviembre de 2016;144(5):741-9.
8. Arrossi S, Temin S, Garland S, Eckert LO, Bhatla N, Castellsagué X, et al. Primary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Guideline. *Journal of Global Oncology* [Internet]. 17 de marzo de 2017 [citado 25 de enero de 2021]; Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JGO.2016.008151>
9. Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Abril de 2017;26(4):444-57.
10. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N, et al. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 1 de Julio de 2017;28(suppl_4):iv72-83.
11. Warner EL, Ding Q, Pappas L, Bodson J, Fowler B, Mooney R, et al. Health Care Providers' Knowledge of HPV Vaccination, Barriers, and Strategies in a State With Low HPV Vaccine Receipt: Mixed-Methods Study. *JMIR Cancer* [Internet]. 11 de Agosto de 2017 [citado 8 de enero de 2020];3(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5572057/>
12. Rerucha CM, Caro RJ, Wheeler VL. Cervical Cancer Screening. *Am Fam Physician.* 1 de abril de 2018;97(7):441-8.
13. Kelly C, Pericleous M, Hendy J, de Lusignan S, Ahmed A, Vandrevalla T, et al. Interventions to improve the uptake of screening across a range of conditions in Ethnic Minority Groups: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 19 de junio de 2018;e13202.



14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 747: Gynecologic Issues in Children and Adolescent Cancer Patients and Survivors. *Obstet Gynecol.* Agosto de 2018;132(2):e67-77.
15. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 21 de Agosto de 2018;320(7):674-86.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol.* octubre de 2018;132(4):e181-6.
17. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* noviembre de 2018;68(6):394-424.
18. Szymanski LM, Bienstock JL. Manual de obstetricia y ginecología de Johns Hopkins. Medellín: Amolca; 2019.
19. Nani S, Hassoune S, Benallal M, Kissi D, Maaroufi A. Knowledge by physicians concerning cervical cancer and testing: Benimellal province, Morocco. *East Mediterr Health J.* 18 de febrero de 2019;24(12):1135-45.
20. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* mayo de 2019;69(3):184-210.
21. Sawaya GF, Smith-McCune K, Kuppermann M. Cervical Cancer Screening: More Choices in 2019. *JAMA.* 28 de mayo de 2019;321(20):2018-9.
22. Vogell A, Evans ML. Cancer Screening in Women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Septiembre de 2019;46(3):485-99.



23. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020;70(5):321-46.
24. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet*. 22 de febrero de 2020;395(10224):575-90.
25. Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *J Low Genit Tract Dis*. abril de 2020;24(2):132-43.
26. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis*. abril de 2020;24(2):102-31.

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cronológica	Documento de identidad	Numérica
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencia a seres humanos en hombre y mujer.	Fenotípica	Caracteres sexuales secundarios.	1. Hombre 2. Mujer
Experiencia laboral médica	Medida en años desde que se incorporó de la universidad.	Cronológica	Inscripción de su título de tercer nivel en la SENESCYT	Numérica
Experiencia laboral de especialista en ginecología	Medida en años desde que se incorporó como especialista en ginecología.	Cronológica.	Inscripción de su título de cuarto nivel en la SENESCYT	Numérica
Principal actividad profesional	Tarea que realiza diariamente relacionado con su profesión.	Laboral	Médicos registrados en la base de datos del ACCESS, Hospital Vicente Corral Moscoso, Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Municipal de Cuenca.	1. Médico privado 2. Profesor universitario 3. Médico de hospital de público 4. Médico de centro de salud MSP 5. Otro
Promedio de pacientes atendidos por día	Número aproximado de pacientes que llegan a la consulta cada día.	Laboral	Número de citas programadas por día (MSP) o según agendamiento en consultorio.	Numérica
Promedio de horas de trabajo por semana	Número aproximado de horas en las que el profesional ocupa en su	Laboral	Determinado en su contrato u otorgadas por número de citas programadas en su consulta privada.	Numérica



