

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN- MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TEMA: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en las mujeres que asisten al Puesto de Salud de Esquipulas, La Paz, Carazo, en los meses de Septiembre y Octubre del año 2015”.

INTEGRANTES:

- Solanjel Astrid Páez Serrano

TUTORA METODOLOGICA: Dra. Maryell Urroz

DICIEMBRE 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios sobre todas las cosas por haberme dado la determinación para la culminación de este trabajo monográfico y guiarme siempre en cada paso de mi carrera.

A mi tutora, por su gran abnegación y dedicación a este trabajo de investigación científica.

A mis padres infinitamente por todo el apoyo incondicional que me han brindado en mi formación profesional.

A todas las mujeres usuarias externas del Puesto de Salud de Esquipulas que aceptaron participar en esta investigación científica.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis monográfica con especial cariño a mis padres, los cuales siempre me han dado el mejor ejemplo en la superación como persona y profesional y con sus esfuerzos es que hoy me encuentro aquí en la cúspide de la culminación de mi carrera. Infinitamente agradecida con ambos.

RESUMEN

El cáncer cérvico uterino es a nivel mundial el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres. Cada año, más de 270 000 mujeres mueren a causa de dicha patología y más del 85% de estas defunciones se registra en países de ingresos bajos y medianos. Por dicha razón, el Ministerio de Salud de Nicaragua muestra mucho interés por la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, implementando normas y protocolos de un programa preventivo contenido dentro de la atención integral a la mujer, que consiste en la educación y promoción de la citología cervical a la usuarias externas que acuden a los centros de salud de nuestro país.

El objetivo general de este estudio fue establecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre toma de PAP de las pacientes que acuden al Puesto de Salud Esquipulas, La Paz, Carazo, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2015.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. El muestreo se realizó por conveniencia. Los criterios de inclusión de las participantes fueron que acudieran a la unidad de salud durante los meses descritos, que tuvieran vida sexual activa y que accedieran participar en el estudio. El total de mujeres encuestadas fue de 75; encontrándose los siguientes resultados:

El 44% de las mujeres pertenecían al grupo etáreo de 20 a 34 años de edad, 50.67% habían alcanzado solo algún grado de primaria, 50.67% se desempeñaban como amas de casa y eran su mayoría 45.33% acompañadas.

El nivel del conocimiento de las mujeres fue en su mayoría, 76%, bueno, sabiendo aspectos fundamentales como que es el PAP, para que sirve, con qué frecuencia se debe de realizar y las indicaciones y condiciones para realizárselo. La mayoría (58.7%), sin embargo, desconocía con exactitud en el sitio de toma de la muestra de PAP.

Las actitudes demostradas por las pacientes fueron en su mayoría, 85.33%, positivas, lo cual es una ventaja para ayudar a promocionar siempre la realización de esta prueba; con un ligero desliz en cuanto a la influencia de la pareja para realizárselo pues un 41.33% estuvo de acuerdo con que si influía su pareja.

Y por último, las prácticas de las pacientes fueron en un 45.33% de riesgo intermedio, seguido por una mínima diferencia de riesgo bajo (44%). Un 46.67% había iniciado su vida sexual tempranamente entre los 15 a 19 años, 42.67% de las encuestadas habían tenido 1 o 2 parejas, y un 89.33% ya se habían realizado al menos una vez el PAP y siempre reclamaban y conocían sus resultados. Solo un pequeño porcentaje (10.67%) no se habían realizado nunca en su vida el PAP, y las principales razones fueron por descuido y/o falta de interés, por miedo o vergüenza.

LISTA DE ACRÓNIMOS

PAP: Papanicolaou

CACU: Cáncer cérvico uterino

MINSA: Ministerio de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

VPH: Virus del Papiloma Humano

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ITS: Infección de transmisión sexual

IVSA: Inicio de vida sexual activa

CPN: Control prenatal

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Diseño metodológico.....	19
Resultados.....	26
Discusión de los resultados.....	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	38

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es a nivel mundial el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres. Cada año, más de 270 000 mujeres mueren a causa de dicha patología y más del 85% de estas defunciones se registra en países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2013). En los últimos años se han registrado alrededor de 450 mil muertes a causa del cáncer en América Latina y la tendencia es aún creciente, sostuvo el director general del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Dr. Carlos Vallejos Sologuren, quien estimó que hacia el año 2020 las tasas de mortalidad podrían ascender hasta 850 mil fallecimientos por tal enfermedad, haciendo referencia a América Latina y el Caribe que tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más altas del mundo, solo superadas por las de África Oriental y Melanesia (Flores, 2011).

A pesar de estas estadísticas alarmantes, es importante reconocer que el cáncer de cérvix es uno de los procesos tumorales mejor estudiados y conocidos, debido a la factible identificación y abordaje terapéutico desde hace más de medio siglo. La citología cervical continúa siendo la principal herramienta de tamizaje en países en vía de desarrollo, con alta sensibilidad para lesiones de alto grado, además del bajo costo, la aceptabilidad y las condiciones técnicas relativamente fáciles de conseguir. Sin embargo aun con la implementación de varios programas por el sistema de salud y organizaciones no gubernamentales, que han promovido desde varios años atrás la toma de la citología, se sigue evidenciado una creciente tasa de morbimortalidad en las mujeres por causa de dicha neoplasia (Alejandra, 2015).

Por dicha razón, el Ministerio de Salud de Nicaragua muestra mucho interés por la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, implementando normas y protocolos de un programa preventivo contenido dentro de la atención integral a la mujer, que consiste en la educación y promoción de la citología cervical a la usuarias externas que acuden a los centros de salud de nuestro país; pero se ha evidenciado entre las usuarias

cierto grado de resistencia frente a este procedimiento por lo que consideramos conveniente hacer un estudio que arroje las principales razones por las cuales las mujeres rehúsan, y discernir si se trata de un asunto de falta de conocimiento o de actitud, para posteriormente optimizar la práctica de dicho procedimiento y contribuir así a disminuir las tasas de morbi mortalidad en las mujeres.

ANTECEDENTES

A nivel mundial y nacional, existe una inquietud del porque a pesar de las estrategias planteadas por los gobiernos no se ha logrado un impacto importante sobre la morbi mortalidad por CACU, en comparación con los países desarrollados, lo cual ha sido motivo de numerosos estudios, entre los que podemos mencionar:

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cervico-uterina por mujeres de una población rural en Colombia. (Barrios-García Lía, 2013); en el cual se realizaron encuestas a 260 mujeres de la comunidad de Pinillos, Bolívar, Colombia, arrojando los siguientes resultados: el 85.4% de las pacientes encuestadas sabían que es la citología cérvicouterina, el 83.1% de las encuestadas respondió que si saben que el cáncer de cérvix se puede detectar a tiempo mediante esta prueba. Además el 45.4% respondía que si saben que es el VPH, de las pacientes que conocen sobre el VPH el 81.5% respondieron que este producía cáncer de cuello uterino. A la pregunta en que parte del cuerpo se realiza la citología el 76.2% contestó correctamente (cuello del útero o matriz). El 82.7% contestó que la citología debía realizarse una vez al año. En cuanto a la actitud, el 65.0% de las mujeres encuestadas dicen sentirse preocupadas cuando se les recomienda la citología, seguido por el 27.38% que se sienten dispuestas, el 1.98%, y el 5.5% se sienten avergonzadas e incómodas respectivamente. De las encuestadas el 99.6% consideran que es importante realizarse la citología cérvicouterina. Por último, en cuanto a las prácticas, el 88.5% si se ha realizado la citología durante su vida, con una mediana de 4 citologías realizadas.

Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou (Yamilet Ehrenzweig Sánchez, 2013); en el cual se estudió una muestra de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad de México, agrupadas por nivel de escolaridad de la siguiente manera: con educación básica completa o incompleta (79), con educación media superior, completa o incompleta (59), y con educación superior, completa o incompleta (70). Se obtuvieron los siguientes resultados: las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba

y cuándo realizarla. Todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior. La mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho.

