

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua

Recinto Universitario “Rubén Darío”



Tesis Monográfica para optar al título de Médico y Cirujano

Tema: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou que poseen pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en durante el segundo trimestre del año 2016.

Autor:

Bra. Elba Fernanda Espinoza Villanueva

Tutor:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

Managua, Nicaragua, 2017

Dedicatoria:

A mi familia, mi madre Karla Raquel Villanueva una gran mujer quien ha sido esa persona incondicional y clave durante toda mi vida a quien le agradezco la persona que soy, y que con su amor ha sabido guiarme en mi camino, apoyarme en todo lo que he necesitado y que pese a mis faltas y errores siempre me perdona y me da esperanzas para seguir adelante; mi hermano Carlos Jesús Espinoza quien siempre ha confiado en mí y ha ayudado con su ternura y; Robin John Brautigam quien desde hace algún tiempo se ha convertido en parte de las personas más importantes de mi vida y quien con su amor me impulsa a seguir adelante.

Agradecimiento:

A Dios por haberme permitido culminar esta etapa de mi vida y guiarme siempre en mi camino.

A mi familia por haberme apoyado y ayudado a superar todos los obstáculos y momentos difíciles que he tenido a lo largo de toda mi vida y mi carrera y ser siempre quienes me impulsen a seguir adelante.

A mi tutor Dr. José de los Ángeles Méndez por ser quien me haya apoyado a la realización de mi trabajo monográfico tan importante para la culminación de mi carrera universitaria.

Opinión del Tutor

Mantener bien informado al personal de salud, que atiende a las mujeres en cualquiera de las etapas de su vida, es fundamental y esto se va a lograr con la retroalimentación, de lo que saben, lo que dicen y lo que hagan los pacientes.

Este estudio aborda un tópico muy interesante, que saben las pacientes acerca de una prueba tan vital, que nos sirve para hacer un diagnóstico temprano y poder evitar muerte materna.

Reciba la investigadora mis más altas muestras de felicitaciones sinceras por el esfuerzo científico realizado.

Atentamente:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

Tutor

Resumen:

“Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en durante el segundo trimestre del año 2016”

Se realizó un estudio investigativo tipo CAP, descriptivo de corte transversal en la consulta externa del hospital Berta Calderón Roque de la ciudad de Managua durante el periodo que comprende el segundo trimestre del año 2016 con el objetivo de valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen pacientes que acuden a la consulta externa de dicho hospital, cuyo universo está constituido por 200 pacientes que acudieron a la unidad de salud y que aceptaron participar en el estudio, la muestra fue por conveniencia igual al universo, el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y el instrumento de recolección de la información fue una encuesta estructurada.

En los resultados se encontró que el 54% de las pacientes son mayores de 35 años de edad, 58% no profesional y 48% casadas; 74.5% iniciaron vida sexual a edades tempranas antes de los 19 años de edad, habiendo tenido el 47% de 2-3 compañeros sexuales y negando el 84.5% antecedentes de infecciones de transmisión sexual. En cuanto a conocimientos se encontró que el 44% fue regular, en actitudes el 61% fue desfavorable, en prácticas el 55% fue buena y la principal fuente de información son médicos en un 73%.

En genera se concluyó que en nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que posee la población en estudio sobre Papanicolaou es mala dado el conocimiento regular, la actitud desfavorable y la diferencia poco significativa entre las prácticas buenas y malas, y teniendo en cuenta que entre las razones de realización se encontró que las pacientes refirieron ser por orden médica y en menor proporción por sentir malestares lo que indica que entre quienes poseen buenas prácticas es por necesidad u obligación y no porque en realidad sean ellas quienes dan la importancia debida a la prueba de PAP.

Índice

I. Introducción:	7
II. Antecedentes:	8
III. Justificación:	10
IV. Planteamiento del Problema:	11
V. Objetivos:	13
VI. Marco teórico:	14
VII. Diseño Metodológico:	28
VIII. Resultados	39
IX. Análisis de resultados	45
X. Conclusiones	51
XI. Recomendaciones	52
XII. Bibliografía	53
XIII. Anexos	55

I. Introducción:

El Papanicolaou es un método sencillo para la detección oportuna del Cáncer Cérvico uterino. Es un examen simple, barato e inocuo. Su objetivo es determinar la presencia y extensión de células anormales. Debe realizarse a toda mujer que haya iniciado vida sexual.

La tasa de cobertura de Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil en Nicaragua para los años 2010 y 2011 fue de 13% y 25% respectivamente presentándose un aumento de 12% de cobertura. Sin embargo, esta cobertura sigue siendo insuficiente. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

El cáncer de cuello uterino es de las neoplasias malignas femeninas más importantes en todo el mundo por su frecuencia y mortalidad asociada, todos los años surgen 493.000 casos nuevos y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad anualmente, representa la segunda causa de muerte de las defunciones de origen neoplásico en mujeres. (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004), siendo en Nicaragua la principal causa de muerte. La tasa cruda de mortalidad por cáncer Cérvico uterino a nivel internacional para el año 2011 se estimó en 8.2%, para Centro América en 10.1% y para Nicaragua 14.5%.

Más del 80% de las defunciones mundiales por esta patología ocurren en países en vía de desarrollo, en los países desarrollados que tienen campañas de detección adecuadas con la toma del Papanicolaou se ha logrado una reducción de mortalidad por esta causa en aproximadamente un 80% en los siguientes 50 años luego de la introducción de la prueba.

Por tanto, es de gran importancia que se mejore la cobertura nacional con la citología cervical en mujeres en edad fértil para controlar el grave problema de salud pública que representa el Cáncer Cérvico uterino, pero para lograr tal objetivo es vital que las pacientes conozcan y tengan conciencia acerca de la necesidad de acudir a las unidades de salud y realizarse la citología y/o no rehusarse en caso que el personal médico se lo oferte.

II. Antecedentes:

Durante el último trimestre del año 2013 en Chiclayo, Perú se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del “Hospital Regional Docente Las Mercedes” donde se concluyó que el nivel de conocimientos fue alto, las actitudes en su mayoría desfavorable y las practicas inadecuadas. (Aguayo, 2013)

En el año 2015 durante los meses de Julio-Agosto en Lima, Perú se realizó un estudio Cuantitativo, Descriptivo Correlacional, prospectivo, cuya población estuvo conformada por todas las mujeres mayores de 15 años que acuden a la consulta externa de Ginecología del Hospital San José con el objetivo de Evaluar el conocimiento, actitudes y práctica sobre el examen de Papanicolaou la población en estudio encontrándose que las pacientes presentan un nivel de conocimiento alto, una actitud favorable y una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou. Otra conclusión importante es que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable; entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada y relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou. (Hanke, 2015)

En el año 2012 durante el período de 1-31 de marzo del año 2015 en el departamento de Boaco, Nicaragua se realizó un estudio cualitativo, de corte transversal, tipo CAP con el objetivo de determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil con vida sexual activa que acuden al centro de salud Juan Ramón Guillen Navarro donde se encontró que la población estudiada poseen conocimientos malos, actitudes regulares, práctica regular cuya principal fuente de información fue el personal de salud. (Meza & Morales, 2012)

En el año 2014 durante el periodo del 1 de febrero al 31 de mayo en el departamento de Chontales, Nicaragua se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil sobre la citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) que asisten al centro de salud Pablo Úbeda del

Municipio de Santo Tomas donde se encontró que el conocimiento que posee la población estudiada es bueno, con actitudes favorables y práctica mala. (López & Rivas, 2014)

En el año 2014 durante el período de Agosto-noviembre en el departamento de Matagalpa, Nicaragua se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el conocimiento, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil acerca de la toma del PAP en el puesto de salud Las Alabazas en el cual se concluyó que el conocimiento poseído por la población estudiada era malo, con actitudes indecisas y bajo nivel de prácticas. (Rojas & Cruz, 2014)

En el año 2015 durante el período de septiembre-octubre del año 2015 en la paz, Carazo, Nicaragua se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de establecer conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en las mujeres que asisten al puesto de salud de Esquipulas donde se encontró que el 76 % de la población en estudio poseía buenos conocimientos, 85.33 actitudes favorables, 45.33 prácticas de riesgo intermedio seguida por una mínima diferencia de prácticas de riesgo bajo en un 44% de la población. (Serrano, 2015)

Durante el período octubre-Diciembre del año 2015 en Managua, Nicaragua se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de la consulta externa de Gineco obstetricia del Hospital Alemán Nicaraguense, se encontró en los resultados que el nivel de conocimientos es alto (59%), las actitudes son favorables (89%) y las prácticas con respecto a la toma del Papanicolaou son favorables pero no con las prácticas sexuales. (Vilchez & Baez, 2015)

III. Justificación:

Latino América y el Caribe presentan altas tasas de mortalidad por cáncer Cérvico, siendo estas las más altas del mundo.

Los programas de Detección Temprana para Cáncer Cérvico Uterino, contribuyen de manera significativa a la reducción de la Morbi-mortalidad por esta patología.

El Papanicolaou ofrece los beneficios de ser un método sencillo, simple, barato e inocuo, capaz de detectar precozmente el cáncer Cérvico uterino, el cual es 100% prevenible; las mujeres con vida sexual activa deberían realizarse dicha prueba por lo menos una vez al año, teniendo en cuenta que la población del país presenta muchos factores de riesgo. (Ministerio de Salud, MINSA, 2006)

Nicaragua disminuyó la incidencia del cáncer cérvico-uterino desde 2006 al 2013, al pasar de 20 mil por cada 10 mil mujeres en edad fértil a 14 mil, no obstante, a ese descenso y a las acciones adoptadas con tal de prevenir la enfermedad, esta sigue siendo la principal causa de muerte de las féminas, (Ministerio de la Salud Nicaragua , 2013)cobrando gran cantidad de vidas anualmente y la cobertura de las mujeres en edad fértil con Papanicolaou es muy pobre.

Por tanto se hace necesario fortalecer las acciones preventivas para la detección oportuna y abordaje adecuado de esta patología, y para lograr esto se debe tomar en cuenta tanto al sistema de salud como a la población, ya que la situación sociocultural y económica de las mujeres, el contexto familiar, sus creencias religiosas, el temor, su grado de instrucción y su grupo étnico influyen en su acceso a la información, demanda y utilización de servicios de prevención del Cáncer Cérvico uterino.

Con el presente trabajo se pretende valorar conocimientos, actitudes y prácticas acerca de Papanicolaou que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque para conocer las causas por las cuales existiendo norma de prevención y detección de Cáncer Cérvico Uterino en el país y brindándose la prueba en las unidades de salud, las pacientes no utilizan estos servicios y de esta forma poder realizar medidas que ayuden a mejorar esta situación.

IV. Planteamiento del Problema:

La elevada carga de enfermedad del cáncer cervicouterino en las Américas representa un problema de salud pública de primer orden que debe ser abordado mediante una estrategia integral e interprogramática. El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria. (Organización Mundial de la Salud , 2011)

La citología cervical (prueba de Papanicolaou) ha sido utilizada para la detección precoz del cáncer cervicouterino, permitiendo la reducción del número de muertes resultantes de esta enfermedad. En muchos países en desarrollo la utilización de la citología no se ha visto acompañada de una reducción de la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. El fracaso de los programas de cribado en América Latina no sólo se debe a las limitaciones de la citología como prueba de tamizaje sino también a la organización de los sistemas sanitarios y a aspectos culturales y comunitarios.

En Nicaragua los esfuerzos realizados hasta el momento no han sido suficientes; en la población femenina el Cáncer Cérvico Uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad y la cobertura de Papanicolaou es muy baja (Ministerio de Salud, MINSA, 2006) , y siendo este un método sencillo, barato y eficaz para tamizaje es necesario realizar mayores esfuerzo para que la cobertura de éste sea mayor y así disminuir la cantidad de muertes que cobra anualmente el cáncer cervicouterino, pero para esto se debe tomar en cuenta tanto al sistema de salud como a la población en general ya que las consideraciones de género son particularmente importantes, la situación sociocultural y económica de las mujeres, sus creencias religiosas, su grado de instrucción y su grupo étnico influyen en su acceso a la información y a los recursos de salud, considerándose de este modo a la población parte esencial para mejorar esta situación.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en durante el segundo trimestre del año 2016?

V. Objetivos:

General:

Valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas correspondientes a las pacientes encuestadas.
2. Detallar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
3. Identificar el nivel de conocimientos sobre Papanicolaou que poseen las pacientes estudiadas.
4. Reconocer el tipo de actitud con respecto a la realización de Papanicolaou de la población en estudio.
5. Evaluar el tipo de prácticas sobre realización de Papanicolaou que poseen las pacientes en estudio.
6. Identificar las razones de realizarse y no realizarse el Papanicolaou en la población encuestada.
7. Reconocer las principales fuentes de información sobre Papanicolaou en la población en estudio.

VI. Marco teórico:

Cáncer Cérvico Uterino

Definición:

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es una alteración celular progresiva que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. Comienza como una lesión intraepitelial que evoluciona a una neoplasia invasora en un período de entre 10 y 20 años, salvo excepciones.

Epidemiología:

El cáncer de cuello uterino a nivel mundial es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama y el quinto de todos los cánceres.

Anualmente surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical, y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad a nivel mundial. Alrededor del 83% de los casos nuevos tienen lugar en los países en desarrollo donde los programas de detección no están bien establecidos o no son efectivos. En la mayoría de dichos países el cáncer cervical es la principal causa de muerte de cáncer entre las mujeres. (OPS)

En las Américas, se calcula que se producen alrededor de 35.322 defunciones por cáncer Cérvico uterino al año, que representan una pérdida económica de aproximadamente US\$3.300 millones. Es una enfermedad de inequidades que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres.

África, América Central, América del Sur y el Caribe tienen la incidencia más alta. Las tasas más bajas se encuentran en Finlandia, Estados Unidos de América, Canadá, Australia, el Reino Unido y Holanda.

En Nicaragua de las neoplasias malignas en los órganos genitales femeninos, el tumor maligno del cuello del útero es la primera causa más frecuente de muerte en las mujeres (78.68%), siguiendo el tumor maligno del ovario (11.23%).

Según la Organización Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 MEF. Los SILAIS Granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6) y Managua (20.3) reportan las tasas de mayor mortalidad por CaCu en el 2011.