	práctica médica por semana.			
Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix	Información y fundamentos de orden científico previamente adquirida por los ginecólogos sobre prevención de cáncer de cérvix.	Tipo de conocimiento	<ol style="list-style-type: none">1. En acuerdo que, los genotipos de VPH 16 y 18 son agentes causantes de cáncer de cérvix.2. En acuerdo que, la evolución más frecuente de una infección de VPH es la curación.3. En acuerdo que, el Papanicolaou es una intervención eficaz para reducir la incidencia de cáncer de cérvix invasivo.4. En desacuerdo que, el cribado de Papanicolaou debe ser anual, para que sea un procedimiento efectivo.5. En acuerdo que, la prueba de Papanicolaou le permite identificar una mayor cantidad de lesiones neoplásicas en comparación con la prueba de VPH-ADN.6. En desacuerdo que, en mujeres menores de 30 años, la prueba de VPH-ADN es la preferida como prueba primaria sobre la prueba de Papanicolaou.7. En el caso de, una prueba de VPH-ADN positiva y una prueba de Papanicolaou normal, se debe realizar una colposcopia.	<ol style="list-style-type: none">1. Conocimiento Bueno: > 80% de respuestas acertadas2. Conocimiento regular: 60 a 80% de respuestas acertadas3. Conocimiento insuficiente: < 60% de respuestas acertadas



			<ol style="list-style-type: none"> 8. Concordar que la prueba de VPH-ADN tiene un valor predictivo negativo mayor que la prueba de Papanicolaou. 9. Siempre es preferible realizar la prueba de Papanicolaou y la prueba de ADN del VPH de manera conjunta. 10. Concordar que la negatividad de una prueba de VPH-ADN le permite realizar el siguiente cribado después de un intervalo de 5 años. 11. Indicar que el mejor método de cribado en mujeres mayores de 30 años es la prueba conjunta. 12. Indicar que en presencia de una prueba de VPH-ADN positiva, se recomienda realizar un papanicolaou. 	
<p>Actitudes sobre prevención de cáncer de cérvix</p>	<p>Posturas o formas particulares de actuar de los profesionales a ciertas situaciones, en base a su forma de ser.</p>	<p>Tipo de actitud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordar que el cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible. 2. Concordar que las intervenciones de cribado han cambiado significativamente el pronóstico del cáncer de cérvix. 3. No estar de acuerdo que la participación de mujeres en programas de cribado de cáncer de cérvix reduce 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud Buena: > 80% de respuestas acertadas 2. Actitud Regular: 60 a 80% de respuestas acertadas 3. Actitud insuficiente: < 60% de respuestas acertadas



			<p>significativamente el tiempo que se dedica a mujeres con enfermedades ginecológicas</p> <p>4. Concordar que las guías clínicas publicadas por sociedades científicas u organismos nacionales e internacionales son útiles para la implementación de programas de cribado de cáncer de cérvix</p> <p>5. No estar de acuerdo que, no es apropiado introducir nuevos métodos de cribado como la prueba de VPH-ADN, estando disponible la prueba de Papanicolaou.</p> <p>6. No estar de acuerdo que, sin importar la prueba de cribado para cáncer de cérvix se debe realizar un cribado anual.</p> <p>7. No estar de acuerdo que la introducción del VPH-ADN como prueba primaria tiene el riesgo de reducir la adherencia de las mujeres a los programas de cribado de cáncer de cérvix.</p>	
Prácticas sobre prevención de cáncer de cérvix	Conjunto de actividades realizadas de forma continuada, que se ajustan a la realidad	Tipo de prácticas	<p>1. Recomienda iniciar el cribado de cáncer de cuello uterino a los 21 años.</p> <p>2. Recomienda un intervalo de 3 años</p>	1. Práctica Buena: > 80% de respuestas acertadas



	particular y que tienen un objetivo útil; se sustentan en el conocimiento y experiencia del profesional; e idealmente se basan en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales		entre cada prueba, cuando se utiliza el Papanicolaou como prueba única. 3. En mujeres mayores de 30 años recomienda o realiza la prueba conjunta o cotesting. (Papanicolaou y prueba de VPH-ADN). 4. En el caso de que ambas pruebas del cotesting sean negativas, recomienda o realiza la próxima prueba de detección en 3 a 5 años. 5. En mujeres con pruebas de Papanicolaou negativas, recomienda detener el cribado a los 65 años.	2. Práctica regular: 60 a 80% de respuestas acertadas 3. Práctica insuficiente: < 60% de respuestas acertadas
--	--	--	--	--



ANEXO 2: Formulario de recolección de información



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Medicas
FORMULARIO**

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, SOBRE PREVENCIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO, EN MÉDICOS GINECÓLOGOS DEL CANTÓN CUENCA. CUENCA, 2021”