A nivel nacional se encontró un estudio llevado a cabo en la capital del país en un centro de atención primaria, Centro de Salud Roger Osorio, el cual lleva por nombre **“Conocimientos, actitudes y practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, municipio de Managua, en el mes de Junio a Diciembre del año 2010”** (Irina, 2011). En dicho estudio se seleccionó al azar de una población total de 387 mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de planificación familiar, una muestra de 75 mujeres mediante una fórmula estadística, a las cuales se les aplicó una encuesta, encontrando los siguientes resultados: la media de la edad fue de 27 años, de procedencia urbana un 83%, con un 87% con escolaridad primaria completa y 77% amas de casa. De estas, el 57.3% sabía que el PAP sirve para la detección temprana de CACU; 84% y 40% sabían que dentro de las condiciones para realizárselo están no tener su periodo menstrual ni relaciones sexuales las 48 horas previas, respectivamente. 61.3% mantuvieron que la prueba se debe realizar una vez al año, y el 60% también refirió saber que si el resultado arroja inflamación se debe repetir a los 6 meses. El 78.7% refirió que se debe hacer en toda mujer que ya inicio vida sexual activa, y el 60.4% refirieron que si se puede hacer en el embarazo, mientras que el 39.6% refirieron que no. El 42.7% cree que puede inducir abortos. En general entonces se encontró que un 60% (45) de la mujeres en estudio tienen un buen nivel de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou, un 29,3% (22) obtuvieron conocimientos regulares y un 10,7% (8) obtuvieron conocimientos malos. Al valorar las actitudes de la mujeres del estudio, encontramos que en su mayoría (88%) son de tipo adecuadas y un 12% (9) son inadecuadas, con influencia de factores como la propuesta o no por parte del médico/personal de enfermería, la influencia de su pareja, su religión, entre otros. Al preguntarles a las mujeres si estarían de acuerdo con realizárselo un 34,7% (26) de la mujeres estuvieron de acuerdo,

un 32% (24) totalmente de acuerdo, un 28% (21) en desacuerdo y un 5,3%(4) totalmente en desacuerdo. Por último en cuanto a las prácticas, el 81.3% (61) se ha hecho la prueba de citología cervical alguna vez y un 18.7% (14) nunca se habían realizado un Papanicolaou. En el comportamiento sobre recoger los resultados de la prueba de Papanicolaou el 76.1%(54) de las mujeres recogen los resultados de la prueba, un 23.9%(17) no recogen los resultados de la prueba. De manera que de acuerdo con la clasificación de las prácticas que tienen las mujeres entrevistadas se encontró que el 78.4% (58) son de riesgo intermedio, un 10.8% (8) son de alto riesgo y un 10.8% (8) son de bajo riesgo.

A nivel departamental o municipal no se encontró con ningún estudio pertinente al caso, por lo que consideramos conveniente la realización de uno tomando en cuenta también que se trata de una población rural con bajo nivel de educación y muy arraigada a tabúes existentes, para conocer exactamente como está la situación en la población y cuál es la cobertura de este programa del Gobierno Nacional.

JUSTIFICACION

El cáncer cérvico-uterino representa una preocupación para los sistemas de salud en todo el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo como Nicaragua, donde la pobreza y las condiciones de vida en las que se encuentran muchas familias inciden de manera significativa en la salud de la población, afectando más a las mujeres y los niños, que constituyen dos de los grupos priorizados por el Gobierno Nacional.

El CACU es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina, y a pesar de que se han realizado esfuerzos para su control no se reduce la tendencia de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

Con esta investigación se pretende conocer cuáles son las limitaciones que existen para lograr una cobertura adecuada de toma de PAP en las mujeres que acuden a la unidad de salud, lo que posteriormente nos permitirá el diseño de nuevas intervenciones sobre todo de promoción y prevención que nos dé una respuesta más eficaz a este problema de salud pública.

Los resultados del estudio permiten modificar y mejorar los procesos educativos dirigidos a las mujeres, para elevar sus conocimientos y crear conciencia social sobre la importancia de la prueba de citología cervical y la detección temprana del cáncer cérvico-uterino; así mismo sirve de utilidad a instituciones como el MINSA y a otros proveedores de servicios de salud de naturaleza pública o privada como base para crear líneas estratégicas de intervención educativas, brindando una atención de calidad a la mujer con un enfoque integral.

Si bien los directamente beneficiados de los resultados que obtendremos con la investigación serán las mujeres del área en donde se va a realizar el estudio, los resultados podrán servir de precedente para que se desarrollen investigaciones parecidas en el resto del departamento y país, de tal manera

que se pueda crear un verdadero sistema de prevención para el cáncer cérvicouterino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un análisis de la problemática del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, explica que este tipo de cáncer sigue siendo desde hace 40 años una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aun siendo la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. La enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento apropiado. De la misma forma se resalta que no se evidencian cambios en la situación, ya que, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito (OPS, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe, 2004).

En estos países el CACU es la neoplasia maligna más frecuente y el tercero en causar mortalidad por cáncer y el primero en la población femenina, principalmente en las mujeres en edades comprendidas entre los 25 - 64 años. En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan después de los 50 años de edad, representando un 9% de las causas de mortalidad general y un 20% por CACU. (Nicaragua Minsa: situación del cáncer en Nicaragua., 2009).

Según estudios los factores que influyen en la realización de este examen, están relacionados con conocimientos erróneos sobre el PAP, temores, falta de tiempo o desinterés (OMS, 2009); pero surge la interrogante de que tan extrapolables pueden ser los resultados de dichos estudios cuando en todas las unidades de salud de nuestro país se realiza la educación y promoción continua del procedimiento como tal y además sirve como un indicador para medir la funcionalidad y cumplimiento de las unidades, ¿será cuestión de actitud por parte de las pacientes o influye su nivel de escolaridad y socioeconómico?; por lo tanto nos planteamos el problema en estudio de la siguiente manera:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre toma de PAP de las pacientes que acuden al Puesto de Salud de Esquipulas, La Paz, Carazo, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre toma de PAP de las pacientes que acuden al Puesto de Salud Esquipulas, La Paz, Carazo, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las características socio demográficas de las usuarias que acuden al Puesto de Salud de Esquipulas durante los meses en estudio.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tienen dichas usuarias sobre el Papanicolaou.
3. Establecer las actitudes que tienen las usuarias en relación a la toma del PAP.
4. Evaluar las prácticas de las usuarias en relación a la toma del PAP.

MARCO TEORICO

El Papanicolaou (citología cervical)

Desde 1941 el Dr. George Nicholas Papanicolaou (1883-1962) desarrolló el método citológico de detección precoz del cáncer antes de sus etapas invasivas; método que luego de su evaluación fue generalizado para su uso en todo el mundo (Alonso P., 2001).

El test de Papanicolaou es uno de los aportes más significativos en el campo de la medicina preventiva del siglo XX, y sigue siendo el método diagnóstico más empleado para la identificación de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, frente a otras pruebas disponibles; puesto que desde que se comenzó a usar hasta la fecha actual el porcentaje de muertes en mujeres con CaCu ha disminuido un 70%. Aunque no es infalible, este test detecta el 95% de cánceres cervicales, sobretodo en estado precoz y pueden ser tratados de manera oportuna (OMS, 2014).

En un estudio realizado para determinar la sensibilidad y especificidad del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico intraepitelial de neoplasia cervical, se encontró una sensibilidad del 84.1% para el Papanicolaou frente a la sensibilidad de la colposcopia de 88.1%, llegando a la conclusión de que los dos métodos diagnósticos son complementarios y nada puede sustituir al estudio histológico en caso de dudas, he aquí la importancia que tiene el Papanicolaou para la detección temprana de CaCu (G., 2012).

El PAP es una prueba cuya técnica no se ha modificado desde sus inicios por ser de bajo costo, poco invasiva, carece de efectos colaterales, se realiza con privacidad, los resultados obtenidos son confidenciales y puede usarse a grandes escalas.

Consiste en la exfoliación de células del cuello uterino para la detección oportuna del CACU y/o lesiones precursoras.

Según la normativa emitida por el Gobierno Nacional (MINSA, 2006), se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Indicaciones

Todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa 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 las usuarias:

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

Se debe aprovechar el momento en que la usuaria acude a los servicios de salud para realizar el examen, tomando en cuenta la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación.

En las usuarias portadoras del VIH-SIDA, se recomienda tomar dos citologías en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, su frecuencia puede ser anual, en caso de que se encuentre una alteración de la prueba, la usuaria debe ser referida a colposcopia.

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha de parto o cuando la usuaria rehúsa a realizarse la

prueba pese a una buena consejería, se aconseja retrasar la toma de la prueba hasta 8 semanas después del parto.

El tamizaje puede ser discontinuado a discreción del médico y la usuaria si cumple los siguientes requisitos:

- Mujeres con 5 o más frotis negativos previos sometidas a histerectomía abdominal total por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 tomas de citología cervical.
- Citologías en los últimos 10 años.

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 un 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.

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo(Barrios, 2003):

- 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 lamina.

Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros estén disponibles: espejo estéril, fuente estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc. Preparación de las laminas, tocarla solo por los bordes.

Previo evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica. Inspeccionar genitales externos, colocar espejo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espejo 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 exocervix, 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 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 porque 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 endocervix se extiende longitudinalmente a 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 espejo 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, y 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.

Recomendaciones:

- No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- Usar espejo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del espejo acorde a las características de las usuarias.
- Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, suave y sin presionar, ni tocar el área del orificio endocervical.
- Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-

coito o post-menopáusico, es preciso remitir la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología.

Errores que deben evitarse:

- Identificación inadecuada de la lamina
- Toma de muestra de las paredes o fondos de saco vaginal,
- Utilización de porta objeto sucio.
- Que el talco de los guantes contamine la laminilla o el especulo,
- La desecación de las células por excesivo tiempo de exposición al ambiente antes de la fijación de la muestra, que debe ser inmediata.
- Fijar la muestra con alcohol etílico con disolución menor al 70%.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- No colocar, ni transportar muestra de citologías con muestras de biopsias.

Informe de los resultados

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de las decisiones para el manejo adecuado de las usuarias que acceden al tamizaje. Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. En caso de que la usuaria no llegue a recoger su resultado, y presente una alteración que se sospeche de malignidad se debe realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Interpretación de los resultados de la citología cervical.

Cuando el reporte de la citología es negativo para lesión intraepiteliales y células malignas, la unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En la cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá

brindarse consejería. Es de suma importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas del esquema 1-1-1-3.

Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como insatisfactoria o inadecuada deberá repetirse la muestra.