Tasa de Defunción por Cáncer Cervico uterino en Nicaragua 2004 a 2011 (Tasa x 100,000 MEF)

SILAIS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Granada	18.6	14.5	14.3	18.4	9.9	31.3	32.8	28.6
Masaya	18.0	9.6	12.8	18.5	20.0	17.4	17.0	22.0
Chinandega	20.1	18.1	21.0	12.8	17.5	22.9	29.0	20.6
Managua	16.0	17.2	16.5	19.9	15.3	19.5	16.6	20.3
Matagalpa	10.1	20.0	10.4	12.3	9.9	14.2	12.0	18.6
Boaco	17.6	7.5	22.5	9.7	-	9.2	15.9	17.9
Rivas	40.9	16.9	26.6	4.5	31.8	18.0	20.0	17.6
Jinotega	24.5	10.0	11.0	17.0	10.2	10.9	5.3	16.5
RAAS	23.8	19.8	14.6	14.9	11.8	19.9	27.4	15.8
RAAN	31.8	15.8	11.0	13.5	8.0	7.6	6.0	15.0
Chontales	11.6	10.4	13.3	24.4	9.0	18.6	15.0	14.7
Carazo	15.7	18.0	24.6	6.4	24.8	16.2	24.0	9.8
Madriz	6.4	9.5	12.5	14.3	21.7	18.6	13.1	7.7
León	16.6	16.7	17.4	17.8	13.0	13.8	21.9	7.3
Río San Juan	9.8	9.6	4.6	17.4	11.8	-	14.7	7.1
Nueva Segovia	13.6	13.5	15.0	12.8	5.2	11.9	13.4	6.6
Estelí	12.1	17.2	16.6	21.6	26.5	18.0	19.4	4.8
Total general	17.0	15.5	15.7	16.5	14.3	16.8	17.1	16.5

Fuente: Ministerio de Salud/Dirección General de Planificación y Desarrollo/Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)

La tasa cruda de mortalidad para Nicaragua para CaCu, se estima internacionalmente en 14.5, en Centroamérica es 10.1 y a nivel mundial de 8.2; para un total de 1.74 millones de mujeres en el país con riesgo de desarrollar cáncer cervical. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Historia Natural de la enfermedad:

El cáncer Cérvico Uterino es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con un máximo entre los 40 y los 45. Hay un número significativo de casos desde los 30 años.

Surge por el crecimiento incontrolable de células seriamente anormales en el cuello uterino, es decir en la entrada del útero o matriz. La principal causa subyacente es el VPH, que es la infección de transmisión sexual más común del mundo y se estima que afecta a entre el 50% y el 80% de las mujeres con vida sexual por lo menos una vez en sus vidas. (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004)

Existen más de 50 modalidades conocidas de este virus que pueden presentarse en el área genital, y seis de las mismas dan lugar a casi el 80% de los casos de cáncer cervical.

Ciertos tipos del VPH pueden ocasionar cambios celulares anómalos, lo que se denomina displasia. Los casos más leves entran en remisión, especialmente entre las mujeres menores de 35 años, pero si las anomalías persisten con el tiempo y se vuelven más serias, las células acaban degenerando en cáncer. (Serman, 2002)

Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son:

Factores dependientes del virus:

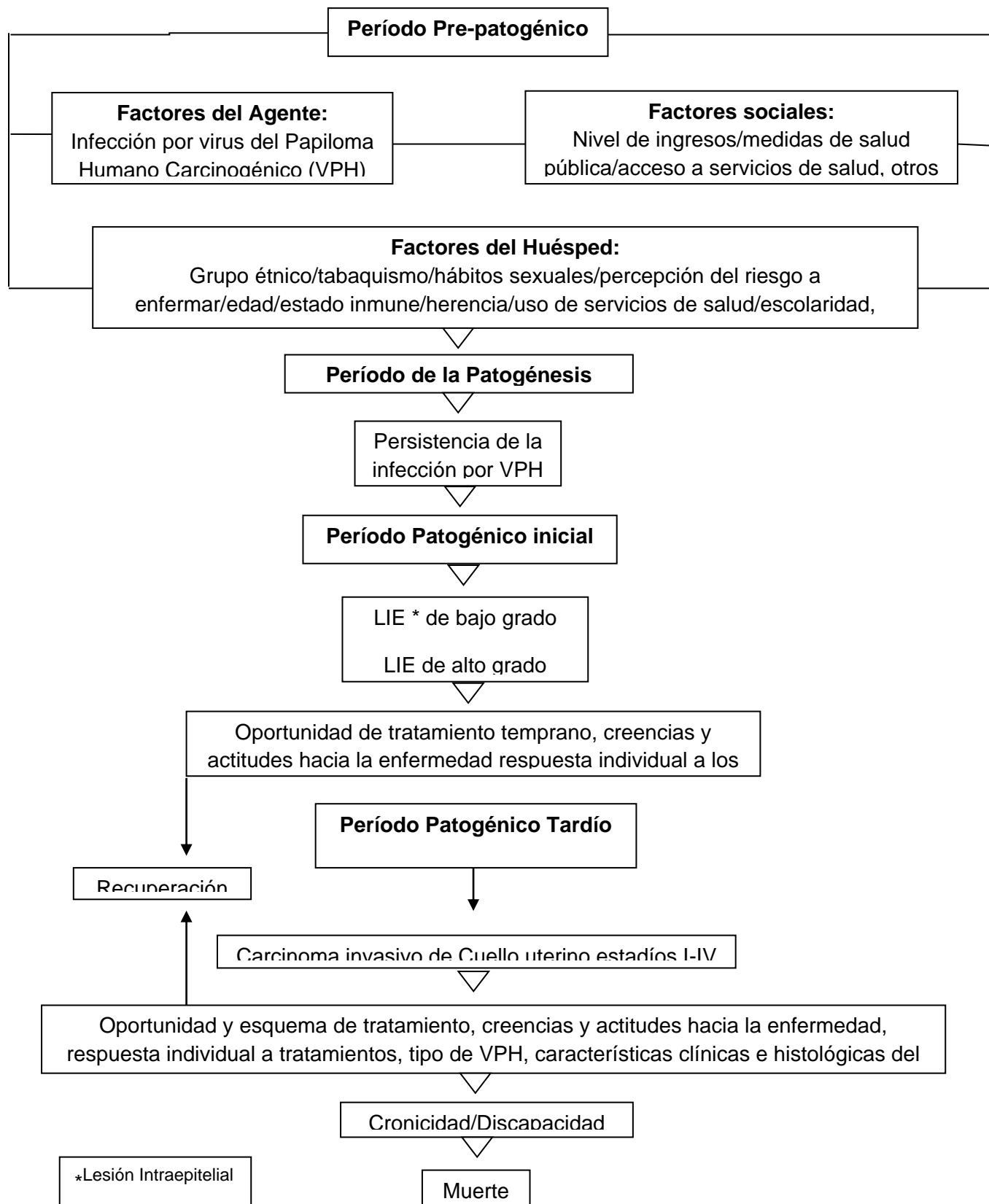
- Tipo viral.
- Persistencia de la infección en exámenes repetidos.
- Carga viral por unidad celular (probable).

Factores ambientales:

- Anticoncepción hormonal oral: Cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.
- Conducta sexual de la población: A mayor número de compañeros sexuales de la pareja, ya que, el hombre se comporta como transmisor de factores de riesgo de una mujer a otra y además puede ser portador en sí mismo de factores oncogénicos en el esmegma.
- Estrato socioeconómico: Las condiciones sociales y económicas en la población de más bajo nivel denotan el bajo acceso a los planteles educativos, fuerza laboral informal, además, de casi siempre contar con precarias condiciones de vivienda y nutrición.
- Estados de depresión y ansiedad: Producen una inmunodepresión que facilita el desarrollo de la patología.
- El virus VPH: Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cuello uterino, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva.
- Inicio de relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes (vitamina C y E).
- Pacientes con inmunodeficiencia (VIH).
- Nunca haberse practicado un test de detección temprana(Papanicolaou)

La progresión de la infección inicial al cáncer puede tomar hasta 30 años; pero la displasia grave puede pasar a convertirse en cáncer en apenas varios años. Las mujeres generalmente contraen el virus en su adolescencia, o a los veintitantos o treinta y tantos años de edad, y acaban teniendo cáncer 20 años o más. En la actualidad no existe cura para el VPH, pero

pueden tratarse sus consecuencias. Si bien todas las mujeres con cáncer cervical han contraído el VPH, las que acaban con cáncer son menos del 5%, incluso aunque no se sometían a pruebas de detección y a tratamiento.



Prevención:

La forma de prevenir las muertes de cáncer cervical es simple y eficaz a través de las pruebas de Papanicolaou periódicas, que permiten diagnosticar las lesiones precancerosas.

Los cambios precancerosos en el tejido Cérvico uterino pueden llevar años, pero si se identifican y tratan debidamente en un principio, las lesiones no llegan a degenerar en cáncer.

La prevención de la infección del papiloma humano contribuirá asimismo a reducir la incidencia del cáncer cervical, pero es algo difícil de lograr. Este virus se transmite fácilmente y suele no mostrar síntoma alguno; y si bien pueden tratarse las verrugas genitales debidas a ciertas formas del virus, no hay nada que permita eliminar la infección en sí, y a persona puede transmitirla durante años. Los condones no protegen totalmente, porque el virus puede estar presente en toda el área genital y alrededor del ano, pero el uso regular de condones y el que las mujeres tengan menos compañeros sexuales ayuda hasta cierto punto. Se están desarrollando vacunas que ofrecen grandes posibilidades de prevenir la infección inicial y la progresión de la enfermedad. (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004)

Otras medidas para controlar factores de riesgo incluyen:

- Retrasar el inicio de la Vida hasta el fin de la adolescencia o después.
- Limitar el número de compañeros sexuales.
- Evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchos compañeros sexuales.
- Evitar las relaciones sexuales con personas que presentan verrugas genitales u otros síntomas de enfermedades venéreas.
- Dejar de fumar.

Papanicolaou:

Definición:

Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino. Es un examen simple, barato e inocuo. (Ministerio de Salud, MINSA, 2006)

La citología cervical (Papanicolaou) consiste en el examen microscópico de células descamadas del cuello uterino. Este método puede ser aplicado fácilmente en grandes masas de población.

Historia:

Papanicolaou fue un patólogo que descubrió que las células tomadas superficialmente del cuello uterino y mediante un proceso de coloración ponían al descubierto células malignas en el cáncer de cuello uterino.

En 1933 se inició un período de investigaciones en la fisiología y la endocrinología sexual femenina. Durante esos estudios mientras clasificaba las células vaginales,

Papanicolaou encontró células neoplásicas en los extendidos de mujeres con cáncer de útero. Papanicolaou se asoció con Trant otro patólogo, y juntos ahondaron en el problema del diagnóstico precoz de cáncer. Los ginecólogos conocedores del drama del cáncer avanzado, comenzaron pronto a interesarse en “las posibilidades de ese nuevo método”.

La aplicación del método citológico comenzó a difundirse, y las mejoras introducidas en las técnicas de obtención del material mediante aspiración endometrial y raspado del endocervix (cuello del útero), permitieron un mayor acierto en el método y su aceptación ya sin reservas.

Exámenes de rutina en la población femenina aparentemente sana, demostraron sus alcances en la pesquisa del cáncer cervical uterino. (Camey, 2015)

Generalidades del Papanicolaou:

El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado la expectativa de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%.

Los factores que limitan la sensibilidad de esta prueba incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de unas pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo.

La seguridad del PAP depende de:

- Colección de la muestra
- Preparación y tinción correctas.
- Interpretación.

Para que la muestra sea adecuada esta debe tener:

- Célula endocervicales.
- Células metaplásicas
- Moco

Por tanto, podemos decir que el grado de detección del método depende fundamentalmente de la capacidad técnica del personal de salud encargado de la toma del material citológico y de la capacidad diagnóstica del citopatólogo que examina el extendido en el laboratorio. (Rodríguez, 2014)

Indicación:

Todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en:

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

Recomendaciones a la usuaria:

- Que no esté menstruando.
- Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 hrs. antes.
- Abstenerse de relaciones sexuales 48 hrs. antes.

Frecuencia de la Prueba

La toma de la citología Cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales.

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual. (Ministerio de Salud, MINSA, 2006)

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

- Historia previa de ITS.
- Portadora de VPH o HIV.
- Fumadoras.
- Historia de múltiples parejas sexuales.
- Lesión pre invasora en cualquiera de los frotis previos.

Toma de la muestra:

- Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.
- Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir.
- Obtener el consentimiento informado de la usuaria.
- El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lámina.
- Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros están disponibles: espéculo estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc.
- Preparación de las láminas, tocarla solo por los bordes.
- Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.
- Inspeccionar genitales externos, colocar espéculo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espéculo para que el operador pueda tener las manos libres. Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix.
- Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocérvix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad.
- La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.

- Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente por que tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.
- Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce al canal y rotarlo 360°.
- La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina.
- Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células. No se recomienda la utilización de fijadores para el cabello ya que contienen otras sustancias que oscurecen la lámina y dificultan la lectura, tampoco se recomienda la inmersión de la lámina por el peligro de contaminación, si se usa alcohol al 95%, se deberá utilizar un atomizador para rociar la lámina.
- Una vez concluida la toma con suavidad retire el especulo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.
- Después que se seque la lámina, (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que se contamina con hongos del ambiente
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.
- Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días.
- Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco. (Ministerio de Salud, MINSA, 2006)

Importancia del Papanicolaou:

El examen de Papanicolaou tiene como objetivo la búsqueda de mujeres con condiciones precancerosas o cancerosas pre-invasivas del cuello uterino, evitando de este modo la muerte por esta enfermedad maligna. Se considera, por ende, como un examen de tamizaje o screening, o como una técnica sencilla de diagnóstico precoz que ha reducido la mortalidad por cáncer Cérvico-uterino.

Papanicolaou introdujo la citología diagnóstica del frotis cervical uterino, en 1940, como técnica de tamizaje de bajo costo y aplicación masiva para la pesquisa del cáncer Cérvico-uterino.

En los países donde se ha implementado, ha permitido aumentar la detección de este cáncer en etapas precoces al igual que el descubrimiento de lesiones premalignas, reduciendo significativamente la mortalidad por esta enfermedad en 70% de la cifra registrada antes de la introducción masiva y periódica del examen. Se ha establecido que la especificidad del examen de Papanicolaou es de 98% y su sensibilidad de 51%, aunque la proporción de falsos negativos, según la literatura, varía de 0 a 70%. (Oddó)

Frente al análisis de costo efectividad en las alternativas para los programas de cáncer de cuello uterino, en muchos de los países se ha evidenciado que la detección con Papanicolaou tiene la mejor relación costo-efectividad y el menor costo-efectividad incremental, es decir que esta prueba cuesta menos, detecta más carcinomas en fase pre-invasiva y gana más años de vida que con otras pruebas.

Barreras de las pacientes a realizarse el Papanicolaou:

Las fallas de los programas de tamizaje en América Latina y el Caribe pueden atribuirse no solo a factores relacionados con las técnicas de detección, sino también al acceso a los servicios de salud y las perspectivas de la comunidad.