Formulario # _____

Marque con una x; o cuando este indicado responda brevemente

Sección A: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PROFESIONAL

Edad (años)	--
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Año de graduación de Medico General	----
Año de graduación de especialista en Ginecología	----
Indique su PRINCIPAL actividad profesional	Médico privado <input type="checkbox"/> Profesor universitario <input type="checkbox"/> Médico de hospital público <input type="checkbox"/> Médico de centro de salud MSP <input type="checkbox"/> Otro:
¿Cuántos pacientes atiende en promedio por día?	----
¿Cuántas horas trabaja en promedio en una semana?	----

**Sección B: CONOCIMIENTOS**

La evidencia científica permite afirmar que:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los genotipos de VPH (Virus de Papiloma Humano) 16 y 18 son agentes causantes de cáncer cervicouterino					
2. La evolución más frecuente de una infección de VPH es que se autolimita y haya regresión.					
3. La prueba de Papanicolaou es una intervención eficaz para reducir la incidencia de cáncer cervical invasivo.					
4. La prueba de Papanicolaou debe realizarse anualmente, para que sea un procedimiento efectivo.					
5. La prueba de Papanicolaou le permite identificar una mayor cantidad de lesiones neoplásicas en comparación con la prueba de VPH-ADN					
6. En mujeres menores de 30 años, la prueba de VPH-ADN es la preferida como prueba primaria sobre la prueba de Papanicolaou					
7. En el caso de, una prueba de VPH-ADN positiva y una prueba de Papanicolaou normal, se debe realizar una colposcopia					
8. La prueba de VPH-ADN tiene un valor predictivo negativo mayor que la prueba de Papanicolaou					



9. Siempre es preferible realizar la prueba de Papanicolaou y la prueba de ADN del VPH de manera conjunta (cotesting)					
10. La negatividad de una prueba de VPH-ADN le permite realizar el siguiente cribado después de un intervalo de 3-5 años					

B2. A continuación se presentan varios *protocolos de cribado* para la prevención del cáncer de cérvix en **Mujeres mayores de 30 años**. ¿Cuál cree que debería ser el más recomendable?

- Prueba de Papanicolaou seguido de una prueba de VPH-ADN solo en el caso de positividad de la prueba de Papanicolaou
- Prueba de VPH-ADN seguida de una prueba de Papanicolaou solo en el caso de positividad de la prueba de VPH-ADN
- Prueba de Papanicolaou y prueba de VPH-ADN (prueba conjunta) en todas las mujeres
- Ninguna de las anteriores

B3. En presencia de una **prueba positiva** de VPH-ADN en una **mujer mayor 30 años**. Se recomienda:

- Realizar una colposcopia
- Realizar una prueba de Papanicolaou
- No hacer nada y volver a probar después de un año

B4. En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría la eficacia de cada una de las siguientes pruebas de cribado para la prevención del cáncer de cérvix? (Siendo 1: MUY INEFECTIVO y 10: MUY EFECTIVO)

Elija una respuesta para cada prueba

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Papanicolaou con citología convencional.										
Papanicolaou con citología de base líquida.										
Prueba de VPH-ADN										

**Sección C: ACTITUDES**

C1. A continuación indique la respuesta que mejor representa su punto de vista:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. El cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible.					
2. Las intervenciones de cribado han cambiado significativamente el pronóstico del cáncer de cérvix.					
3. La participación de mujeres en programas de cribado de cáncer reduce significativamente el tiempo que se dedica a mujeres con otras enfermedades ginecológicas					
4. Las guías clínicas publicadas por sociedades científicas, organismos nacionales e internacionales; son útiles en la implementación de programas de cribado de cáncer de cérvix					
5. No es apropiado introducir nuevos métodos de cribado, como la prueba de VPH-ADN; estando disponible la prueba de Papanicolaou, una prueba bien establecida y efectiva.					
6. Independientemente de la prueba de cribado utilizada para cáncer de cérvix, siempre es preferible realizar un tamizaje anual.					
7. La introducción del VPH-ADN como prueba primaria de cribado tiene el riesgo de reducir la adherencia de las mujeres a los programas de cribado de Cáncer de cérvix.					



Sección D: PRÁCTICAS

A continuación, se enumeran algunas preguntas sobre, las actividades de prevención del cáncer de cérvix que usted realiza en su práctica clínica. Indique la respuesta que mejor refleja su comportamiento.