Si la citología reporta negativo para lesión Intraepitelial y células malignas, pero se reporta ausencia de células endocervical/Zona de transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona importante). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4 a 6 meses o al año siguiente.

Si la citología reporta negativo para la lesión intraepitelial y células malignas, asociada a proceso inflamatorio severo, que son cambios benignos, se analizan las causas, deben tomarse exudados y cultivos cérvico-vaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología. Se programa el examen de control en 4-6 meses, posteriormente se da igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continua el esquema de tamizaje.

Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix sea sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo(a).

En usuarias embarazadas si el resultado es negativo para lesión intraepitelial y células malignas se debe dar seguimiento de citología normal. Las usuarias embarazadas con menos de doce semanas de gestación, con citología que reporta proceso inflamatorio severo o infección vaginal esperar a que cumpla las 12 semanas de gestación, para dar tratamiento y control posterior al puerperio.

La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones pre invasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia.

Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para la evaluación por el médico ginecólogo/a, quien derivara al nivel necesario para su evaluación colposcópica, como son según el sistema de Bethesda (VIVAR, 2006):

- ASC-H (atipia de células escamosas, no excluye lesión)
- ASC-US PERSISTENTES(atipia de células escamosas de significado indeterminado)
- LIE DE BAJO GRADO (lesiones intraepiteliales de bajo grado)
- LIE DE ALTO GRADO(lesiones intraepiteliales de alto grado)
- CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
- AGC (atípica de células glandulares)
- Inflamación severa persistente
- Sospecha clínica de malignidad aun cuando la citología sea negativa.
- Negativo: en ausencia de células malignas

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal.

Universo

El universo está constituido por las mujeres que acudan al puesto de Salud de Esquipulas, La Paz, Carazo, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2015.

Muestra

La muestra será el total del universo de las mujeres que acudan a la unidad de salud durante los meses descritos.

Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Mujeres que acudan al Puesto de Salud de Esquipulas durante los meses en estudio.
- Que hayan iniciado vida sexual.
- Que acepten responder a la encuesta.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no hayan iniciado vida sexual.
- Mujeres que no acepten ser parte del estudio.
- Mujeres que acudan a la unidad de salud fuera de los meses en estudio.

Técnicas y procedimientos

La fuente de información es primaria pues se obtendrá mediante la entrevista directa a las mujeres que acudan al Puesto de Salud durante los meses en estudio.

Para la recolección de la información se utilizara una encuesta que consta de una identificación general y cuatro bloques, el primero contiene información sociodemográfica de las encuestadas, el segundo contiene preguntas de conocimientos sobre la toma de Papanicolaou, el tercero es de preguntas de actitudes sobre la toma de Papanicolaou y el cuarto y último bloque contiene las preguntas relacionadas con las prácticas sobre la toma de Papanicolaou.

Previo a la aplicación de la misma se realizó una prueba piloto en el Puesto de Salud en donde se encuestaron diez mujeres al azar para la realización de la encuesta en la cual se calculó cual fue el tiempo empleado para realizar la encuesta, cuales fueron la preguntas que causaron más dificultad al momento de responder y cuáles son las sugerencias que tienen para la encuesta.

Una vez pulido el instrumento, se informó a la directora de las unidades de salud de la Paz, Carazo sobre el estudio que se llevaría a cabo y su porque y posterior a su autorización se inicia con la recolección de la información.

Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectada la información se creara una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS versión 22, y se realizara un análisis a través de estadísticas descriptivas por medio de frecuencias y porcentajes para las variables relacionadas con el grado de conocimientos, actitudes y prácticas en las diferentes mujeres encuestadas. Posteriormente, los resultados serán presentados en tablas y gráficos, y la presentación elaborada mediante PowerPoint 2007.

Enunciado de variables

I. Datos generales:

- Edad de la paciente
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Religión

II. Nivel de conocimiento

- Importancia
- Condiciones para realizarse la prueba de Papanicolaou
- Continuidad /periodicidad de la prueba de Papanicolaou
- Mujeres que deben hacerse el PAP

III. Actitudes sobre la prueba de Papanicolaou

- Creencias sobre la prueba de Papanicolaou
- Mitos sobre la prueba de Papanicolaou

IV. Prácticas de riesgo en relación sobre la prueba de Papanicolaou

- Inicio de vida sexual activa (IVSA)
- Número de compañeros sexuales

-
- Se ha realizado o no el Papanicolaou
 - Factores de negación para realizarse el PAP
 - Número de Papanicolaou realizados
 - Recolección de los resultados
 - Conocimientos sobre sus resultados
 - Edad en que se realizó por primera vez la prueba de Papanicolaou
 - Fuente en la que se obtuvo la información

**Escala de conocimiento de las usuarias externas del puesto de salud
(escala sumatoria y porcentual)**

Bueno (7 a 10 puntos)

Regular (5 a 6 puntos)

Malo (0 a 4 puntos)

Escala sumatoria de actitudes: Utilizamos la escala de Likert para medir actitudes.

Actitudes Positivas: De 4 a mas respuesta correctas.

Actitudes Negativas: 3 o menos respuestas correctas.

Escala de clasificación de las prácticas:

De alto riesgo

De riesgo intermedio

De bajo riesgo

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Edad de la paciente	Número de años desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Edad	<20 20-34 >=35	Cuantitativa Discreta
Escolaridad	Grado académico que tiene en el momento de la encuesta.	Referido por la paciente.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones de la sociedad civil.	Referido por la paciente.	Soltera Casada Acompañada	Nominal
Ocupación	Actividad que es realizada por la paciente en un determinado establecimiento.	Referido por la paciente.	Ama de Casa Domestica Comerciante Otros	Nominal
Religión	Conjunto de creencias, normas o prácticas relacionadas con un Dios o dioses.	Referido por la paciente.	Católica Evangélica Ninguna	Nominal

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Valores	Escala
Conocimientos	Idea o noción acerca de la realidad y el mundo que nos rodea, lo que permite que actuemos de determinada manera ante	Respuestas correctas a los enunciados	Importancia. Condiciones para realizarse la prueba de Papanicolaou. Continuidad/periodicidad de la prueba de Papanicolaou.	BUENO: de 7 a 10 puntos REGULAR: de 5 a 6 puntos MALO: de 0 a 4 puntos	Ordinal

	una situación.		Mujeres que deben hacerse el PAP		
Actitudes	Predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable o desfavorable ante una situación.	Respuestas correctas a los enunciados	Preposiciones relacionadas con la prueba del Papanicolaou.	POSITIVA: de 4 a más respuestas correctas NEGATIVA: 3 o menos respuestas correctas	Nominal
Prácticas	Conjunto de formas concretas de actividades a alcanzar un objetivo.	Respuestas correctas a los enunciados	IVSA Factores de negación para PAP Recolección de los datos Conocimientos de los resultados Edad a la que se realizó el primer PAP	Según los siguientes criterios (reúne al menos 2) ALTO RIESGO: IVSA antes de los 15 años 4 compañeros sexuales No se ha realizado un Pap No recoge los resultados No conoce los resultados. RIESGO INTERMEDIO: IVSA entre 15 a 19 años 2 a 3 compañeros sexuales 1 a 2 Papanicolaou Conoce los resultados del PAP. BAJO RIESGO: IVSA a los 20 años 1 compañero sexual 3 o más	Ordinal

				Papanicolaou Recoge los resultados	
--	--	--	--	--	--

Aspectos éticos

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta los siguientes principios: Principio de Beneficencia, que consiste en evitar hacer daño a las mujeres entrevistadas; principio de respeto a la dignidad humana, derecho a la autodeterminación y al conocimiento de información del formulario, respetando la participación voluntaria en el diligenciamiento del cuestionario, el derecho que tendrá la paciente a participar o renunciar en el momento que ella desee, se les dará a conocer el objetivo del estudio y el principio de la confidencialidad del investigador, el destino final de la información obtenida en el instrumento.

Además de confidencialidad, privacidad, respeto por sus respuestas, principio de justicia; a las mujeres entrevistadas se les respetará el derecho a la privacidad de la información y al consentimiento informado.

La presente investigación es de baja complejidad, no presenta riesgos para la salud humana por emplear técnicas y métodos de investigación documental, donde no se modifica ninguna variable biológica, fisiológica, psicológica o social.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio en el Puesto de Salud de Esquipulas, La Paz, Carazo, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2015, con el objetivo de conocer los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres que asistían a dicho puesto, siendo la muestra de 75 mujeres, encontrándose los siguientes resultados:

En cuanto a las variables sociodemográficas, un 26.6% (20 mujeres) correspondían al grupo etáreo menor de 20 años, 44% (33) al de 20-34 y un 29.33% (22) eran mayores de 35.

Un 4% (3) eran analfabetas, un 50.67% (38) habían alcanzado algún grado de primaria, 34.67% (26) algún grado de secundaria, y un 10.67% (8) tenían educación superior. Un 50.67% (38 mujeres) eran amas de casa, un 18.67% (14) se desempeñaban de domésticas, un 8% (6) eran comerciantes, y un 22.67% (17) laboraban en otras actividades.

Un 24% (18 mujeres) eran solteras, un 30.67% (23) estaban casadas, y un 45.33% (34) eran acompañadas.