Las consideraciones de género son particularmente importantes, ya que la situación sociocultural y económica de las mujeres, sus creencias religiosas, su grado de instrucción y su grupo étnico influyen en su acceso a la información y en la demanda y la utilización de servicios de prevención del cáncer cervicouterino.

Entre los Principales factores que influyen en la práctica inadecuada del Papanicolaou:

- Falta de conocimiento: No tener la información adecuada sobre la gran importancia que tiene la práctica del Papanicolaou es un gran problema, ya que la mujer no sabe a qué está expuesta ni cómo puede prevenir y mucho menos en qué consiste con certeza la prueba así la falta de información acerca de los beneficios, explicación sobre los pasos a seguir durante la toma, y escolaridad son determinantes para la realización de la prueba. (Hernandez, 2010)

Actitudes de las Pacientes:

- Miedo: Por la idea de que la prueba es muy dolorosa, que el instrumental utilizado no está esterilizado o que el resultado puede ser desfavorable, y así tener cáncer muchas mujeres no se realizan la prueba del Papanicolaou.
- Pena: Por parte de la paciente para acudir a realizarse la prueba debido a la exposición y tacto de sus genitales, pero se ha constatado que no es tanto la mujer si no el hombre, esposo o pareja el que no permite la toma de la citología, sobre todo si el prestador de los servicios sanitarios es de sexo masculino.
- Angustia a descubrir que padecen cáncer, y el temor de contraer alguna infección vaginal por la falta de esterilización del material utilizado durante la toma de la muestra.
- Mala experiencia que puede deberse a que el personal que realiza la toma no tiene experiencia o no sabe tomarlo por lo que la prueba puede tornarse dolorosa, y no le quedarán ganas para volver a realizarse la Prueba.
- Falta de tiempo: Para realizarse la prueba como para retirar resultados. Esto está influenciado tanto por el nivel socio económico como por el poco conocimiento de la importancia de la prueba.
- Falta de accesibilidad económica: La pobreza es uno de los principales factores por lo que muchas mujeres no se practican el PAP, ya que por éste las estadísticas van creciendo con una velocidad indeseable.

- La economía muestra mayores rezagos y, por ende, menores grados de desarrollo en infraestructura de servicios de salud así como en nivel de escolaridad. Además, la dispersión de las comunidades complica la posibilidad de asistir a los centros de asistencia y prevención
- Falta de accesibilidad demográfica: la localización lejana de algún establecimiento o centro de salud influye mucho ya que a veces la distancia es demasiada y no se cuenta con los equipos e instrumentos necesarios. (Gozález, 2010)

Desde los años 90, la utilización de la prueba de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer Cérvico uterino ha mostrado un incremento entre las usuarias de los servicios de salud, pero, aun así, la práctica de este examen no es la adecuada debido a diversos factores, como lo son el conocimiento de la prueba y sus beneficios, actitudes negativas hacia la realización, la satisfacción con los servicios de salud, el estado civil y la paridad de las mujeres. En los países de América Latina, los esfuerzos para aumentar la cobertura del programa de tamizaje han arrojado pocos resultados debido a barreras de acceso por falta de conocimiento por parte de las usuarias, cuestiones geográficas y situaciones de percepción cultural.

Gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la gran influencia que ejerce el ambiente externo en el que están inmersos una gran variedad de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y políticos, entre otros. La decisión de cuidar la salud de uno mismo, no escapa a dicha influencia y a la interacción de la persona con los múltiples factores del entorno.

VII. Diseño Metodológico:

1. Tipo de Estudio:

Estudio de tipo CAP, descriptivo, de corte transversal.

2. Universo:

Todas las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016 y que acepten participar en el estudio; con un total de 200 pacientes.

3. Muestra:

Muestra aleatoria, por conveniencia igual al universo; con un total de 200 paciente que aceptaron participar en el estudio.

4. Tipo de Muestra:

Muestro No Probabilístico, por conveniencia.

5. Criterios de inclusión:

- Pacientes que acepten participar en el estudio.

6. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

7. Fuente de información:

Primaria, a través de una encuesta realizada a la persona participante del estudio. (**Ver anexos, Encuesta**)

8. Técnica e instrumento de recolección de la información:

La recolección de la información se realizará a través de encuesta que consta de seis secciones de acuerdo a los objetivos específicos planteados para el trabajo de investigación, la primera sección es sobre características sociodemográficas y consta de 6 ítems, la segunda sección es de datos gineco-obstétricos y posee 7 ítems, la tercera sección que corresponde a conocimientos sobre Papanicolaou posee 10 ítems, la cuarta sección es de actitudes y consta de 15 ítems, la quinta sección corresponde a las prácticas en relación al Papanicolaou y consta de 7 ítems y la sexta sección es sobre las razones de realización y no realización de Papanicolaou la cual consta de dos ítems.

Dicha encuesta será realizada a las pacientes femeninas que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016 y que acepten participar en el estudio; luego del llenado de la encuesta se procederá a brindar a las personas en estudio una pequeña charla sobre Papanicolaou.

Para la evaluación del nivel de conocimientos se usará una escala cuantitativa, donde se realizaron un total de 10 preguntas con respuestas de selección múltiple y se asignó el valor de cero puntos a las respuestas incorrectas y un punto a las respuestas correctas, para obtenerse un total de 10 puntos, categorizándose de este modo el nivel de conocimiento en bueno, regular y malo de acuerdo al puntaje obtenido.

Conocimiento Bueno: 9-10 Puntos

Conocimiento Regular: 7-8 Puntos

Conocimiento Malo: <7 Puntos

La valoración de las actitudes será realizada a través de la escala de Likert aplicada a 15 proposiciones presentadas en forma de negaciones y afirmaciones con las cuales se medirán las reacciones y los puntos de vistas de las pacientes en estudio. Las respuestas están entre

las dimensiones de totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, aplicándose un valor máximo de cinco puntos y un valor mínimo de 1 punto dependiendo de la direccionalidad de la preposición. Obteniéndose un resultado final máximo de 75 puntos y un resultado mínimo de 15 puntos, en dependencia de estos se categorizaron en actitudes favorables y actitudes desfavorables; para una mejor interpretación donde la actitud favorable encierra los clasificados en totalmente de acuerdo y de acuerdo, clasificándose según el puntaje de la siguiente manera:

Actitud Favorable: 65-75 puntos

Actitud Desfavorable: <65 puntos

Con respecto a las prácticas serán valoradas con 7 ítems, a los cuales se les asignó un puntaje, el cuál fue de cero puntos para respuestas incorrectas y un punto para cada respuesta correcta, obteniéndose de este modo un puntaje final máximo de 7 y un puntaje mínimo de 0, y de acuerdo a este resultado se categorizaron como buenas, y malas de la siguiente manera:

Práctica buena (Sin riesgo): 6-7

Práctica Mala (Con riesgo): <6

En relación a las razones de realización y no realización del Papanicolaou se valorarán a través de preguntas en las cuales las pacientes indicaran la razón por la cual han decidido realizarse el Papanicolaou de habérselo realizado alguna vez en su vida y/o en caso de tener un año o más de no realizárselo de igual modo indicaran la razón por la cual no se lo han realizado. Y en caso de considerar las pacientes varias razones de realización o no realización podrán indicar un número máximo de tres motivos enumerando estos del uno al tres según el grado de importancia siendo el más importante el número 1 y el menos importante el número 3.

Como todo estudio de CAP se hará un previo estudio con un grupo focal de profesionales relacionados con el tema en estudio para validar el sistema de recolección de la encuesta.

9. Procesamiento y análisis de los Datos:

La información obtenida será ordenada, clasificada y agrupada de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio.

Los puntajes serán asignados de manera manual para cada encuesta y luego la información sintetizada se procesará en una base de datos de Microsoft Excel y presentada en forma de cuadros y gráficos.

10. Variables:

Objetivo N° 1: Características Socio demográficas

- Edad
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Procedencia
- Ocupación

Objetivo N° 2: Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Inicio de Vida Sexual Activa
- Número de compañeros sexuales
- Número de Embarazos
- Número de Partos
- Aborto
- Cesáreas
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

Objetivo N° 3: Conocimientos sobre Papanicolaou.

- ¿Ha oído hablar sobre Papanicolaou?
- ¿Es importante la realización de este examen?
- ¿Qué es el Papanicolaou?
- ¿Para qué sirve el Papanicolaou?
- ¿Quiénes deben realizarse el Papanicolaou?
- ¿Pueden realizárselo mujeres embarazadas?
- ¿Cada Cuánto tiempo se debe realizar el Papanicolaou?
- ¿Cómo debe prepararse para realizarse el Papanicolaou?
- ¿El Papanicolaou es un método para?
- ¿Qué lugares conoce usted donde se realiza el Papanicolaou?

Objetivo N° 4: Actitudes sobre Papanicolaou.

- El PAP es un examen importante para la salud de la mujer.
- Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra del PAP.
- Me gustaría saber más acerca del PAP.
- No importa el sexo de la persona que me tome el examen del PAP.
- Yo aceptaría tomarme la muestra del PAP.
- La preocupación de realizarse el PAP no es exclusivamente de la mujer.
- La religión no influye en mi decisión de realizarme el PAP.
- El PAP no solamente deben realizárselo mujeres con muchos compañeros sexuales.
- No pienso que el PAP es doloroso.
- No solo las mujeres que tienen hijos deben realizarse el PAP.
- No me da Vergüenza realizarme el PAP.
- Estando embarazada es bueno realizarse el PAP.
- Me realizaría el PAP solamente si fuera un requisito.
- Pienso que realizarme el PAP no es pérdida de tiempo.
- No sólo mujeres enfermas deben realizárselo.

Objetivo N° 5: Practicas sobre Papanicolaou.

- ¿Se ha realizado el Papanicolaou?
- ¿Dónde se ha realizado el Papanicolaou?
- ¿Obtuvo los resultados del examen?
- ¿Cuántos Papanicolaou se ha realizado?
- ¿Con que frecuencia se ha realizado el Papanicolaou?
- ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último Papanicolaou?
- ¿Tiene planeado realizarse otro Papanicolaou?

Objetivo N° 6: Razones de realizarse y no realizarse el Papanicolaou.

- ¿Por cuál razón se ha realizado el Papanicolaou?
- ¿Por cuál razón no se ha realizado el Papanicolaou?

Objetivo N° 7: Principales Fuentes de Información sobre Papanicolaou

- Maestros
- Médicos
- Enfermeras
- Amigos
- Sacerdotes

11. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ser encuestada la paciente.	Años	≤19 años 20-34 años ≥35 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la realización de la encuesta	Según encuesta	Analfabeta Profesional No Profesional
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación conyugal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Religión	Un sistema compartido de creencias y prácticas de las pacientes que se asocian a una divinidad.	Según encuesta	Católica Evangélica Otros No consignado
Procedencia	Sector geográfico donde, la paciente refiere habitar y/o pasar la mayor parte del tiempo al momento de su captación.	Según encuesta	Urbano Rural
Ocupación	Profesión u oficio que desempeña la paciente.	Referida por la paciente	Ama de Casa Estudiante Profesional Otro

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Inicio de vida sexual activa.	Edad en que la paciente tuvo su primera relación sexual.	Referido por la paciente	≤19 años 20-34 años ≥35 años
Número de compañeros sexuales	Cantidad de personas con las cuales la paciente ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida hasta el momento de la realización de la encuesta.	Referido por la paciente	1 2-3 ≥4
Número de embarazos.	Número de ocasiones en que la paciente refiere haber estado embarazada al momento de la encuesta.	Según encuesta	Ninguno Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
Número de partos	Número de partos vaginales que ha tenido la paciente, excluye los abortos y nacimiento por vía cesárea.	Según encuesta	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara
Abortos.	Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, con un peso inferior a 500 gramos	Según encuesta	Si No

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Cesárea	Es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.	Según encuesta	Si No
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.	Infecciones de transmisión sexual padecida por la paciente hasta el momento de la encuesta.	Referida por la paciente	VPH No há tenido No aplica
Conocimiento sobre Papanicolaou	Nivel de comprensión o entendimiento que la paciente encuestada tiene sobre Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha oído hablar sobre PAP? - ¿Es importante la realización de este examen? - ¿Qué es el PAP? - ¿Para qué sirve el PAP? - ¿Quiénes deben realizarse el PAP? - ¿Pueden realizárselo mujeres embarazadas? - ¿Cada Cuánto tiempo se debe realizar el PAP? - ¿Cómo debe prepararse para realizarse el PAP? - ¿El PAP es un método para? - ¿Qué lugares conoce usted donde se realiza el PAP? 	Bueno: 9-10 pts. Regular: 7-8 pts. Malo: ≤6pts.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Actitud sobre Papanicolaou	Creencias entorno al Papanicolaou que poseen las encuestadas y que las predispone a reaccionar de manera determinada.	<ul style="list-style-type: none"> - El PAP es un examen importante para la salud de la mujer. -Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra del PAP. -Me gustaría saber más acerca del PAP. -No importa el sexo de la persona que me tome el examen del PAP. -Yo aceptaría tomarme la muestra del PAP. -La preocupación de realizarse el PAP no es exclusivamente de la mujer. -La religión no influye en mi decisión de realizarme el PAP. -El PAP no solamente deben realizárselo mujeres con muchos compañeros sexuales. -No pienso que el PAP sea doloroso. -No solo las mujeres que tienen hijos deben realizarse el PAP. -No me da Vergüenza realizarme el PAP. -Estando embarazada es bueno realizarse el PAP. -Me realizaría el PAP solamente si fuera un requisito. -Pienso que realizarme el PAP no es pérdida de tiempo. -No sólo mujeres enfermas deben realizárselo. 	<p>Actitud Favorable: 65-75 pts.</p> <p>Actitud Desfavorable <65 pts.</p>

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Prácticas sobre Papanicolaou	Conducta con respecto a la prueba del Papanicolaou seguida por las pacientes hasta el momento de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se ha realizado el PAP? - ¿Dónde se ha realizado el PAP? - ¿Obtuvo los resultados del examen? - ¿Cuántos PAP se ha realizado? - ¿Con que frecuencia se ha realizado el PAP? - ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último PAP? - ¿Tiene planeado realizarse otro PAP? 	<p>Práctica Buena: 6-7 pts.</p> <p>Práctica Mala: <6 pts.</p>
Razones de realizarse y no realizarse el Papanicolaou	Motivos los cuales han llevado a la paciente a practicarse o no en algún momento de su vida la prueba de Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Por cuál razón se ha realizado el PAP? - ¿Por cuál razón no se ha realizado el Papanicolaou? 	<p>Razones por las que se realiza el PAP</p> <p>Interés Propio Por orden Médica Por embarazo Por requisito Por sentir malestares</p> <p>Razones por las que no se realiza el PAP</p> <p>Temor Vergüenza Falta de dinero Falta de importancia No dan resultado Negativa del marido Dolor Lejanía del lugar donde realizárselo Estoy embarazada</p>
Fuentes de información	Persona que brindó información a la paciente sobre todo lo relacionado al Papanicolaou.	¿De quién recibió la información para la realización del Papanicolaou?	<p>Maestros Médicos Enfermeras Amigos Sacerdotes</p>