D1. ¿En su práctica clínica a qué edad recomienda iniciar el cribado de cáncer de cuello uterino?

- <18 años
- 21 años
- 25-29 años
- 30-34 años

D2. ¿Con qué intervalo recomienda o realiza la prueba de Papanicolaou como prueba única para la prevención del cáncer de cérvix en la población general?

- Cada año
- Cada 2 años
- Cada 3 años
- Cada 4 años
- Cada 5 años

D3. En mujeres mayores de 30 años: ¿recomienda o realiza la prueba conjunta o cotesting de (Papanicolaou y prueba de VPH-ADN)?

- SÍ
- NO

D4. En caso de que ambas pruebas sean negativas, cuando recomienda o realiza la próxima prueba de detección:

- Después de un año
- Después de 2 años
- Después de 3-5

D5. En mujeres con pruebas de Papanicolaou negativas: ¿a qué edad recomienda suspender el cribado de cáncer de cérvix?

- 55 años
- 65 años
- 75 años
- Después de 3 pruebas de detección negativas
- Otra:

¿Cree que necesita más información sobre el tema de cribado de cáncer de cuello uterino?

- SÍ
- NO

¡Gracias por su participación!

**ANEXO 3: Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS; SOBRE PREVENCIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO, EN MÉDICOS GINECÓLOGOS DEL CANTÓN CUENCA. CUENCA, 2021.

Datos del equipo de investigación:

Jorge Luis Tapia Vanegas, con cédula 0105502769, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

Erika Priscila Galarza Guaicha, con cédula 0104582267, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

CÓDIGO

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Erika Priscila Galarza Guaicha	0104582267	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted ha sido invitado a participar en una investigación para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los ginecólogos del cantón Cuenca, sobre la prevención de cáncer cervicouterino. En este apartado usted podría contar con la información general sobre nuestro estudio, si usted tiene dudas respecto al mismo puede compartirlas con nosotros y decidir si desea o no participar del mismo.

Introducción

El cáncer cervicouterino tiene una tasa elevada en nuestra población, es por esta razón que resulta importante analizar cómo se está llevando a cabo la prevención de infecciones causadas por el Virus del papiloma Humano. Por esta razón se busca conocer el nivel de conocimiento, actitud y practica que tienen los especialistas sobre la prevención del cáncer cervicouterino, hemos recogido las bases de datos de los ginecólogos en el cantón de Cuenca registrados en el ACCESS y quienes laboran en hospitales públicos para proceder con esta investigación

Objetivo del estudio

Esta investigación tiene el objetivo de determinar cuál es el nivel de conocimiento, actitud y las prácticas realizadas por los ginecólogos en el cantón Cuenca respecto a la prevención del cáncer cervicouterino con el fin de fortalecer la prevención y disminuir la morbimortalidad debido al virus del Papiloma Humano en nuestra población.

Descripción de los procedimientos

Se determino la participación de alrededor de 110 médicos ginecólogos, quienes se encuentran registrados en la base de datos del ACCESS, sumando también los que laboran en hospitales públicos de la ciudad como el Hospital José Carrasco Arteaga, Hospital Vicente Corral Moscoso y el Hospital Municipal. A quienes se les contactara mediante vía electrónica o de forma personal, según lo amerite. Se averiguarán datos como edad, sexo, experiencia laboral médica, experiencia laboral de especialista, principal actividad profesional, promedio de pacientes atendidos por día, promedio de horas de trabajo por semana, conocimientos, actitudes y prácticas.

Riesgos y beneficios

La participación en la presente investigación no implica riesgo para los participantes. Entre los beneficios que se pretende lograr con el presente trabajo de investigación es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales; y poder reforzar la prevención del cáncer



cervicouterino, de esta forma no solo se beneficia la comunidad sino también los médicos al lograr mejores conocimientos respecto a este tema.

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted puede declinar su participación de forma inmediata, así como durante el proceso de la toma de datos, si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que se encuentra formulándole el cuestionario o mediante respuesta al correo electrónico. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988650647 que pertenece a Erika Priscila Galarza Guaicha o envíe un correo electrónico a erika.galarza@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

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

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha



ANEXO 4: Base de datos de ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca – ACCESS

AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA



Oficio Nro. ACCESS-DPS-AZ-2020-0197-O

Cuenca, 10 de marzo de 2020

Asunto: RESPUESTA: SOLICITA BASE DE DATOS DE NUMERO DE GINECÓLOGOS QUE LABORAN EN EL CANTÓN CUENCA.