Y por último, un 34.67% (26 mujeres) profesaban la religión católica, un 64% (48) eran evangélicas y solo un 1.33% que no profesaba ninguna de las dos anteriores.

Ahora bien, para la determinación de los conocimientos de las pacientes se les realizó 10 preguntas sobre los aspectos claves del PAP, como que es, para que sirve, cada cuanto y quienes deben de realizárselo, las condiciones para realizárselo, y su relación con el embarazo, a cada una de las cuales se les asignó posteriormente una puntuación según fuera correcta o incorrecta, y se clasificó como conocimiento bueno si tenían 7 o más puntos, regular de 4 a 6 puntos y malo 3 o menos puntos; encontrándose los siguientes resultados:

En la primera pregunta correspondiente a lo que es el PAP, un 89.33% (67 mujeres) respondieron correctamente que era un examen del cuello uterino, mientras que el 10.67% restante (8) no sabían. Un 41.33% (31 mujeres)

aseguro conocer el sitio de toma del PAP como lo es el cuello uterino, mientras que un 58.67% (44 mujeres) no conocían con exactitud el sitio de toma de muestra. Un 81.35% (61 mujeres) respondieron correctamente cuando se les pregunto para que servía el PAP como lo es la detección temprana del CACU y solo un 18.07% (14) desconocían su uso. Un 93.3% (70 mujeres) además respondió correctamente cuando se les pregunto si el PAP servía también para detectar infecciones, mientras que solo un 6.67% (5 mujeres) respondió que esto era falso.

En cuanto a las condiciones para realizarse el PAP, un 81.33% (61 mujeres) conocían al menos dos de las tres condiciones fundamentales para realizarse el PAP y a un 18.67% (14 mujeres) les hacía falta conocimiento sobre este aspecto.

Acerca de la frecuencia, un 58.67% (44 mujeres) sabían que la indicación del PAP es anual y un 41.33% (31 mujeres) tenían dudas acerca de la frecuencia normada; asimismo un 88% de las encuestadas (66 mujeres) decían saber que cuando el PAP salía alterado con infección y/o inflamación debía repetirse a los 6 meses, mientras que un 12% (9 mujeres) desconocían dicha indicación.

En cuanto a quien se lo debe de realizar un 90.67% (68 mujeres) contestaron correctamente que debía ser toda mujer que ya hubiera iniciado vida sexual y solo un 9.33% (7 mujeres) contestaron incorrectamente; asimismo un 76% (57 mujeres) dijeron que si toda mujer embarazada se lo podía hacer y un 24% (18) dijeron que no; cuando se les pregunto si producía aborto un 70.67% (53 mujeres) contestaron correctamente que no, mientras que un 29.3% (22 mujeres) tenían mitos y tabúes al respecto.

Por todo lo anterior, se determinó que el nivel del conocimiento de las mujeres que atiende el Puesto de Salud de Esquipulas es bueno en un 76% de los casos (57 mujeres), regular en un 13.33% (10 mujeres), y malo en un 10.67% de los casos (8 mujeres).

Como segundo aspecto se valoró las actitudes de las pacientes encuestadas hacia la toma del PAP, mediante la declaración a las pacientes de 7 enunciados los cuales ellas debían de clasificar en una de las cinco opciones

de la escala de Likert, según estuvieran totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, y totalmente en desacuerdo, con cada enunciado, y posteriormente se consideró como una actitud positiva si las pacientes habían respondido positivamente ya sea de acuerdo o totalmente de acuerdo al menos 4 de los enunciados, y negativa si eran 3 o menos. Encontrándose los siguientes resultados:

Cuando se le planteo a las mujeres el siguiente enunciado "Yo no aceptaría tomarme el PAP", un 6.67% (5 mujeres) estuvieron de acuerdo, un 10.67% (8) ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 52% (37 mujeres) estuvieron en desacuerdo con dicho enunciado, y un 30.67% (23) totalmente en desacuerdo. Cuando se les planteo acerca de la importancia del PAP periódicamente independientemente de la edad y hábitos sexuales, un 30.67% (23 mujeres) estuvieron totalmente de acuerdo con que es importante, un 57.33% (43) estuvieron solo de acuerdo, y un 12% (9) no estuvieron ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Cuando se le planteo que la decisión de tomarse el PAP es de la mujer, un 41.33% (31 mujeres) estuvieron totalmente de acuerdo, un 48% (36) de acuerdo y un 10.67% (8) que no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo. Cuando se le planteo después que el PAP debía realizarse solo si el medico lo ordenaba, un 34.67% (26 mujeres) estuvieron de acuerdo, un 24% (18) no estuvieron ni de acuerdo, ni en desacuerdo, un 38.67% (29 mujeres) estuvieron en desacuerdo pues decían que se debía de realizar no solo si el medico lo ordenaba sino también por demanda propia, y un 2.67% (2 mujeres) que también estuvieron totalmente en desacuerdo por la misma razón.

Cuando se les planteo que la pareja influía en la decisión de la mujer de tomarse el PAP un 2.67% (2 mujeres) estuvieron totalmente de acuerdo, un 41.33% (31) de acuerdo, un 4% (3 mujeres) ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 34.67% (26 mujeres) en desacuerdo y un 17.33% (13 mujeres) que estuvieron totalmente en desacuerdo. Cuando se les planteo si su religión influía en la toma del PAP un 2.67% (2 mujeres) no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 74.67% (56 mujeres) estuvieron en desacuerdo y un 22.67% (17 mujeres) estuvieron totalmente en desacuerdo.

Por último, cuando se les planteo que el PAP no debía realizarse porque producía dolor y/o sangrado un 6.67% (5 mujeres) estuvieron de acuerdo, un 18.67% (14) ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 53.33% (40) en desacuerdo y un 21.33% (16) totalmente en desacuerdo.

Por todo lo anterior, se estimó que las actitudes de las mujeres hacia la toma del PAP eran en un 85.33% (64 mujeres) positivas y en un 14.67% (11 mujeres) negativas.

Por último se evaluaron las prácticas de las mujeres encuestadas que podrían o no representar un riesgo para ellas, basado en cuatro aspectos claves como el IVSA, número de compañeros sexuales, número de PAPs que se habían realizado en su vida y si recogían o no los resultados de los mismos. En base a esto se consideró como prácticas de alto riesgo aquellas que tenían al menos dos de las siguientes: IVSA antes de los 15 años, con 4 o más compañeros sexuales, ningún PAP en su vida, o que no recoge los resultados; de mediano riesgo aquellas que tuvieran al menos dos de las siguientes: IVSA entre los 15 a 19 años, con 2 a 3 compañeros sexuales, con 1 a 2 PAPs en su vida y/o que recoge sus resultados; y por último de bajo riesgo aquellas que tuvieran también al menos dos de las siguientes: IVSA después de los 20 años, con solo 1 compañero sexual, con 3 o más PAPs y/o que reclaman sus resultados. Encontrándose lo siguiente:

En cuanto a la vida sexual un 13.33% (10 mujeres) la habían iniciado antes de los 15 años de edad, un 46.67% (35) entre los 15 a 19 años, y un 40% (30 mujeres) después de los 20 años. Se les pregunto el número de compañeros que habían tenido y un 37.33% (28 mujeres) dijeron que solo 1, un 42.67% (32 mujeres) dijeron que 2, un 17.33% (13 mujeres) dijeron que 3, y un 2.67% (2 mujeres) dijeron que 4 o más compañeros sexuales.

Cuando se les pregunto si alguna vez se habían realizado el PAP, un 89.33% (67 mujeres) dijeron que si y solo un 10.67% (8) dijeron que no. En cuanto al número de PAPs que se habían realizado en su vida un 13.33% (10 mujeres) dijeron que solo 1 vez, un 22.57% (17 mujeres) dijeron que 2 veces, un 28% (21 mujeres) dijeron que 3 veces, un 25.33% (19 mujeres) dijeron que 4 veces o más, y un 10.67% (8 pacientes) que nunca se lo habían realizado. Cuando se

les pregunto que si de las veces que se habían realizado el PAP habían ido a recoger los resultados un 90.67% (68 mujeres) dijeron que si cada vez, y solo un 9.33% (7 mujeres) dijeron que no.

Por esto se determinó que las prácticas de las usuarias del Puesto de Salud de Esquipulas son del alto riesgo solo en un 10.67% de los casos (8 mujeres), de mediano riesgo en un 45.33% de los casos (34 mujeres) y de bajo riesgo en un 44% de los casos (33 mujeres).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al realizar un análisis comparativo de los resultados arrojados por este estudio con estudios a nivel internacional y nacional, como el que se realizó en Pinillos, Bolívar, una comunidad rural de Colombia en el 2013 realizado por Lía Barrios-García, se encontró concordancia en cuanto a las variables sociodemográficas en estudio, pues existe siempre un predominio del grupo etáreo de 20 a 34 años de edad, el cual corresponde al grupo de mujeres en edad fértil, que si bien no son las únicas pacientes que demandan la realización del PAP, son las que acuden con mayor frecuencia a la unidad de salud por los servicios de planificación familiar y CPN, en donde se les realiza promoción de la prueba. Asimismo, la mayoría de las mujeres habían alcanzado solamente algún grado de primaria y se desempeñaban en su mayoría como amas de casa, lo cual también concuerda con dicho estudio, y con la realidad del país sobre todo en las comunidades rurales donde no siempre se tiene acceso a la educación y el hombre continua siendo la fuente principal de ingreso de la familia. En el estudio, en su mayoría las mujeres se encuentran acompañadas o en unión de hecho y estable lo que coincide con las encuestas realizadas a nivel nacional (Endesa 2006/07) en relación a la población nicaragüense femenina, donde la mayoría de ellas practican este tipo de relación conyugal.