VIII. Resultados

Con la realización del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016, se obtuvieron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas de las pacientes encuestadas:

Con respecto a la población en general tomada para este estudio es totalmente del sexo femenino, las edades predominantes fueron mayores de 35 años representada por 108 personas (54%), seguido de las edades comprendidas entre los 20 y 34 años con 84 personas (42%) y en menor proporción menores de 19 años de edad con 8 personas (4%). En cuanto a la escolaridad 116 personas (58%) de la población son no profesional, 75 personas (37.5%) son profesionales y 9 personas (4.5%) analfabetas. Con respecto al estado civil 96 (48%) de las pacientes encuestadas son casadas, seguido de quienes viven en unión libre al que corresponden 45 personas (22.5%), solteras 41 personas (20.5%), viudas 12 personas (6%) y en menor proporción divorciadas con 6 personas (3%). Referente a la religión se encontró que 91 (45.5%) de las pacientes son evangélicas, 83 (41.5%) católicas, 14 (7%) englobadas en la categoría de otros (testigo de Jehová, mormones o cualquier otra ideología religiosa) y 12 personas (6%) no tienen ninguna ideología religiosa. Con relación a la procedencia 146 personas (73%) son urbana y 52 personas (27%) rural. Según ocupación 127 personas (63.5%) son amas de casa, 33 (16.5) corresponde a la categoría de otros (incluidas en esta comerciante, domésticas, obreras de zona franca entre otros), 27 (13.5%) profesionales, y 13 (6.5%) estudiantes. **(Ver anexos, tabla N° 1)**

Características Gineco-obstétricas de la población estudiada:

En cuanto a características gineco-obstetricas estudiadas en la población se encontró: inicio de vida sexual activa a edades menores de 19 años en 149 (74.5%) de las pacientes, seguido de 47 (23.5%) que iniciaron en edades entre 20 y 34 años de edad y 4 personas (2%) no aplican (no han iniciado vida sexual activa. Con relación al número de compañeros sexuales 94 personas (47%) han tenido entre 2 y 3 compañeros, 82 (41%) solamente uno, 20 (10%) cuatro o más y 4 personas (2%) no aplica (no han tenido ningún compañero

sexual). En relación al número de embarazos 70 personas (35%) son multigestas, 44 (22%) fiestas, seguido de Primigesta y Trigesta las cuales tienen igual proporción 33 personas (16.5%) respectivamente, y (20) 10% ningún embarazo. Respecto al número de partos 77 personas (38.5%) son múltipara, 53 (26.5%) nulíparas, (47) 23.5% primíparas y 23 (11,5%) gran múltiparas. De la población 136 personas (68%) han tenido abortos, 60 personas (30%) no han tenido ninguno y 4 (2%) no aplica. En relación a las cesáreas 123 (61.5%) de las pacientes no han tenido ninguna, 73 (36.5%) han tenido al menos una y 4 (2%) no aplican. En los antecedentes de transmisión sexual 169 pacientes (84.5%) no han tenido, 26 (13.5%) han sido diagnosticadas con VPH Y 4 (2%) no aplican. **(Ver anexos, tabla N°2)**

Conocimientos sobre Papanicolaou que poseen la población en estudio:

En cuanto a conocimientos 88 personas (44%) de la población estudiada poseen conocimientos regulares, 74 personas (37%) conocimientos buenos y 38 (19%) malos conocimientos. **(Ver anexos, tabla N° 6)**

Al relacionar los conocimientos con la actitud se encontró: De las que tienen buenos conocimientos 40 personas (20%) tienen actitudes favorables y 34 personas (17%) desfavorables; de los que poseen conocimientos regulares 28 personas (14%) poseen actitudes favorables y 60 personas (30%) actitudes desfavorables; de las que poseen malos conocimientos 10 personas (5%) poseen actitud favorable y 28 personas (14%) actitud desfavorable. **(Ver anexos, tabla N° 3)**

Al relacionar los conocimientos con las prácticas se encontró: de los que tienen buenos conocimientos 44 personas (22%) tienen buena práctica, 28 personas (14%) mala práctica y 2 personas (1%) no aplican en la práctica; de las que tienen conocimientos regulares 48 personas (24%) tienen buena práctica, 38 personas (19%) mala práctica y 2 personas (1%) no aplican en la práctica; de las pacientes que tiene malos conocimientos 18 personas (9%) poseen buena práctica y 20 personas (10%) mala práctica. **(Ver anexos, tabla N° 4)**

Relacionando los conocimientos con la edad se encontró: De quienes poseen buenos conocimientos 42 personas (21%) pertenecen al grupo de edad de mayores de 35 años, 30 personas (15%) al grupo de edad entre 20 y 34 años y 2 personas (1%) menores de 19 años; de las que poseen conocimientos regulares 46 personas (23%) son mayores de 35 años, 36

personas (18%) pertenecen al grupo de edad entre 20 y 34 años y 6 personas (3%) son menores de 19 años; de las que poseen malos conocimientos 20 personas (10%) corresponde al grupo de mayores de 30 años y 18 personas (9%) pertenecen al grupo de edad entre 20 y 34 años. **(Ver anexos, tabla N° 7)**

Relacionando conocimientos con la edad de inicio de vida sexual activa se encontró: de quienes poseen buenos conocimientos el 48 personas (24%) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años, 23 personas (11.5%) a edades comprendidas entre 20-34 años y 3 personas (1.5%) no aplican (no han iniciado vida sexual); de quienes poseen conocimientos regulares 71 personas (35.5 %) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años, 16 personas (8%) a edades comprendidas entre 20-34 años y 1 persona (0.5%) no aplican (no han iniciado vida sexual); de quienes poseen malos conocimientos 30 personas (15%) son menores de 19 años, y 8 personas (4%) pertenecen al grupo de edad de 20-34 años. **(Ver anexos, tabla N° 8)**

Actitudes sobre Papanicolaou que poseen las pacientes en estudio:

En general 122 personas (61%) de la población poseen actitudes desfavorables y 78 personas (39%) actitudes favorables. **(Ver anexos, tabla N° 9)**

Al relacionar actitud con conocimientos se encontró: entre quienes tienen actitud favorable 40 personas (20%) tienen buenos conocimientos, 28 personas (14%) conocimientos regulares y 10 personas (5%) malos conocimientos; de las que tienen actitudes desfavorables 60 personas (30%) tienen conocimientos regulares, 34 personas (17%) buenos conocimientos y 28 personas (14%) malos conocimientos. **(Ver anexos, tabla N° 3)**

Al relacionar actitud con práctica se encontró: De quienes poseen actitudes favorables 51 personas (25.5%) tienen buena práctica, 26 personas (13%) mala práctica y 1 persona (0.5%) no aplica (no ha iniciado vida sexual); de los que poseen actitudes desfavorables 60 personas (30%) poseen mala práctica; 59 personas (29.5%) mala práctica y 3 personas (1.5%) no aplican (no han iniciado vida sexual). **(Ver anexos, tabla N° 5)**

Relacionando actitud con la edad se encontró: De quienes poseen actitudes favorables 42 personas (21%) pertenecen al grupo de mayores de 35 años; 34 personas (17%) al grupo de edad entre 20 y 34 años y 2 personas (1%) son menores de 19 años; de las que poseen actitudes desfavorables 66 personas (33%) corresponde a mayores de 35 años, 50 personas (25%) al grupo de edad entre 20 y 34 años y 6 personas (3%) son menores de 19 años. **(Ver anexos, tabla N° 10)**

Relacionando actitudes con la edad de inicio de vida sexual activa se encontró: de quienes poseen actitudes favorables 62 personas (31%) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años, 15 personas (7.5%) a edades comprendidas entre 20-34 años y 1 persona (0.5%) no aplican (no han iniciado vida sexual); de quienes poseen actitudes desfavorables el 87 personas (43.5%) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años, 32 personas (16%) a edades comprendidas entre 20-34 años y 3 personas (1.5%) no aplica (no han iniciado vida sexual activa). **(Ver anexos, tabla N° 11)**

Prácticas sobre Papanicolaou de las pacientes encuestadas:

En general 110 personas (55%) de la población poseen buena práctica, 8% mala práctica y 4 personas (2%) no aplica (no han iniciado vida sexual activa). **(Ver anexos, tabla N° 12)**

Al relacionar práctica con conocimientos se encontró: de quienes poseen buenas prácticas 48 personas (24%) tienen conocimientos regulares; 44 personas (22%) buenos conocimientos y 18 personas (9%) malos conocimientos; de quienes tienen mala práctica 38 personas (19%) tienen conocimientos regulares, 28 personas (14%) buenos conocimientos y 20 personas (10%) malos conocimientos; de las pacientes que no aplican en las prácticas 2 personas (1%) tienen buenos conocimientos y en igual proporción poseen conocimientos regulares. **(Ver anexos, tabla N° 4)**

Al relacionar práctica con actitud se encontró: De quienes tienen buenas prácticas 59 personas (29.5%) tienen actitudes desfavorables y 51 personas (25.5%) actitudes favorables; de los que poseen malas prácticas 60 personas (30%) poseen actitudes desfavorables y 26 personas (13%) actitudes favorables; de quienes no aplican en prácticas 1 persona (0.5%) posee actitud favorable y 3 personas (1.5%) poseen actitud desfavorable. **(Ver anexos, tabla N° 5)**

Relacionando la práctica con la edad se encontró: De quienes poseen buena práctica 54 personas (27%) pertenecen al grupo de edad de mayores de 35 años, 52 personas (26%) al grupo de edad entre 20 y 34 años y 4 personas (2%) son menores de 19 años; de las que poseen malas prácticas 54 personas (27%) corresponde al grupo de mayores de 35 años de edad y 31 personas (15.5%) al grupo de edad entre 20-34 años y 1 persona (0.5%) es menor de 19 años; quienes no aplican a las prácticas 3 personas (1.5%) son menores de 19 años y 1 persona (0.5%) al grupo de edad entre 20-34 años de edad. **(Ver anexos, tabla N° 13)**

Relacionando práctica con la edad de inicio de vida sexual activa se encontró: de quienes poseen buena práctica 84 personas (42%) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años y 26 personas (13%) a edades comprendidas entre 20-34 años; de quienes poseen mala práctica 65 personas (32.5%) iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años y 21 personas (10.5%) a edades comprendidas entre 20-34 años; quienes no aplican a las prácticas no aplican al inicio de vida sexual activa. **(Ver anexos, tabla N° 14)**

Razones de realización y no realización de Papanicolaou en la población encuestada:

En relación a todas las razones dadas por las pacientes en cuanto a realización de Papanicolaou se encontró que la principal es interés propio referido por 70 pacientes, por orden médica 57 personas, por embarazo y sentir malestares en igual frecuencia referida por 21 personas respectivamente, y por requisito 4 personas. Según las razones de no realización dadas por las pacientes las principales son vergüenza y falta de importancia referida por 14 personas cada una respectivamente, seguido de dolor referido por 10 personas, temor 9 personas, lejanía de lugar donde realizárselo 7 personas, por embarazo 5 personas, por falta de dinero y quienes no aplican 4 personas respectivamente, desconocimiento 3 personas, no dan resultado y no mantener relaciones sexuales actualmente en igual proporción referido por 2 personas y negativa del marido 1 persona. **(Ver anexos, tablas n° 15 y 16)**

Fuentes de información de la población en estudio:

Se encontró que la principal fuente de información son los médicos en 156 personas (73%) de la población, seguido de amigos en 28 personas (14%), en 14 personas (6.5%) fueron enfermera, maestros en 9 personas (4.5%) y sacerdote en 4 personas (2%). **(Ver anexos, tabla n° 17)**

IX. Análisis de resultados

En relación a la edad de las mujeres de la consulta externa, se encontró que el mayor grupo se encuentran en mayores de 35 años, concluyéndose que este dato no está alejado de la realidad, ya que en una consulta ginecológica quienes son de mayor riesgo es este grupo lo cual tiene relación directa con la bibliografía consultada, el siguiente más fuerte es el grupo de 20-34 años de edad el cual corresponde con las mujeres en edad reproductiva y es de esperarse que acudan a consulta ginecología por algún tipo de asistencia médica y se corresponde con las fuentes consultadas y por último el grupo de menores de 19 años de edad, lo cual es llamativo ya que no es la edad aceptable de consultas ginecológicas (Ver tabla 1.a). En relación a la escolaridad se encontró que la mayoría de la población se encuentra entre las no profesionales lo cual concuerda con las estadísticas nacionales que indican que la tasa de escolaridad entre los nicaragüenses es baja, seguido del grupo de los profesionales y por último las analfabetas siendo este en baja proporción ya que, aunque la tasa de escolaridad es baja entre los nicaragüenses, la tasa de analfabetismo es muy baja (Ver tabla 1.a). En cuanto al estado civil de las personas estudiadas se encontró que el mayor grupo está constituido por mujeres casadas, esto probablemente debido al predominio de edad de la población estudiada, ya que son en su mayoría mujeres mayores de 35 años de edad las cuales ya son mujeres más estables y pertenecientes a una etapa cultural distinta a la actual, los grupos que le siguen son el de las solteras y quienes viven en unión libre lo que es de esperarse dada la tendencia actual de la población a no casarse y vivir en unión libre y luego separarse y los grupos de menor proporción es el de las viudas y divorciadas (Ver tabla 1.a). En relación a la religión el grupo más fuerte se encuentra conformado por evangélicos lo que concuerda con estadísticas nacionales donde se ha notado un aumento de las iglesias evangélicas y un descenso a través del tiempo del catolicismo el cual se consideraba anteriormente la religión predominante lo cual explicaría que el segundo grupo más fuerte encontrado en la población estudiada es el correspondiente a los católicos y por último en menores proporciones quienes pertenecen a otras religiones siendo estas testigos de Jehová, mormones entre otros y quienes dicen no tener ninguna ideología religiosa esto es de esperarse dada la diversidad de pensamiento de las personas (Ver tabla 1.b). En cuanto a procedencia la mayor parte de la población estudiada proceden

de áreas urbana lo cual se deba probablemente a la tendencia a la urbanización de muchos lugares del país y el área geográfica donde se encuentra ubicado el HBCR y el grupo menos fuerte corresponde a procedentes de área rural (Ver tabla 1.b). En relación a la ocupación el grupo de mayor cantidad de personas es el de las amas de casas esto explicado por la baja tasa de escolaridad de las personas en el país y por la cultura de ser la mujer quien se quede en la casa cuidando de los niños y realizando tareas del hogar, el grupo que le sigue a este es el de otros englobándose en esta categoría personas que realizan trabajos informales como comerciantes, cocineras empíricas y otro tipo de trabajos no profesionales lo que es de esperarse dado que la tasa de escolaridad es baja, y por último se encuentran los profesionales y estudiantes lo cual concuerda con bibliografía consultada (Ver tabla 1.b).