Jorge Luis Tapia Vanegas
En su Despacho

De mi consideración:

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACCESS, fue creada mediante Decreto Ejecutivo N. 703, Registro Oficial Suplemento 534 de fecha 01 de Julio del 2015 como un organismo técnico administrativo adscrito al Ministerio de Salud Pública, siendo esta instancia la encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina propagada y del personal de salud.

En atención al Documento Nro. ACCESS-UCS-2020-0138-E de fecha 04 de marzo suscrito por el Sr. Jorge Luis Tapia Vanegas con CI. 0105502769 en calidad de estudiante de medicina de la Universidad de Cuenca, quien solicita se: *“Facilite una base de datos de Ginecólogos o en su defecto el número de Ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca, con el propósito de determinar la muestra de un proyecto de investigación, titulado: Conocimientos, Aptitudes y Prácticas sobre virus de papiloma humano y prevención de cáncer cervicouterino en médicos Ginecólogos del Cantón Cuenca, Cuenca 2020”*.

Bajo este contexto avoco conocimiento de requerimiento y procedo adjuntar matriz del número de Ginecólogos que laboran en el cantón Cuenca, en formato Excel.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Juan Manuel Aviléz Zea
DELEGADO PROVINCIAL DE ACCESS - AZUAY



ANEXO 5: Autorización Hospital José Carrasco Arteaga



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2020-0236-M

Cuenca, 08 de septiembre de 2020

PARA: Sr. Dr. Luis Fernando Moreno Montes
Jefe de Área Materno Infantil del Hospital de Especialidades - José Carrasco Arteaga

ASUNTO: Dar las facilidades a

De mi consideración:

Luego de un cordial y atento saludo, la Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a Tapia Vanegas Jorge Luis con cédula de Identidad: 0105502769 y Erika Priscila Galarza Guaicha con cédula de Identidad: 0104582267, estudiantes de la Universidad de Cuenca con el fin de que puedan desarrollar su investigación, sobre el tema: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MÉDICOS GINECÓLOGOS. CANTÓN CUENCA, 2021”** Sírvese en disponer a quién corresponda, dar las facilidades necesarias para la ejecución de dicha investigación, con los datos para la aplicación de un formulario a los Médicos Especialistas de Ginecología.

CORREO: jorge.tapia@ucuenca.edu.ec
erika.galarza@ucuenca.edu.ec

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Marco Vinicio Rivera Ullaauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA



ANEXO 6: Autorización Hospital Municipal Cuenca



Fundación Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca Hospital Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca.

Oficio Nro. DIR-FMMN-2020-0078

Cuenca, 20 de agosto del 2020

De mi consideración

Por el presente me es grato saludarle y en atención al oficio N°. 25-DEM-CTT-20, suscrito por el Dr. José Roldán Fernández, Director de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, en el cual solicita autorización para la aplicación de encuesta a médicos ginecólogos de la Fundación Municipal, "**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO EN MÉDICOS GINECOLOGOS. CANTÓN CUENCA, 2021**", recopilación que estará a cargo por los estudiantes Jorge Luis Tapia Vanegas y Erika Galarza Guaicha, y dirigidos por el Dr. Bernardo Vega, docente de la facultad.

Con este antecedente me permito informar que se ha revisado el Convenio Interinstitucional entre la Fundación Municipal y la Universidad de Cuenca el cual se encuentra vigente, por lo que se autoriza la aplicación de la encuesta, pero cumpliendo con lo que dicta la norma de Consentimiento Informado, solicito se acerque a firmar el Acta de Confidencialidad de la Información el día jueves 21 de agosto del 2020 a las 11H00.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Con sentimiento de distinguida consideración

Dra. Ximena Albuja Arias.

Directora General de la Fundación Municipal



FUNDACIÓN MUNICIPAL
DE LA MUJER Y EL NIÑO
DE CUENCA

Calle del Camal y Vía a Patamarca
Teléfonos: (07) 2901249 / 2901250 / 290 1251
Cuenca, Ecuador
www.hospitalmunicipalcuenca.gob.ec

@hospitalcuenca
Hospital Municipal