Ahora bien, un 76% de las pacientes encuestadas tenían un nivel de conocimiento bueno, lo cual concuerda con la mayoría de los estudios analizados como antecedentes, particularmente con el estudio llevado a nivel nacional en el Centro de Salud Roger Osorio de Managua durante el 2010 por Irina Tenorio. Esto debido a que dicho estudio indubitavelmente se aplica más a nuestra realidad como país en la que la promoción del PAP se ve fortalecido por las charlas continuas en sala de espera y la promoción continua en la consulta tanto medica como de enfermería que se realizan a diario en las unidades de salud como parte de la educación continua a los pacientes promovida por el gobierno.

Sin embargo, llama la atención que, si bien la mayoría de las mujeres contestaron correctamente las preguntas de la encuesta, la mayoría (68.67%) fallaron en la pregunta acerca del sitio de toma de PAP, lo cual contrasta con

los resultados encontrados en el mismo estudio y con el hecho de que la mayoría (89.33%) ya había respondido correctamente la pregunta previa acerca de que el PAP es un examen del cuello uterino. Asimismo otro aspecto que llama atención es la alta tasa de creencias erradas que tiene aún la población acerca del PAP y la producción de abortos en las mujeres embarazadas (29.3%), lo cual contrasta con otros estudios llevados en otros países con mejor nivel educacional de la población como el realizado en la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz, México, durante el 2013 por Yamileth Ehrenzweig Sánchez. Las diferencias observadas pueden deberse a que en dicho estudio la población estudiada fue de zona urbana con un mejor nivel educacional, a diferencia del nuestro que corresponde a una población rural en la que los mitos y tabúes acerca de diferentes prácticas no solo médicas se transmiten y arraigan de generación en generación, y si no realiza educación continua con énfasis en este aspecto continuara habiendo tasas elevadas de ignorancia respecto a este aspecto.

Ahora en relación a las actitudes de las pacientes encuestadas la mayoría fueron positivas (85.33%) en este estudio; sin embargo, observamos que este es un aspecto que se presta a variaciones pues en algunos estudios como el realizado en Pinillos, Bolívar, Colombia en el 2013 las actitudes de las pacientes siguen siendo negativas y de renuencia, a pesar de tener los conocimientos adecuados acerca de la importancia de realización de esta prueba; mientras que en otros, como el realizado a nivel nacional en el Centro de Salud Roger Osorio de Managua en el 2010 concuerdan los niveles de conocimientos de las pacientes con sus actitudes. Considero esto se debe a que medir la actitud que pueda tener una persona hacia algo en específico es algo que es muy subjetivo para el investigador que es el que establece los parámetros de lo que es correcto o no siempre basado en evidencia, pero a final de cuentas es la paciente la que toma la decisión con todos aquellos aspectos idiosincrásicos de cada persona que puedan influir en la toma de decisión y que no se pueden medir fácilmente.

Además, otro aspecto con respecto las actitudes que llama la atención es el alto nivel de mujeres (31 mujeres que corresponde a un 41.33%) que

consideraban que su pareja si influía en su decisión de la toma del PAP, lo cual es de esperarse en la comunidad en estudio en el que el hombre juega un papel predominante sobre la mujer en muchas ocasiones.

Por último, acerca de las prácticas de las pacientes en estudio se encontró que existen diferencias mínimas entre prácticas de mediano y bajo riesgo, con porcentajes de 45.33% y 44% respectivamente. Solo pocas mujeres (8) tenían prácticas de alto riesgo. Esto también es algo que varía de un estudio a otro y de una población a otra, puesto que factores como el IVSA, números de compañeros que pueda tener una persona o la decisión o no de tomarse el PAP son factores que depende de cada individuo. Pero de manera general si existe concordancia entre este estudio y el realizado a nivel nacional en Managua durante Junio a Diciembre del 2010, en cuanto a prácticas de riesgo intermedio y bajas tasas de mujeres que nunca se hayan realizado el PAP, lo que es un factor alentador en la lucha contra el CACU.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres pertenecían al grupo etáreo de 20 a 34 años de edad, en edad fértil, habían alcanzado solo algún grado de primaria, se desempeñaban como amas de casa y eran su mayoría acompañadas o en unión de hecho estable.

- El nivel de conocimientos de las pacientes fue en la mayoría bueno, sabiendo aspectos fundamentales como que es el PAP, para que sirve, con qué frecuencia se debe de realizar y las indicaciones y condiciones para realizárselo. La mayoría, sin embargo, desconoce con exactitud en el sitio de toma de la muestra de PAP.

- Las actitudes demostradas por las pacientes fueron en su mayoría positivas, lo cual es una ventaja para ayudar a promocionar siempre la realización de esta prueba; con un ligero desliz en cuanto a la influencia de la pareja para realizárselo pues la mayoría de las mujeres estuvieron de acuerdo con que si influía su pareja.

- Las prácticas de las pacientes fueron en su mayoría de riesgo intermedio, seguido por una mínima diferencia de riesgo bajo. La mayoría había iniciado su vida sexual tempranamente entre los 15 a 19 años, pero solo habían tenido 1 o 2 parejas y ya se habían realizado al menos una vez el PAP y siempre reclamaban y conocían sus resultados. Solo un pequeño porcentaje (10.67%) no se habían realizado nunca en su vida el PAP, y las principales razones fueron por descuido y/o falta de interés, por miedo o vergüenza.

RECOMENDACIONES

Al personal del Puesto de salud de Esquipulas:

- Continuar brindando charlas educativas en las salas de espera y promocionando el PAP en la consulta a las pacientes que acudan a la unidad de salud, para fortalecer los conocimientos y fomentar siempre actitudes positivas hacia la toma del PAP.
- Brindar siempre consejería previo a la realización de PAPs a las pacientes, con énfasis en el procedimiento y toma de muestra, para reforzar debilidades encontradas en los conocimientos de las pacientes en el estudio.

A la dirección del Centro de Salud sede La Paz:

- Realizar un refrescamiento acerca de la normativa sobre prevención de CACU como parte del plan docente al personal de salud del Puesto de Salud y Centro con el objetivo de la actualización continua para brindar a las pacientes información objetiva y verídica en cada promoción.

Al SILAIS Carazo:

- Monitorear la calidad de la atención brindada por el personal de salud de las diferentes unidades en el componente mujer, y elaborar un plan de divulgación masiva para la promoción continua del PAP y la prevención del CACU.

BIBLIOGRAFIA

1. OPS. (2013). *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres*. Washington, D.C.
2. Flores, J. E. (2011). *Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011*". Lima, Peru.
3. Alejandra, C. A. (2015). *Conocimientos, actitudes y practicas de autocuidado en las mujeres estudiantes de la UCM a la toma de citología vaginal*. Manizales, Colombia.
4. Barrios-García Lía, B.-P. I.-E.-M. (2013). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre citología cervico-uterina por mujeres de una poblacion rural en colombia*. Revista Ciencias Biomedicas , 54-59.
5. Yamilet Ehrenzweig Sánchez, M. L. (2013). *Conocimientos sobre la prevención del CACU, locus de control y realizacion de PAP*. Psicología y Salud , 161-169.
6. Irina, T. M. (2011). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre el papanicolaou en las usuarias extremas del programa de planificacion familiar del centro de salud Roger osorio, municipio de Managua, en el mes de Junio a Diciembre del 2010*. Managua.
7. OPS. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 30 de 06 de 2011, de <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=7639>.
8. *Nicaragua Minsa: situación del cáncer en Nicaragua*. (2009). Recuperado el 12 de 06 de 2011, de http://docs.google.com/viewer?v&q=cache:1gXsbfix4NcJ:www.movicancer.org.ni/indes.php/infocancer/descargas/doc_download/6-situacion-del-cancer-en-nicaragua.

-
9. OMS. (2009). *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda del mañana*.
 10. Alonso P., L. E. (2001). *CÁNCER CERVICOUTERINO DIAGNÓTICO, PREVENCIÓN y CONTROL*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
 11. OMS. (03 de 02 de 2014). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 18 de 10 de 2015, de 58va Asamblea Mundial de la Salud: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf
 12. G., M. (2012). Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. . *Revista Medica Mexicana* , 12-16.
 13. MINSA. (2006). *Norma tecnica de prevencion, deteccion y atencion del CACU*. Managua, Nicaragua.
 14. Barrios, V. y. (2003). *Actualizacion ponderada de los factores del cancer*. Montevideo.
 15. VIVAR, N. M. (2006). *SISTEMA BETHESDA: CITOLOGIA CERVICOVAGINAL*. Quito, Ecuador: Luis NARVÁEZ MD. & Klever SÁENZ MD.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La presente encuesta está diseñada para conocer las características generales y valorar los conocimientos, actitudes, practicas de las usuarias externas del Puesto de Salud Esquipulas sobre la toma del Papanicolaou. Los resultados obtenidos serán utilizados para efectos del estudio y su información es confidencial, no se solicita el nombre de la entrevistada.