En relación a la edad de inicio de vida sexual activa se encontró que la mayor parte de la población en estudio fue a edades menores de 19 años lo cual concuerda con la tendencia de iniciar vida sexual a temprana edad y de igual forma embarazos en adolescentes, el grupo que le sigue a este es el de 20-34 años lo cual se debe a que es el siguiente grupo más joven y la mayor parte de la población inicia vida sexual a edades tempranas según datos consultados, y por ultima proporción quienes no aplican es decir no han iniciado vida sexual (Ver tabla 2.a). En relación al número de compañeros sexuales se encontró que el grupo predominante es el de 2-3 compañeros sexuales esto relacionado con la edad de inicio de vida sexual activa donde hay menos madurez de la persona y mayor probabilidad de relaciones fallidas; el grupo siguiente es el de quienes solamente han tenido un compañero sexual relacionado esto con la edad de la población estudiada donde son mayores de 35 años de edad y de etapa cultural un poco distinta a la actual donde la mujer es un tanto sometida al marido y en menores cantidades los grupos de mujeres con más de cuatro compañeros sexuales y quienes no han iniciado vida sexual (Ver tabla 2.a). En cuanto al número de embarazos el grupo predominante es el de multigestas explicado por la edad de la población la cual es mayor y las mujeres ya han tenido la cantidad de hijos que han de tener y esto concuerda con fuentes consultada, el grupo que le sigue es el de Primigesta y Trigesta en igual cantidad y por ultimo quienes no han tenido ningún hijo donde se encuentra la menor cantidad de mujeres (Ver tabla 2.a). En relación a número de partos el grupo predominante es el de las múltiparas lo que se corresponde con el número de embarazos seguido de primíparas, luego nulíparas y por ultimo las grandes multigestas,

todos estos datos concordantes con fuentes consultadas (Ver tabla 2.b). En relación al antecedente de aborto el grupo predominante es de quienes no han tenido ninguno esto debido a que a la edad de los embarazos se trata de mujeres jóvenes y saludables y en edad reproductiva, el grupo que le sigue es el de que tienen el antecedente de aborto posiblemente debido a embarazos a edades prematuras o edades muy mayores y por último en menor proporción quienes no aplican por que no han iniciado vida sexual (Ver tabla 2.b). En cuanto al antecedente de cesárea el grupo más fuerte es el de quienes no han tenido ninguna debido a que son mujeres en edad joven y saludables sin comorbilidades sobre agregadas, el siguiente grupo es el de quienes, si han tenido cesárea posiblemente debida a complicaciones dadas por la edad u otro factor sociodemográfico, y en menor proporción quienes no aplican por que no han iniciado vida sexual (Ver tabla 2.b). En relación al antecedente de ITS el grupo predominante es de quienes refieren no han padecido ninguna infección, esto se debe probablemente a que no han sido debidamente diagnosticadas o a que no acuden a buscar ayuda médica, luego le sigue el grupo de quienes han sido diagnosticadas con VPH el cual concuerda con datos consultados donde un gran parte de la población es portadora de virus y en menor proporción quienes no aplican (Ver tabla 2.b).

En cuanto a conocimientos se encontró que la mayor parte de la población en estudio posee conocimientos regulares seguido de quienes poseen buenos conocimientos, debido esto probablemente a la mayor divulgación de información que se ha dado sobre el tema y la importancia que constituye el conocimiento del mismo, y en menor proporción quienes poseen malos conocimientos ya sea por área donde viven o por falta de interés a conocer sobre el tema (Ver tabla 6); sin embargo al relacionar el conocimiento con la actitud se encuentra que una gran parte de estas personas que poseen conocimientos regulares y buenos poseen actitud desfavorable esto debido a la tendencia de comportamiento humano donde no solo es necesario el conocimiento sino crear conciencia de la importancia de las cosas, y quienes poseen malos conocimientos en su mayoría poseen malas actitud esto dado a que a falta de conocimientos la persona no contara con criterio razonable para poder valorar las cosas (Ver tabla 3); al relacionar las prácticas con el conocimiento se encontró que quienes tiene conocimiento bueno y regular poseen buena práctica sin embargo una gran cantidad de estas personas poseen mala práctica lo que se explica por la falta de disposición y de actitud por parte de las personas y quienes poseen mal conocimiento en su

mayoría poseen mala práctica (Ver tabla 4). Al relacionar los conocimientos con la edad se encontró que en el grupo de mayores de 35 años que es el predominante en cuanto a grupo etario la mayoría de estas poseen conocimientos regulares seguido de quienes poseen buenos conocimientos y por último malos conocimientos, y esta misma tendencia se sigue entre los demás grupos etarios lo que evidencia que la edad no influye mucho en el conocimiento, sino que es el acceso a la información lo que determinara los conocimientos de las personas (Ver tabla 7). Al relacionar el inicio de la vida sexual con los conocimientos se encontró que la mayor cantidad de personas que iniciaron vida sexual a edades menores de 19 años poseen conocimientos regulares y en quienes iniciaron vida sexual a edades comprendidas entre 20 y 34 años en su mayoría poseen buenos conocimientos lo que indica que mientras más conocimiento se tenga sobre las cosas de cierta forma influirá en el proceder de las personas (Ver tabla 8).

En relación a las actitudes se encontró que la mayoría de la población posee actitudes desfavorables esto probablemente debido a la falta de conciencia de las personas acerca de la importancia del tema y este dato concuerda con las fuentes consultadas y el resto de las personas en estudio posee actitudes favorables lo que sería explicado por los conocimientos que se pueda poseer y las experiencias ya sea propias o del entorno de la persona (Ver tabla 9). Al relacionar la actitud con los conocimientos se encontró que de quienes poseen actitudes desfavorables la mayoría de la población posee conocimientos regulares seguido de conocimientos buenos poniéndose de manifiesto que aunque se tengan conocimientos, cambiar la mentalidad y actitud de las personas es difícil esto explicado por la complejidad de la mente humana y de su comportamiento, entre quienes poseen conocimientos favorables se encontró que la mayoría de estas personas poseen buenos conocimientos seguido de conocimientos regulares lo cual es de esperarse que quienes poseen conocimientos de cierta forma ayude a mejorar la actitud por parte de las personas (Ver tabla 3). Al relacionar la actitud con la práctica se encontró que entre quienes poseen actitud desfavorable poseen en su mayoría práctica mala lo que concuerda con la bibliografía consultada y de quienes poseen actitud favorable la mayor parte de estas poseen buena práctica lo que es de esperarse dada la relación entre el comportamiento de las personas y la mentalidad de las mismas (Ver tabla 5). Al relacionar la actitud con la edad se encontró que en el grupo de edad de personas mayores de 35 años la mayor parte

posee actitud desfavorable siguiéndose la misma tendencia en el grupo de 20-30 años y en menores de 19 años lo que evidencia que la edad no influye en el cambio de la actitud de las personas (Ver tabla 10). Al relacionar la edad de inicio de vida sexual con la actitud de la población estudiada se encontró que quienes iniciaron vida sexual antes de los 19 años de edad poseen la mayor población con actitudes desfavorables explicaría la poca conciencia que tienen sobre el tema y la decisión de iniciar vida sexual a temprana edad (Ver tabla 11).

En relación a las prácticas se encontró que la mayor parte de las personas estudiadas poseen buena práctica seguido de quienes poseen mala práctica y por ultimo quienes no aplican, (Ver tabla 12) tendencia la cual es interesante dada la actitud desfavorable pese a conocimientos predominantemente regulares, sin embargo la diferencia entre las prácticas buenas y malas no es significativa por lo cual se puede inferir que las buenas prácticas no solo se deban a conciencia y conocimiento de las personas sino que también a algún tipo de necesidad u obligación; al relacionar prácticas con conocimientos se encontró que quienes poseen buena práctica poseen conocimientos regulares seguido de conocimientos buenos lo cual es de esperarse que a una buena práctica se tengan conocimientos, y entre quienes poseen mala práctica poseen conocimientos regulares lo cual nos indica que a mejores conocimientos se tendrá una mejor práctica dado también que en este grupo de mala práctica aumentan quienes poseen malos conocimientos y disminuye quienes poseen buenos conocimientos comparándolo con quienes poseen buena práctica, y entre quienes no aplican en igual proporción poseen conocimientos buenos y regulares lo cual explicaría que influye en su comportamiento (Ver tabla 4). Al relacionar practica con conocimientos se encontró que quienes poseen buena práctica poseen en su mayoría actitud desfavorable lo cual es curioso y sugiere que parte esa buena práctica se está realizando por necesidad u obligación, entre quienes poseen mala práctica se encontró que la mayoría poseen actitudes desfavorables lo cual es lo esperado que las personas actúen de acuerdo a su actitud hacia las cosas (Ver tabla 5).

En cuanto a las razones por la cual la población estudiada que se practica el Papanicolaou acuden a la realización de este es por interés propio lo que estaría explicado por los conocimientos y la actitud que posean quienes tienen la práctica de realización, seguido de orden médica lo que concuerda con la tendencia que se promueva la realización del PAP en

las unidades de salud, seguido por embarazo y por sentir malestares lo cual concuerda con la necesidad u obligación que tienen de realizárselo y que a la hora que se valora la actitud esta es desfavorable y por último la razón dada es por requisito lo cual concuerda con la necesidad u obligación (Ver tabla 15).

En cuanto a las razones dadas por pacientes que no se realizan el Papanicolaou la principal es la vergüenza y la falta de interés lo cual es de esperarse dada la tendencia de actitud desfavorable de las pacientes, seguido del dolor y el temor lo cual estaría dado por malas experiencias que la persona haya tenido o lo que le hayan contado, luego la lejanía del lugar dada por el área geográfica en que la persona viva y que influye en la accesibilidad a los servicios de salud y por ultimo por embarazo y desconocimiento lo cual es por malos conocimientos dado que algunas personas aún consideran que realizarse el PAP estando embarazada es malo (Ver tabla 16).

En relación a las fuentes de información la principal son los médicos lo cual concuerda con las fuentes consultadas y es de esperarse que sea el medico quien atiende a una persona por cualquier motivo le promueva la importancia del Papanicolaou, seguido de enfermeras quienes por ser personal de salud tengan capacidad para brindar información, luego amigos, maestros y sacerdotes (Ver tabla 17).

X. Conclusiones

1. La población estudiada se caracterizó por ser en su mayoría mujeres mayores de 35 años de edad, no profesionales, casadas de procedencia urbana y en su mayoría amas de casa.
2. Entre los datos Gineco-obstétricos la población en estudio se caracterizó por un inicio de vida sexual a edades tempranas menores de 19 años de edad, habiendo tenido de 2-3 compañeros sexuales, siendo en su mayoría multigestas negando haber padecido de alguna infección de transmisión sexual.
3. El nivel de conocimiento que poseen las personas en estudio sobre Papanicolaou fue en su mayoría regular.
4. Las actitudes que presentaron las pacientes en estudio fueron en su gran mayoría desfavorables.
5. Las prácticas presentadas por las personas en estudio fueron sin riesgo/buenas.
6. Las razones por las cuales las mujeres refirieron realizarse el Papanicolaou fue por interés propio seguido por orden médica y las razones de no realización fueron vergüenza, falta de importancia y dolor.
7. La principal fuente de información referido por la población en estudio es el personal médico principalmente médicos seguido en una menor proporción por enfermeras.
8. En general se puede concluir en nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que posee la población en estudio sobre Papanicolaou es mala.

XI. Recomendaciones

Al ministerio de salud:

- Capacitación del personal médico acerca del tema tanto de la importancia como de los conocimientos médicos-prácticos del mismo para así poder brindar a las pacientes una mejor consejería y mejorar las experiencias vividas con respecto a la toma de la citología cervical.
- Realizar campañas de promoción sobre la realización del Papanicolaou donde se incluya no solo a las mujeres con vida sexual activa, sino que a esposos y mujeres en edad fértil que aún no hayan iniciado vida sexual para que el esposo sea un impulsador para la mujer y quienes aún no hayan iniciado vida sexual conozcan y tomen conciencia de la importancia al igual que mujeres que tengan vida sexual activa.
- Implementar en los colegios secundaria una sección donde se brinden conocimientos a los estudiantes sobre Papanicolaou ya que actualmente la gran mayoría de las personas están iniciando vida sexual a edades muy tempranas, antes de los 19 años de edad.

Al Hospital Berta Calderón Roque:

- Brindar consejería y promover la importancia y beneficios de la realización del Papanicolaou en todas las consultas externas dadas a diario, así como a todas las pacientes hospitalizadas al momento del alta.

A las Pacientes:

- Prestar atención a las recomendaciones brindadas por el personal de salud y crear conciencia propia acerca de la importancia de la toma del Papanicolaou y hacerlo de forma periódica.

XII. Bibliografía

- Aguayo, J. M. (2013). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del "Hospital Regional Docente Las Mercedes". Chiclayo.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention. (2004). La Prevención del Cáncer Cervical a Nivel Mundial.
- Camey, C. E. (Febrero de 2015). Factores que influyen en la renuencia al examen del Papanicolaou. Quetzaltenango.
- Hanke, C. C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas en la realización en mujeres mayores de 15 años que asistieron al consultorio externo de ginecología del Hospital San José. Lima.
- López, G. J., & Rivas, P. J. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil sobre la citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) que asisten al centro de salud Pablo Ubeda del municipio de Santo Tomás. Chontales.
- Meza, Y. M., & Morales, M. G. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil con vida sexual activa que acuden al centro de salud Juan Ramón Guillen Navarro. Boaco.
- Ministerio de la Salud Nicaragua. (20 de Febrero de 2013). MINSA. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/noticias/162-disminuye-incidencia-del-cancer-cervicouterino-en-nicaragua>
- Ministerio de Salud, MINSA. (2006). Norma Técnica de prevención, detección y atención del Cáncer Cérvico Uterino. Managua, Nicaragua.
- Oddó, D. D. (s.f.). Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del Siglo XX. Chile.