I. Características socio demográficas

Edad:

- a) <20
- b) 20-34
- c) >= 35

Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Domestica
- c) Comerciante
- d) Otra

Escolaridad:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Religión:

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Ninguna

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Acompañada

II. Conocimientos

1. El PAP es un:

- a) Examen de sangre
- b) Examen de cuello uterino
- c) Examen radiológico
- d) No se

2. El PAP se toma en:

- a) Cuello de útero
- b) Vagina
- c) Ovarios
- d) No se

3. El PAP sirve para:

- a) Detectar el cáncer de cuello de la matriz
- b) Detecta el sida
- c) Detecta un embarazo
- d) No sé

4. El PAP también puede detectar infecciones en los genitales. F___ V___

5. Condiciones para realizarse el PAP (las 3 correctas):

- a) Con el sangrado durante la menstruación. Falso ____ Verdadero ____
- b) Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes. Falso ____ Verdadero ____
- c) No utilizar lavados vaginales o medicamentos vía vaginal. Falso ____ Verdadero ____

6. ¿Cada cuanto debe de realizarse el PAP?

- a) Una vez al año
- b) Mensual
- c) Cada 3 meses
- d) No se

7. Si en el resultado del PAP aparece con infección o reporta otra enfermedad, este se repite en 6 meses. Falso ____ Verdadero ____

8. ¿Quiénes deben realizarse el PAP?

- a) Solo las mujeres que tienen enfermedades de transmisión sexual
- b) Solo las mujeres adultas
- c) Toda mujer que ha iniciado vida sexual activa

9. ¿Toda mujer embarazada puede hacerse el PAP? Falso ____ Verdadero ____

10. El PAP puede producir un aborto. Falso ____ Verdadero ____

III. Actitudes

Marque con una x en la columna que considera es su respuesta o opinión para las siguientes preposiciones.

- 1. Totalmente de acuerdo (TA)
- 2. De acuerdo (A)
- 3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (N)
- 3. En desacuerdo (D)
- 4. Totalmente en desacuerdo (TD)

Preposición	TA	A	N	D	TD
Yo no aceptaría tomarme la prueba del PAP					
Es importante realizarse el PAP periódicamente independientemente de la edad y hábitos sexuales					
El interés por realizarse el PAP es de la mujer					
El PAP debe realizarse solo que el médico lo ordene en la consulta					
Mi pareja influye en mi decisión de realizarme el PAP					
Mi religión no me permite realizarme el PAP					
El PAP no debe realizarse porque produce dolor y sangrado					

IV. Practicas

1. Inicio de vida sexual activa

- a) <15
- b) 15-19
- c) >= 20

2. Número de compañeros sexuales que ha tenido:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más

3. Se ha realizado alguna vez la prueba de Papanicolaou. Si_____ No_____

4. ¿Cuántos PAP se ha realizado?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más
- e) Ninguno

5. ¿Cuál es la razón más importante por la que no te has realizado el PAP? Solo si nunca se lo ha realizado

- a) Por miedo a la prueba
- b) Por miedo a los resultados
- c) Porque mi pareja no lo permite
- d) Por vergüenza
- e) Por descuido y/o falta de interés
- f) Me queda lejos el centro de salud

6. Recoge los resultados de la prueba de Papanicolaou- Si_____ No_____

7. ¿Conoce usted los resultados de la prueba de Papanicolaou? Si_____ No_____

¡MUCHAS GRACIAS!

Tabla Número 1

Tabla Número 1		
I.I Edad	Frecuencia	Porcentaje
<20	20	26.67%
20-30	33	44.00%
>=35	22	29.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 1

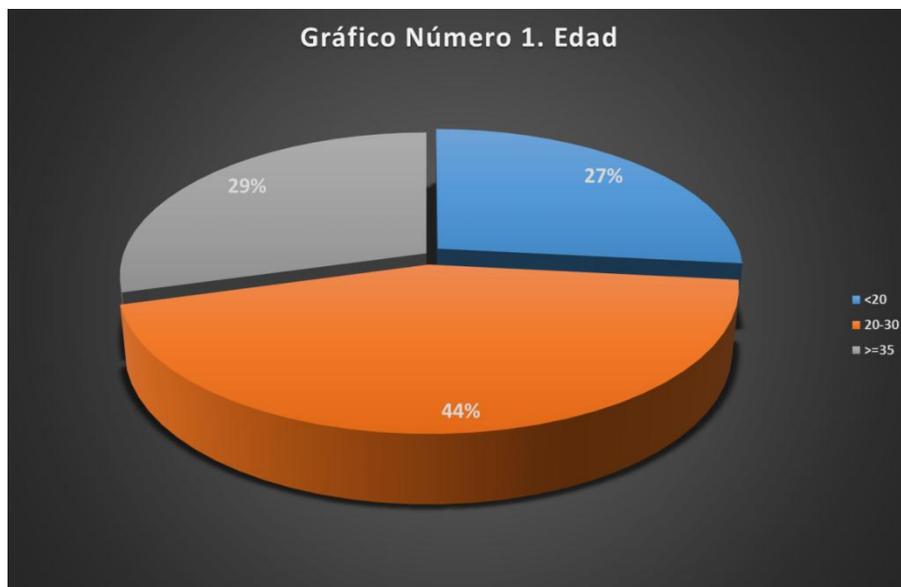


Tabla Número 2

Tabla Número 2		
I.II Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	4.00%
Primaria	38	50.67%
Secundaria	26	34.67%
Superior	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 2



Tabla Número 3

Tabla Número 3		
I.III Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	18	24.00%
Casada	23	30.67%
Acompañada	34	45.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 3



Tabla Número 4

Tabla Número 4		
I.IV Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	38	50.67%
Domestica	14	18.67%
Comerciante	6	8.00%
Otra	17	22.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 4

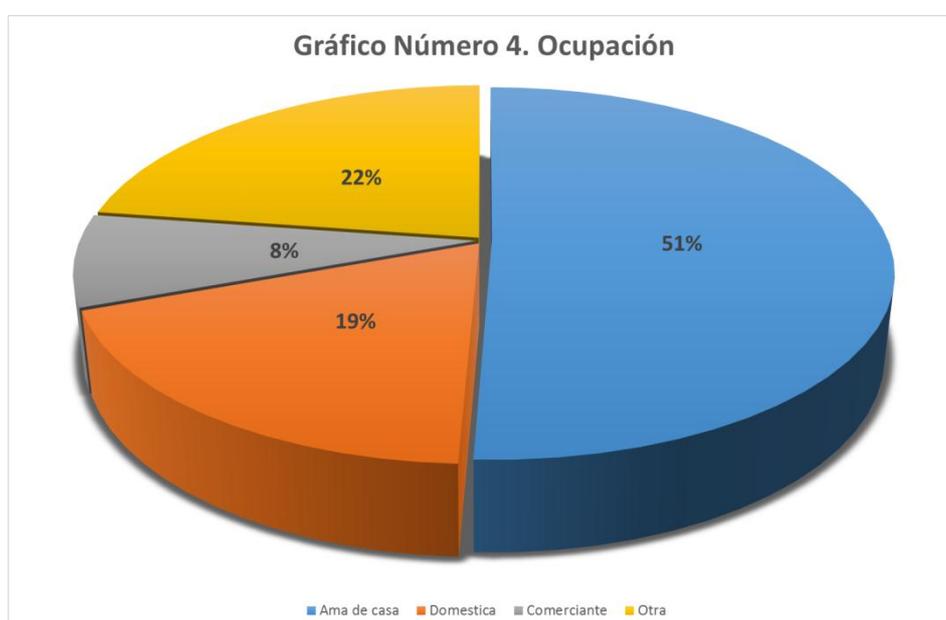


Tabla Número 5

Tabla Número 5		
I.IV Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	26	34.67%
Evangélica	48	64.00%
Ninguna	1	1.33%
Total	75	100.00%

Grafico Número 5

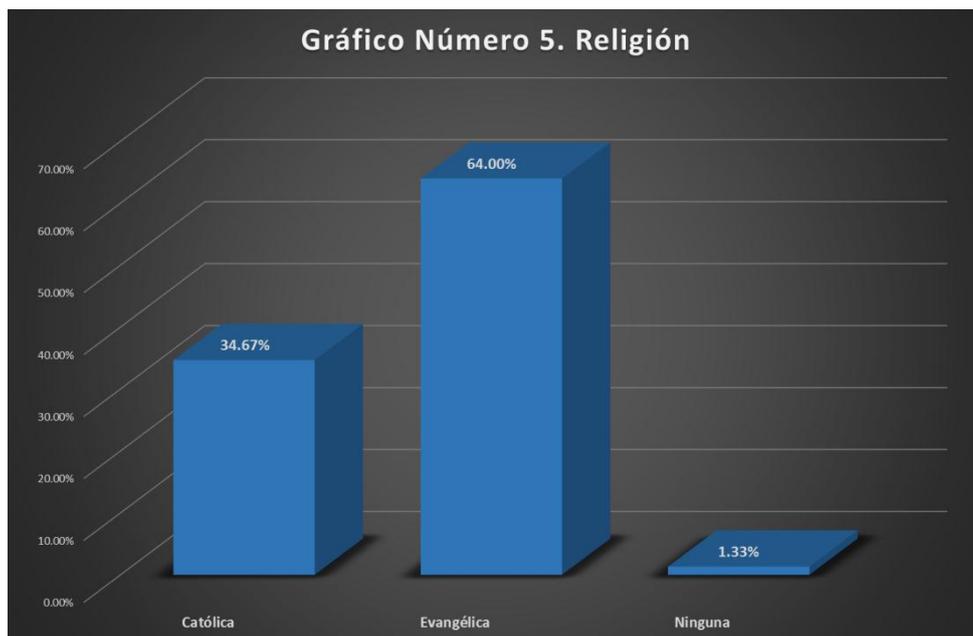


Tabla Número 6

Tabla Número 6		
II.¿El PAP es un?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	67	89.33%
Incorrecto	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 6

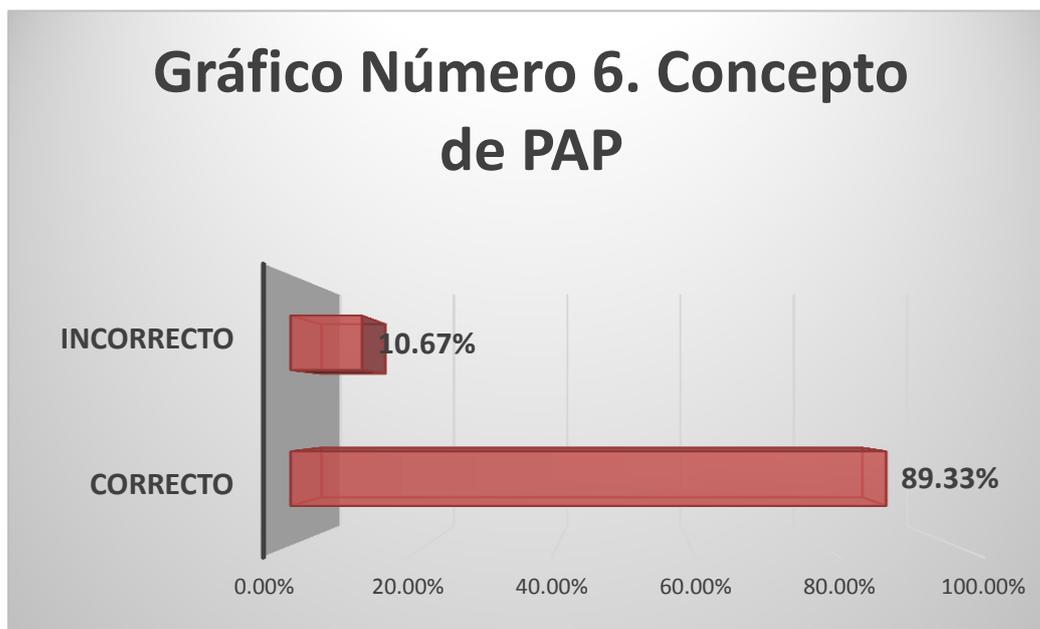


Tabla Número 7

Tabla Número 7		
II.II.¿El PAP Se toma en?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	31	41.33%
Incorrecto	44	58.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 7

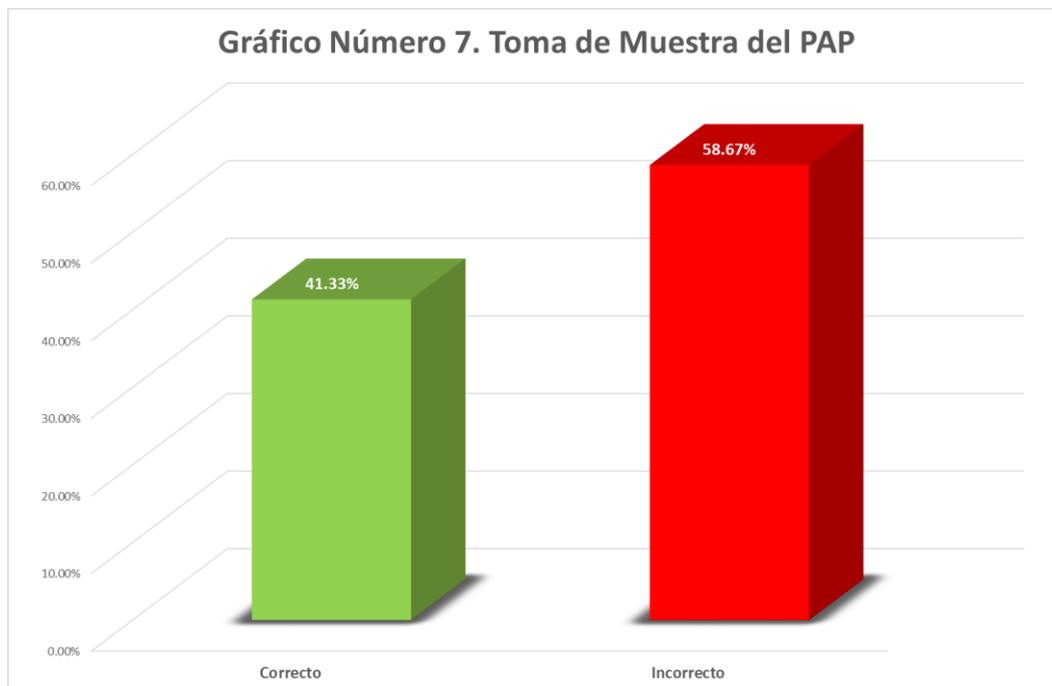


Tabla Número 8

Tabla Número 8		
II.III.¿El PAP Sirve Para?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	61	81.33%
Incorrecto	14	18.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 8

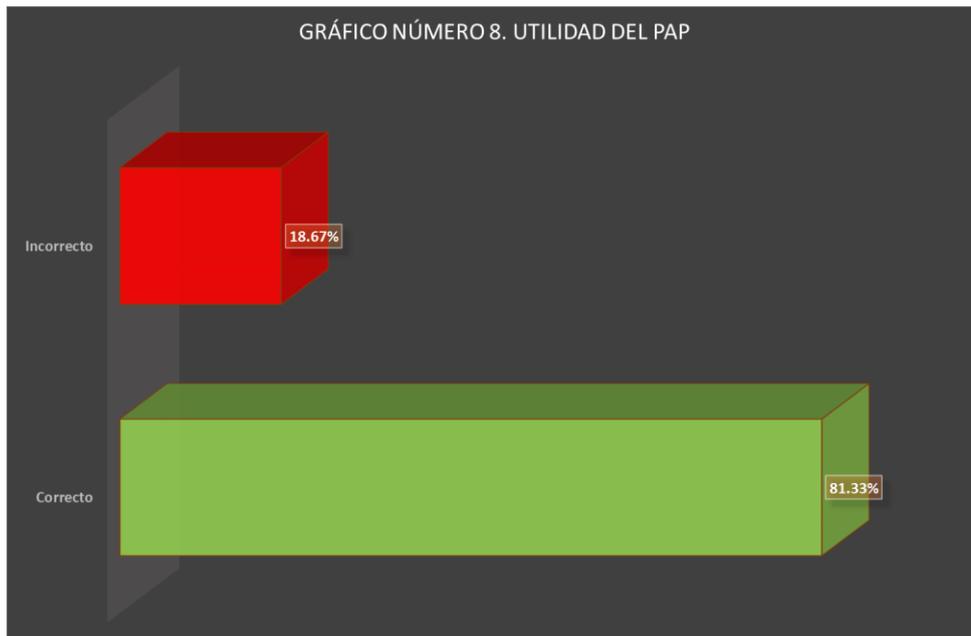


Tabla Número 9

Tabla Número 9		
II.IV ¿El PAP también puede detectar infecciones en los genitales?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	70	93.33%
Incorrecto	5	6.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 9

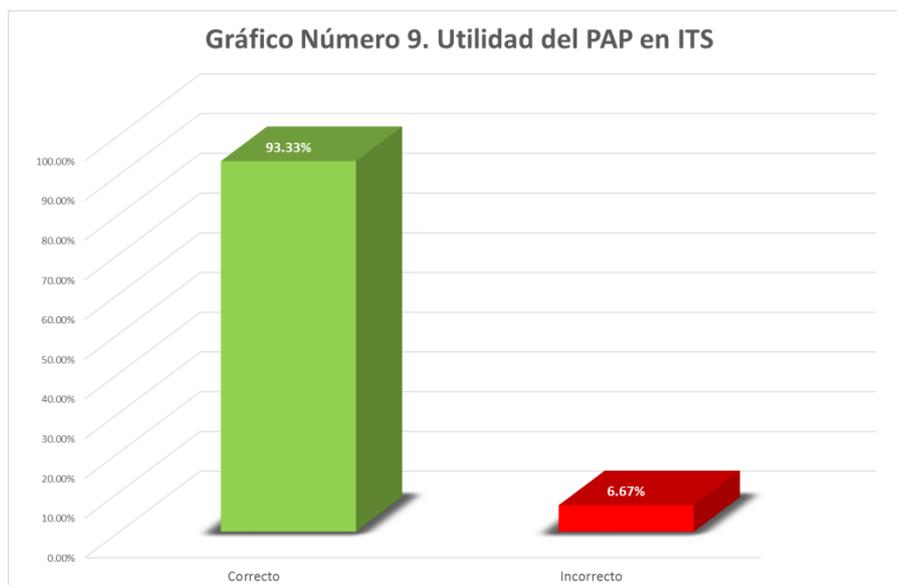


Tabla Número 10

Tabla Número 10		
II.V ¿Condiciones para realizarse el PAP?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	61	81.33%
Incorrecto	14	18.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 10