- OPS, O. P. (s.f.). Estrategia y plan de Acción Regional para la prevención y el control de Cáncer Cervico Uterino en América Latina y el Caribe. Washington, D,C.
- Organización Mundial de la Salud . (31 de Mayo de 2011). Pan American Health Organization. Obtenido de <http://www.paho.org>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2012). Prevención y control de las enfermedades.
- Rojas, I. P., & Cruz, N. M. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil acerca de la toma del PAP en el puesto de salud la Alabazas . Matagalpa.
- Serman, D. F. (2002). Cáncer Cervico Uterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus del Papiloma Humano. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 318-323.
- Serrano, S. A. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en las mujeres que asisten al puesto de Salud de Esquipulas. Carazo.
- Vilchez, G. S., & Baez, R. C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de la Consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Alemán Nicaraguense. Managua.
- Zúñiga, R. d. (s.f.). Conocimientos, actitudes y practicas sobre test de Papanicolaou en mujeres embarazadas consultantes de hospitales Públicos en Paraná, Paraguay. Scielo, 48-58.

XIII. Anexos



ENCUESTA

Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



Fecha:

N° de Encuesta:

I. Datos sociodemográficos:

1. Edad:

2. Escolaridad:

- a. Analfabeta
- b. Profesional

c. No Profesional

3. Estado Civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión Libre

- d. Divorciada
- e. Viuda
- f. Otro

4. Religión:

- a. Católica
- b. Evangélica

- c. No consignada
- d. Otro:

5. Procedencia:

- a. Urbana

b. Rural

6. Ocupación:

II. Datos Gineco-obstétricos:

1. Edad a la que tuvo su primera relación sexual:
2. Número de compañeros sexuales:
3. Número de embarazos:
4. Número de partos:
5. ¿Ha tenido Abortos?
6. ¿Le han realizado Cesáreas?
7. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

7.1. ¿Cuál?

III. Conocimientos sobre Papanicolaou:

1. ¿Ha oído hablar sobre Papanicolaou?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Es importante la realización de este examen?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Qué es el Papanicolaou?
 - a. Examen de Sangre
 - b. Examen del cuello del Útero
 - c. Examen de la vagina
 - d. No sé

4. ¿Para qué sirve el Papanicolaou?

- a. Para detectar el cáncer de cuello del Útero
- b. Para detectar cáncer en general
- c. Para detectar infección de transmisión sexual
- d. No sé

5. ¿Quiénes deben realizarse el examen del Papanicolaou?

- a. Solo mujeres mayores de edad
- b. Solo mujeres enfermas
- c. Mujeres que ya han tenido relaciones sexuales
- d. No se

6. ¿Puede realizárselo mujeres embarazadas?

- a. Si
- b. No

7. ¿Cada Cuánto tiempo se debe realizar el Papanicolaou?

- a. Cada 6 meses o menos
- b. Cada año
- c. Cada dos años
- d. No sé

8. ¿Cómo debe prepararse para realizarse el Papanicolaou?

- a. Usar medicamentos vaginales
- b. Tener relaciones sexuales 24 horas antes
- c. No andar con la menstruación, no usar medicamentos o duchas vaginales dos días antes y no tener relaciones sexuales 24 horas antes.
- d. Tener algún tipo de infección vaginal
- e. No sé

9. El Papanicolaou es un método de:

- a. Detección temprana
- b. Diagnóstico
- c. Tratamiento
- d. No sé

10. ¿Qué lugares conoce usted donde se realiza el Papanicolaou?

- a. Hospital
- b. Centra de salud
- c. No sé

IV. Actitudes sobre Papanicolaou

Se presentan las siguientes proposiciones, marque con una x de acuerdo a su opinión:

TA: Totalmente de acuerdo.

D: En desacuerdo, pero no totalmente.

A: De acuerdo, significa que está de acuerdo, pero no totalmente.

TD: Totalmente en desacuerdo.

I: Indeciso, significa que no está ni a favor ni en contra.

Proposiciones	TD	D	I	A	TA
El PAP es un examen importante para la salud de la mujer.					
Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra del PAP.					
Me gustaría saber más acerca del PAP.					
No importa el sexo de la persona que me tome el examen del PAP.					
Yo aceptaría tomarme la muestra del PAP.					
La preocupación de realizarse el PAP no es exclusivamente de la mujer.					
La religión no influye en mi decisión de realizarme el PAP.					
El PAP no solamente deben realizárselo mujeres con muchos compañeros sexuales.					
No pienso que el PAP es doloroso.					
No solo las mujeres que tienen hijos deben realizarse el PAP.					
No me da Vergüenza realizarme el PAP.					
Estando embarazada es bueno realizarse el PAP.					
Me realizaría el PAP solamente si fuera un requisito.					
Pienso que realizarme el PAP no es pérdida de tiempo.					
No sólo mujeres enfermas deben realizárselo.					

V. Prácticas relacionadas al Papanicolaou.

1. ¿Se ha realizado el Papanicolaou?

- a. Si
- b. No

2. ¿Dónde se ha realizado el Papanicolaou?

- a. Centro de Salud
- b. Hospital
- c. Clínica Privada
- d. Otro

3. ¿Obtuvo los resultados del Examen?

- a. Si
- b. No

4. ¿Cuántos Papanicolaou se has realizado?

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres
- d. Más de tres

5. ¿Con qué frecuencia se ha realizado el Papanicolaou?

- a. Cada 6 meses
- b. Cada año
- c. Cada dos años
- d. Otro

6. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último Papanicolaou?

- a. Menos de 1 año
- b. 1-2 años
- c. 3 o más

7. ¿Tiene Planeado realizarse otro Papanicolaou?

- a. Si
- b. No

VI. Razones de realizarse y no realizarse el Papanicolaou.

A continuación, se presentan unos listados de motivos por los cuales no se ha realizado y/o se ha realizado el PAP, usted deberá marcar el que considere su motivo; sin embargo, si considera varios motivos podrá seleccionar un máximo de 3 enumerándolos del 1 al 3 comenzando con el más importante según su criterio.

1. En caso de haberse realizado alguna vez el Papanicolaou ¿Por cuál razón se ha realizado el Papanicolaou?
 - a. Interés Propio
 - b. Por orden Médica
 - c. Por embarazo
 - d. Por requisito
 - e. Por sentir malestares
 - f. Otro

2. Responder si nunca se ha realizado Papanicolaou o tiene más de un año de no realizárselo ¿Por qué razón no se lo ha realizado?
 - a. Temor
 - b. Vergüenza
 - c. Falta de dinero
 - d. Falta de importancia
 - e. No dan resultado
 - f. Negativa del marido o Compañero
 - g. Dolor
 - h. Lejanía del lugar donde realizárselo
 - i. Estoy embarazada
 - j. Actualmente no tengo relaciones sexuales.
 - k. Otro: _____

VII. Fuentes de información

1. ¿De quién recibió la información para la realización?
 - a. Maestros
 - b. Médicos
 - c. Enfermera
 - d. Amigos
 - e. Sacerdotes
 - f. Compañeros de clases

Muchas gracias por su colaboración

Tablas:

Tabla N° 1.a: Características socio-demográficas de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Características Socio-demográficas:			
Variable		N°	F%
Edad	≤ 19 años	8	4
	20-34 años	84	42
	≥ 35 años	108	54
	Total:	200	100
Escolaridad	Analfabeta	9	4.5
	No Profesional	116	58
	Profesional	75	37.5
	Total:	200	100
Estado Civil	Soltera	41	20.5
	Casada	96	48
	Unión libre	45	22.5
	Divorciada	6	3.0
	Viuda	12	6
	Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 1.b: Características socio-demográficas de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Características Socio-demográficas:			
Variable		N°	F%
Religión	Católica	83	41.5
	Evangélica	91	45.5
	Otros	14	7
	No consignado	12	6
	Total:	200	100
Procedencia	Urbano	146	73
	Rural	54	27
	Total:	200	100
Ocupación	Ama de casa	127	63.5
	Estudiante	13	6.5
	Profesional	27	13.5
	Otros	33	16.5
	Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 2.a: Características Gineco-obstétricas de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Características Gineco-obstétricas			
Variable		N°	F%
Inicio de Vida Sexual activa	≤ 19 años	149	74.5
	20-34 años	47	23.5
	≥ 35 años	0	0
	N. A	4	2
	Total:	200	100
Número de compañeros sexuales	1	82	41
	2 – 3	94	47
	≥4	20	10
	N.A.	4	2
	Total:	200	100
Número de embarazos	Ninguno	20	10
	Primigesta	33	16.5
	Viguesa	44	22
	Trigesta	33	16.5
	Multigestas	70	35.0
	Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N^a 2.b: Características Gineco-obstétricas de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Características Gineco-obstetricas			
Variable		N°	F%
Número de Partos	Nulípara	53	26.5
	Primípara	47	23.5
	Múltipara	77	38.5
	Gran múltipara	23	11.5
	Total:	200	100
Abortos	Si	60	30
	No	136	68
	N.A.	4	2
	Total:	200	100
Cesárea	Si	73	36.5
	No	123	61.5
	N.A.	4	2
	Total:	200	100
Antecedentes de ITS	VPH	27	13.5
	No ha tenido	169	84.5
	N.A.	4	2
	Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 3: Actitud-Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Actitud-Conocimientos								
Actitud	Conocimientos							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
Favorable	40	20	28	14	10	5	78	39
Desfavorable	34	17	60	30	28	14	122	61
Total	74	37	88	44	38	19	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 4: Práctica-Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Práctica-Conocimientos								
Práctica	Conocimientos							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
Buena	44	22.0	48	24	18	9	110	55
Mala	28	14	38	19	20	10	86	43
NA	2	1	2	1	0	0	4	2
Total	74	37.0	88	44	38	19	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 5: Actitud-Práctica que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Actitud-Práctica								
Actitud	Práctica							
	Buena		Mala		NA		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
Favorable	51	25.5	26	13	1	0.5	78	39
Desfavorable	59	29.5	60	30	3	1.5	122	61
Total	110	55	86	43	4	2	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 6: Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Conocimientos		
	N°	F%
Bueno	74	37
Regular	88	44.0
Malo	38	19.0
Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 7: Edad-Conocimientos en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Edad-Conocimientos								
Edad	Conocimientos							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
≤ 19 años	2	1	6	3	0	0	8	4
20-34 años	30	15	36	18	18	9	84	42
≥ 35 años	42	21	46	23	20	10	108	54
Total	74	37	88	44	38	19	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 8: Inicio de Vida Sexual Activa-Conocimientos en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Inicio de Vida Sexual Activa-Conocimientos								
Inicio de vida Sexual Activa	Conocimientos							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
≤ 19 años	48	24	71	35.5	30	15	149	74.5
20-34 años	23	11.5	16	8	8	4	47	23.5
≥ 35 años	0	0	0	0	0	0	0	0
NA	3	1.5	1	0.5	0	0	4	2
Total:	74	37	88	44	38	19	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 9: Actitudes que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Actitudes		
	N°	F%
Favorable	78	39
Desfavorable	122	61
Total:	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 10: Edad-Actitudes en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Edad-Actitudes						
Edad	Actitudes					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%
≤ 19 años	2	1	6	3	8	4
20-34 años	34	17	50	25	84	42
≥ 35 años	42	21	66	33	108	54
Total	78	39	122	61	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 11: Inicio de Vida Sexual Activa- Actitudes en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Inicio de Vida Sexual Activa- Actitudes						
Inicio de vida Sexual Activa	Actitudes					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%
≤19 años	62	31	87	43.5	149	74.5
20-34 años	15	7.5	32	16	47	23.5
≥35 años	0	0	0	0	0	0
NA	1	0.5	3	1.5	4	2
Total:	78	39	122	61	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 12: Prácticas que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Prácticas		
	N°	F%
Buena	110	55
Mala	86	43
NA	4	2
Total	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 13: Edad- Prácticas en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Edad- Prácticas								
Edad	Prácticas							
	Buena		Mala		NA		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%
≤ 19 años	4	2	1	0.5	3	1.5	8	4
20-45 años	52	26	31	15.5	1	0.5	84	42
≥ 35 años	54	27	54	27	0	0	108	54
Total	110	55	86	43	4	2	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 14: Inicio de Vida Sexual Activa- Prácticas en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Inicio de Vida Sexual Activa- Prácticas								
Inicio de vida Sexual Activa	Prácticas							
	Buena		Mala		NA		Total	
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N	F%
≤19 años	84	42	65	32.5	0	0	149	74.5
20-34 años	26	13	21	10.5	0	0	47	23.5
≥35 Años	0	0	0	0	0	0	0	0
NA	0	0	0	0	4	2	4	2
Total:	110	55	86	43	4	2	200	100

Fuente: Encuesta

Tabla N° 15: Razones por las que se realizan el Papanicolaou las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Razones por las que se realiza el PAP	N°
Interés Propio	70
Por orden Médicas	57
Por embarazo	21
Por requisito	4
Por sentir malestares	21
Total	173

Fuente: Encuesta

Tabla N° 16: Razones por las cuales no se realizan el Papanicolaou las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Razones por las que no se realiza el Papanicolaou	N°
Temor	9
Vergüenza	14
Falta de dinero	4
Falta de importancia	14
No dan resultado	2
Negativa del marido o compañero	1
Dolor	10
Lejanía del lugar donde realizárselo	7
Estoy embarazada	5
Desconocimiento	3
Actualmente no tengo relaciones sexuales	2
No Aplica	4
Total	75

Fuente: Encuesta

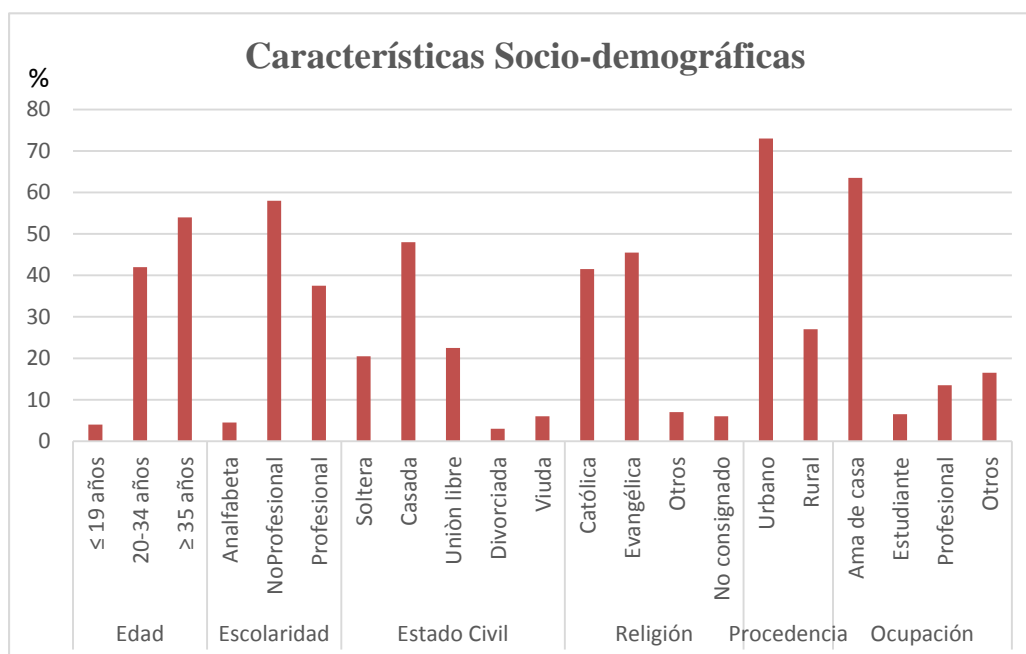
Tabla N° 17: Fuentes de información sobre Papanicolaou de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.

Fuentes de Información		
	N°	F%
Maestros	9	4,5
Enfermera	13	6,5
Médicos	146	73
Amigos	28	14
Sacerdote	4	2
Total	200	100

Fuente: Encuesta

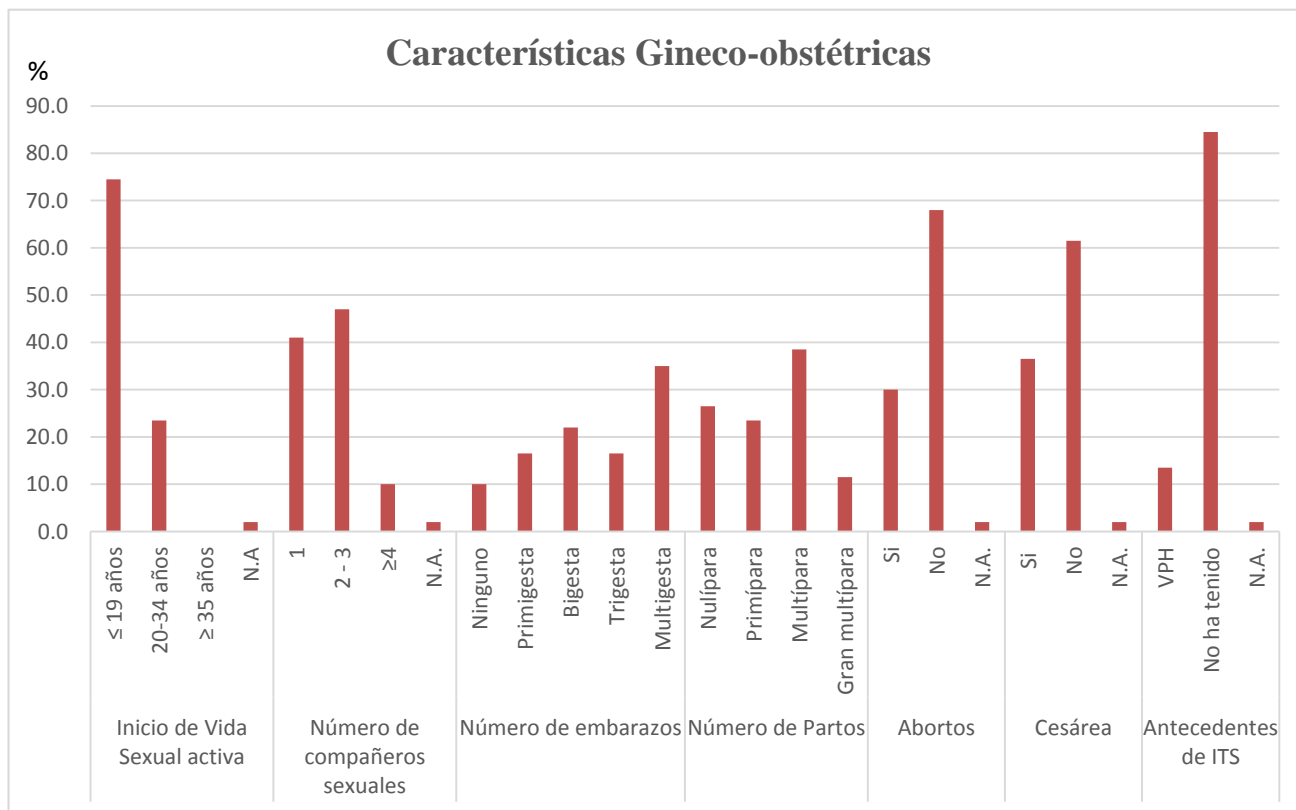
Gráficas

Gráfica N° 1: Características socio-demográficas de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



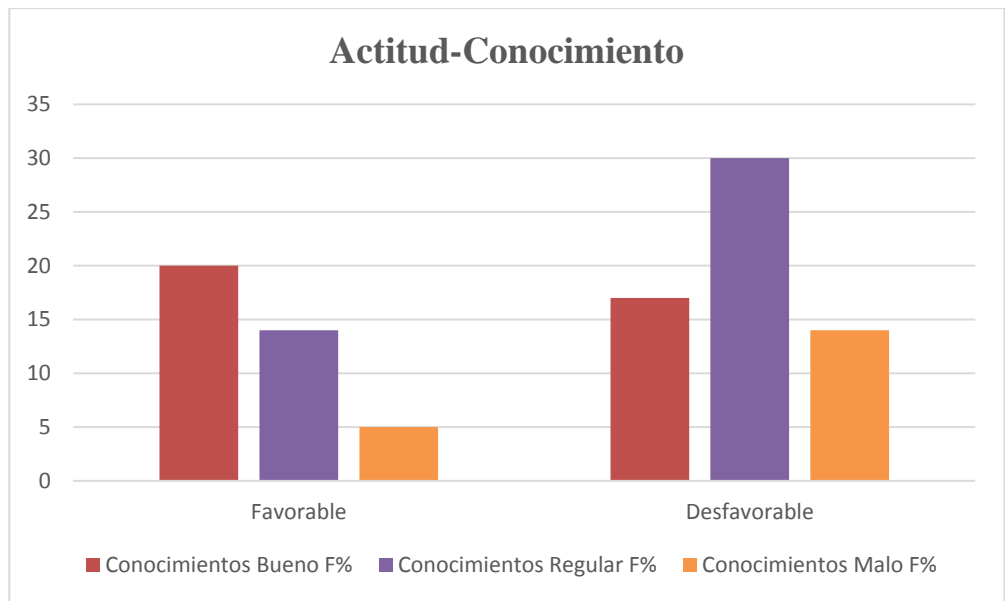
Fuente: Tabla N° 1

Gráfica N° 2: Características Gineco-obstétricas de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



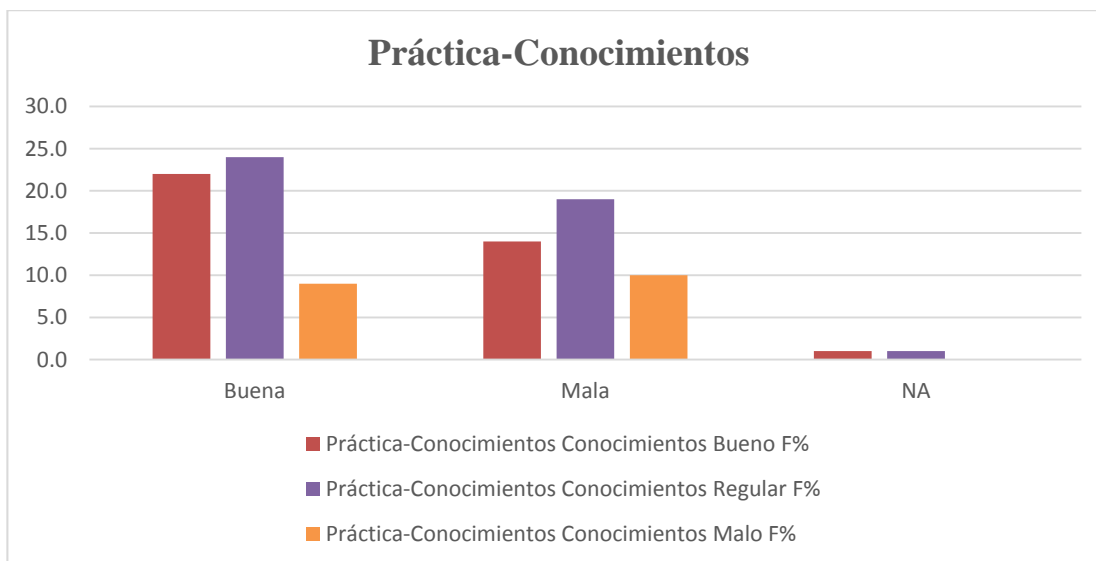
Fuente: Tabla N° 2

Gráfica N° 3: Actitud-Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



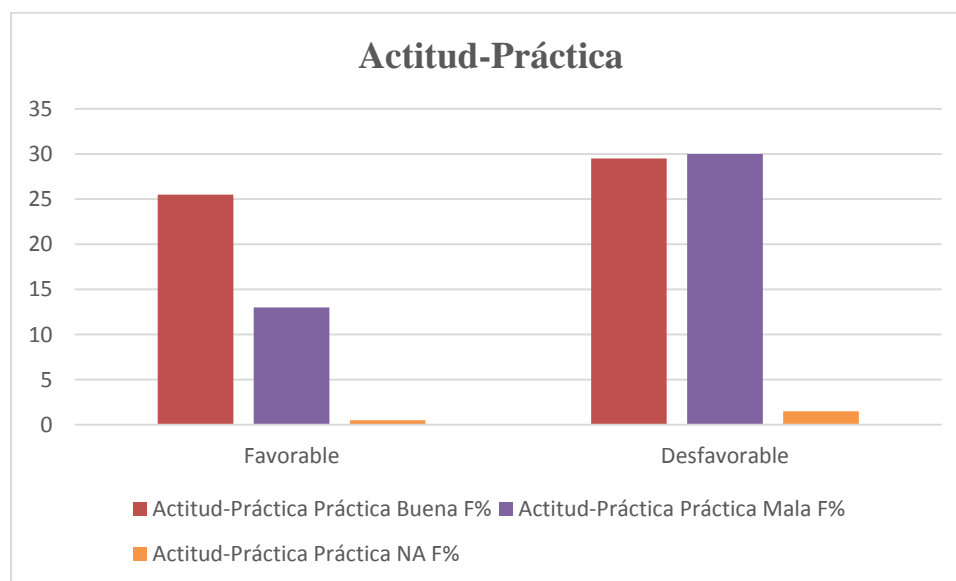
Fuente: Tabla N° 3

Gráfica N° 4: Práctica-Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



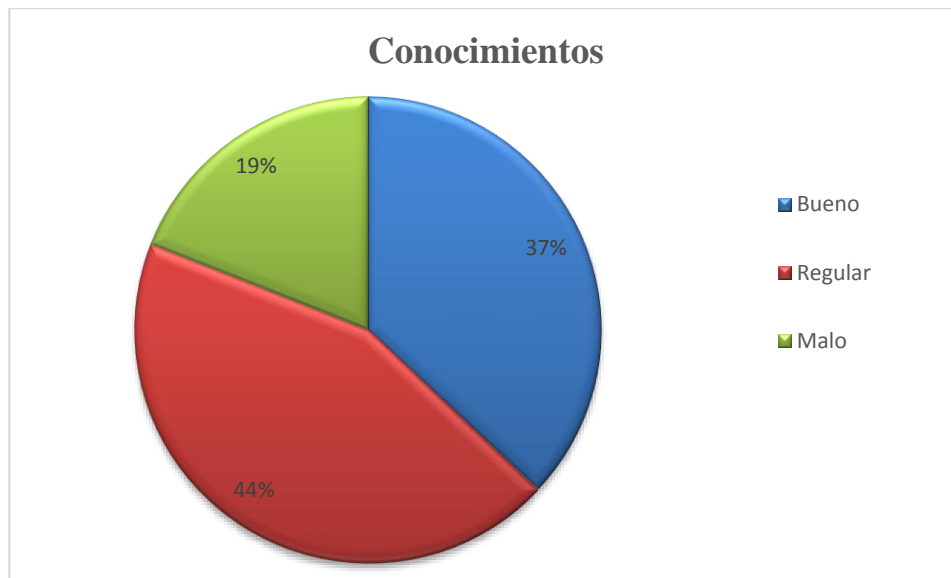
Fuente: Tabla N° 4

Gráfica N° 5: Actitud-Práctica que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



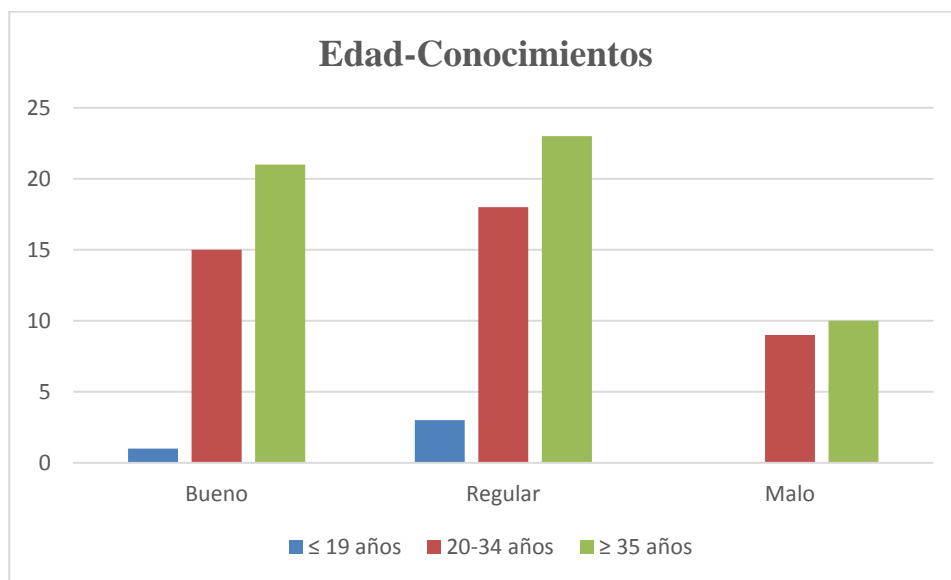
Fuente: Tabla N° 5

Gráfica N° 6: Conocimientos que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



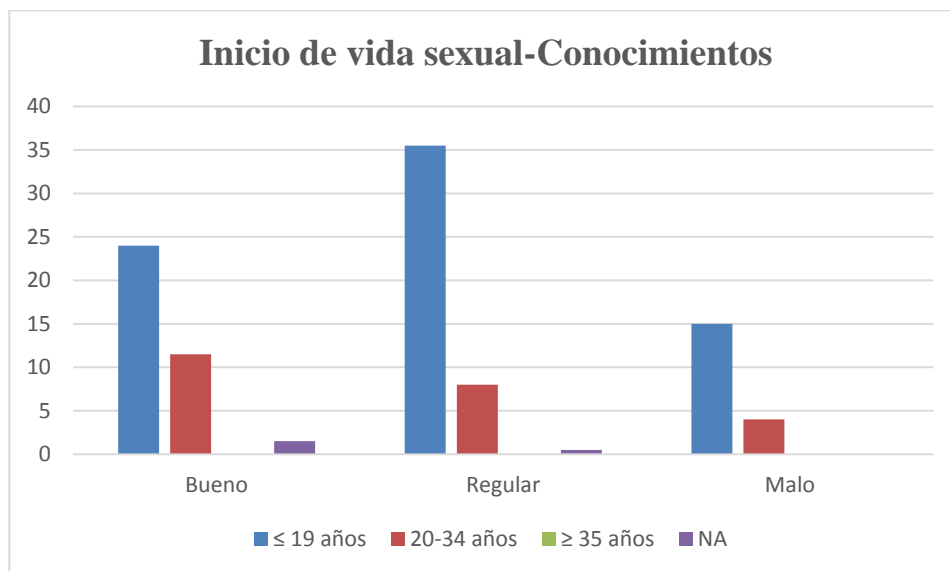
Fuente: Tabla N° 6

Gráfica N° 7: Edad-Conocimientos en las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



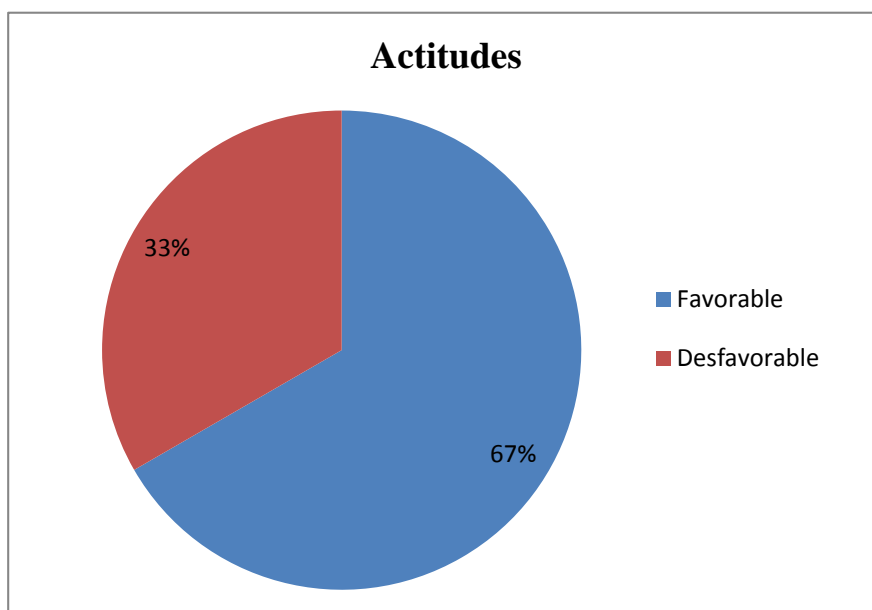
Fuente: Tabla N° 7

Gráfica N° 8: Inicio de Vida Sexual Activa-Conocimientos en las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



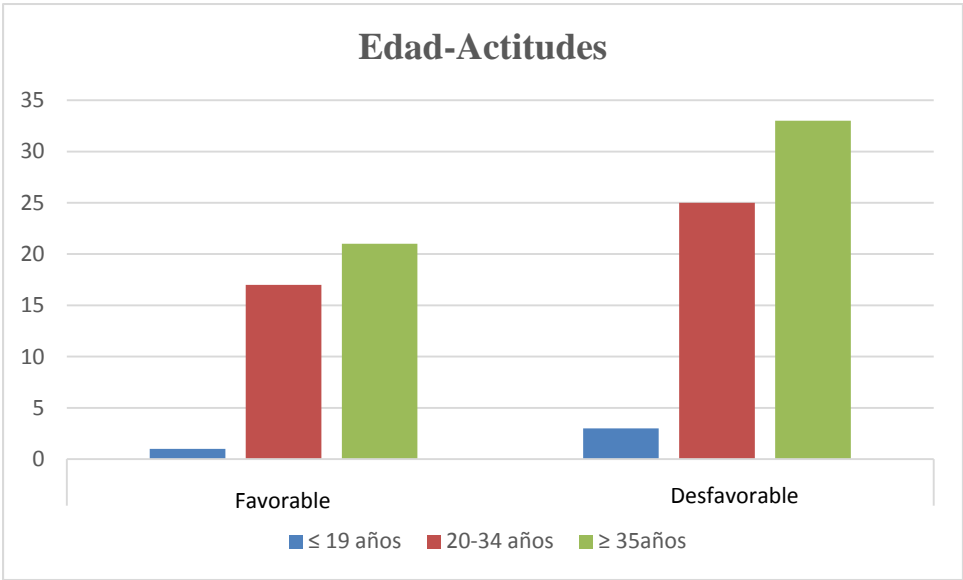
Fuente: Tabla N° 8

Gráfica N° 9: Actitudes que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



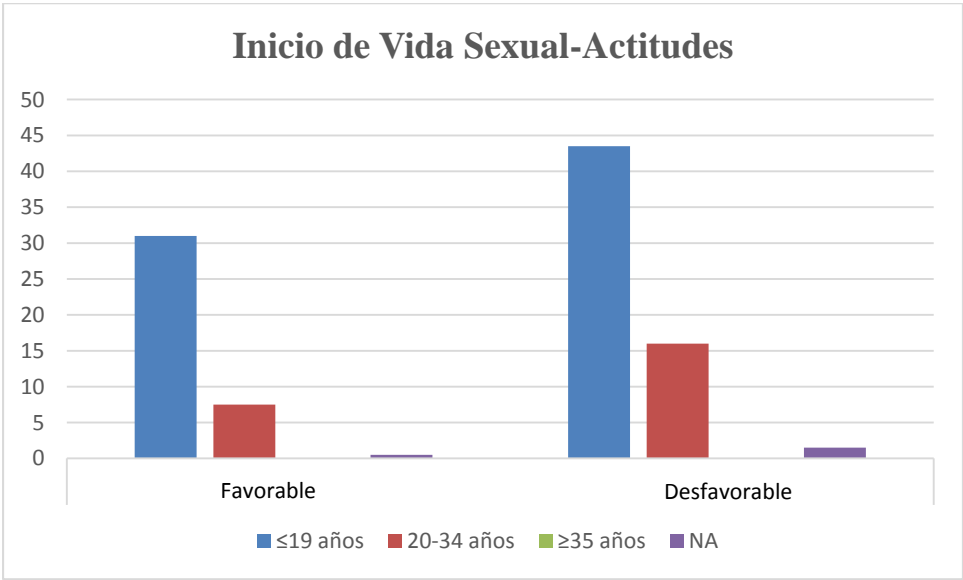
Fuente: Tabla N° 9

Gráfica N° 10: Edad-Actitudes en las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



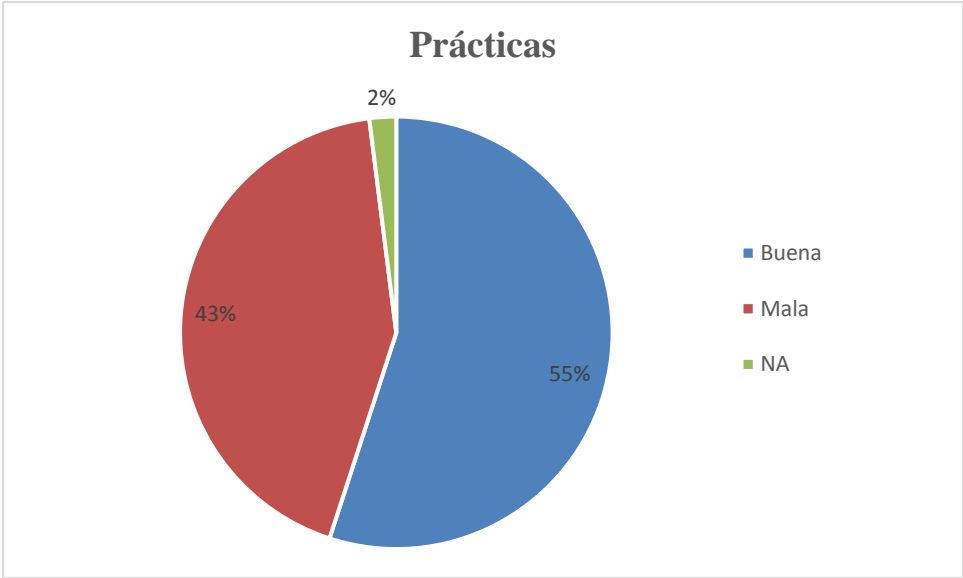
Fuente: Tabla N° 10

Gráfica N° 11: Inicio de Vida Sexual Activa- Actitudes en las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



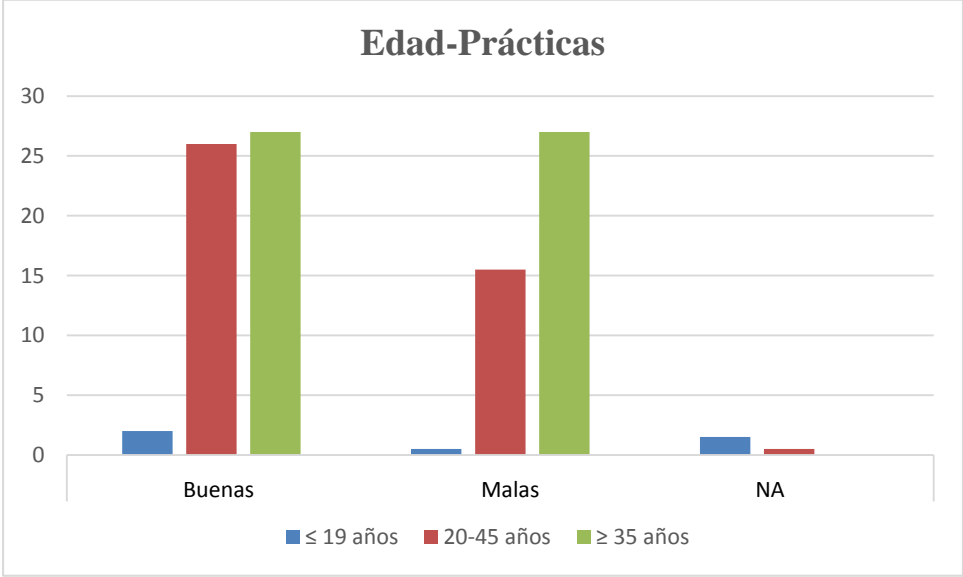
Fuente: Tabla N° 11

Gráfica N° 12: Prácticas que poseen las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



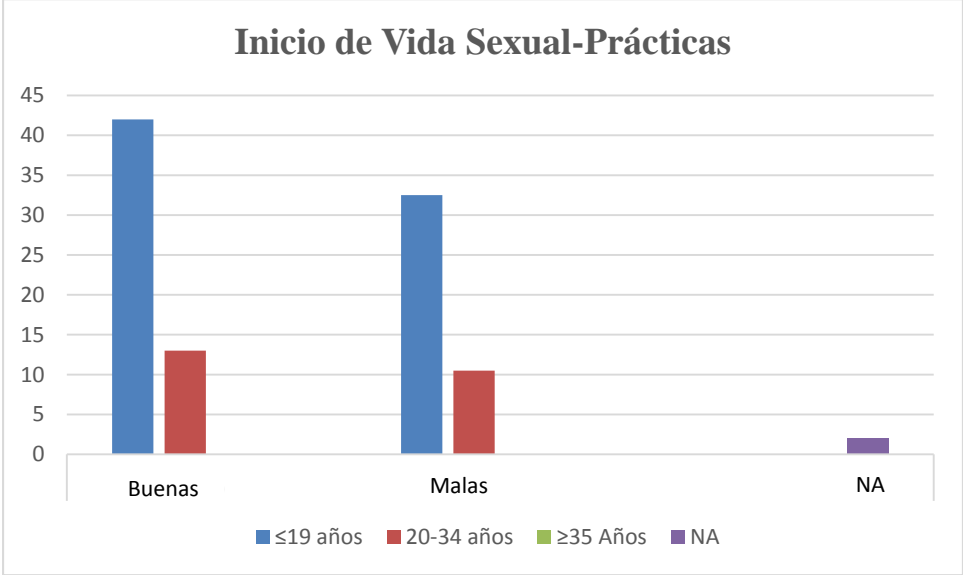
Fuente: Tabla N° 12

Gráfica N° 13: Edad- Prácticas en las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



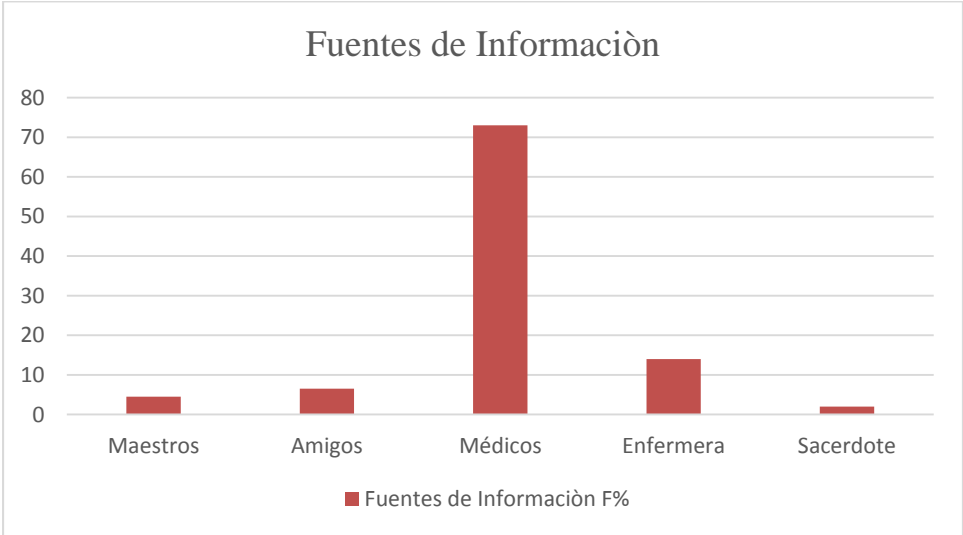
Fuente: Tabla N° 13

Gráfica N° 14: Inicio de Vida Sexual Activa- Prácticas en las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



Fuente: Tabla N° 14

Tabla N° 15: Fuentes de información sobre Papanicolaou de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque durante el segundo trimestre del año 2016.



Fuente: Tabla N° 17