Tabla Número 11

Tabla Número 11		
II.VI ¿Cada Cuanto debe realizarse el PAP?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	44	58.67%
Incorrecto	31	41.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 11

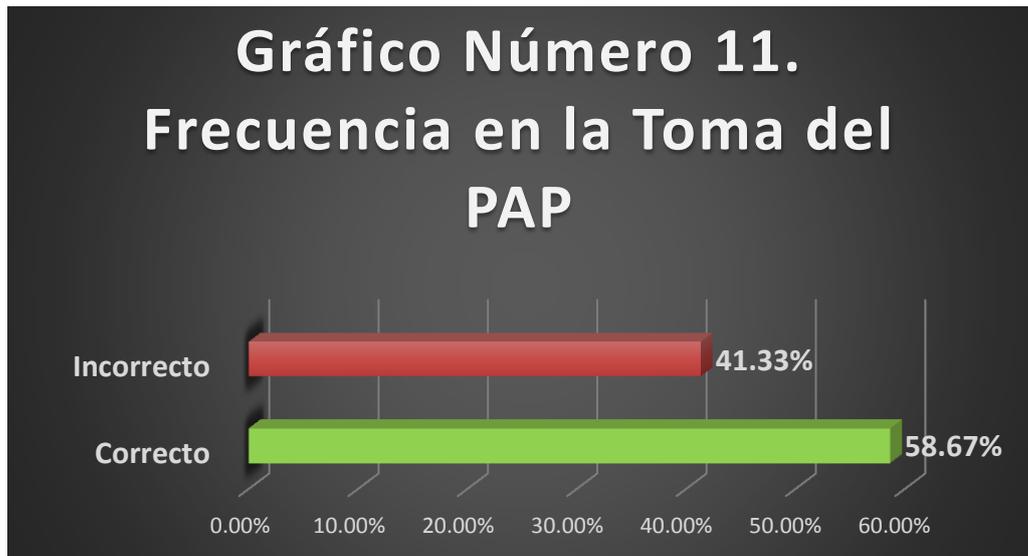


Tabla Número 12

Tabla Número 12		
II.VII Si en el resultado del PAP aparece con infección o reporta otra enfermedad, ¿este se repite en 6 meses?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	66	88.00%
Incorrecto	9	12.00%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 12

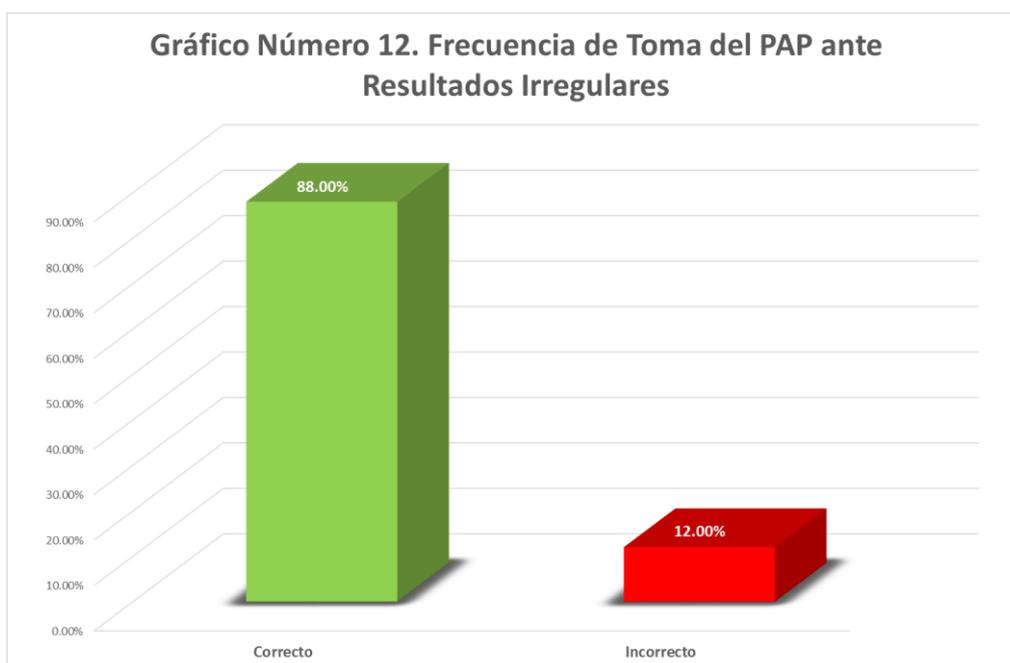


Tabla Número 13

Tabla Número 13		
II.VIII ¿Quién debe realizarse el PAP?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	68	90.67%
Incorrecto	7	9.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 13

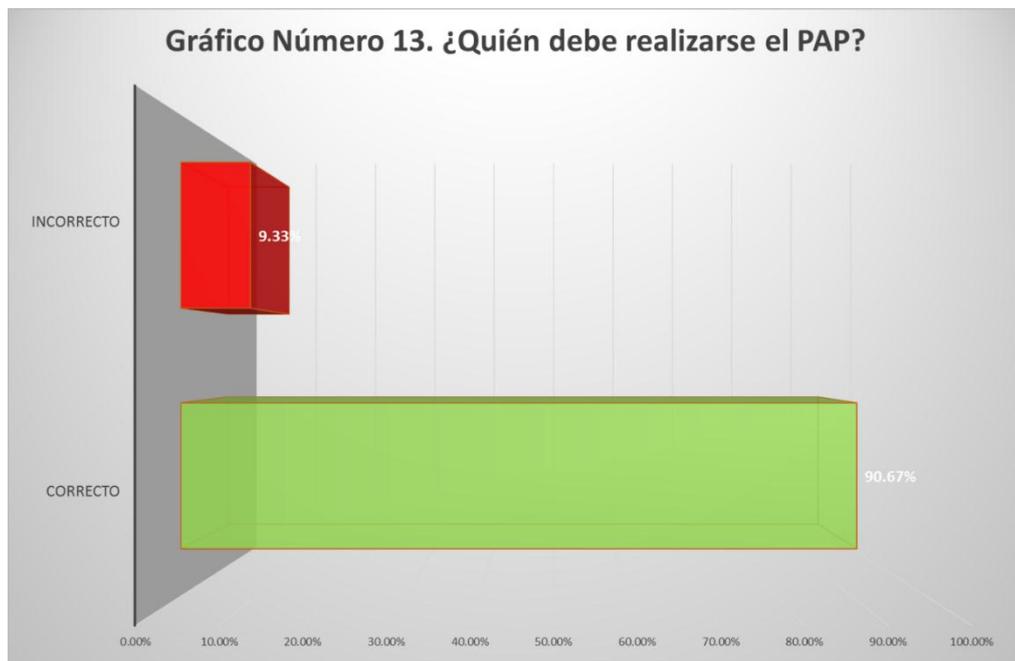


Tabla Número 14

Tabla Número 14		
II.IX ¿Toda mujer embarazada puede realizarse el PAP?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	57	76.00%
Incorrecto	18	24.00%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 14



Tabla Número 15

Tabla Número 15		
II.X ¿El PAP puede producir un Aborto?	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	53	70.67%
Incorrecto	22	29.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 15

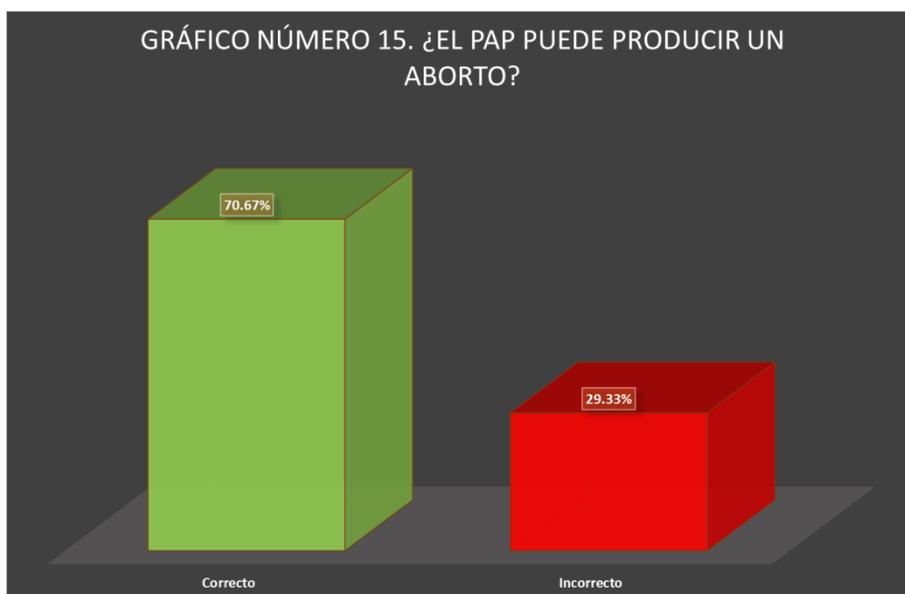


Tabla Número 16

Tabla Número 16		
CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	57	76.00%
Regular	10	13.33%
Malo	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 16

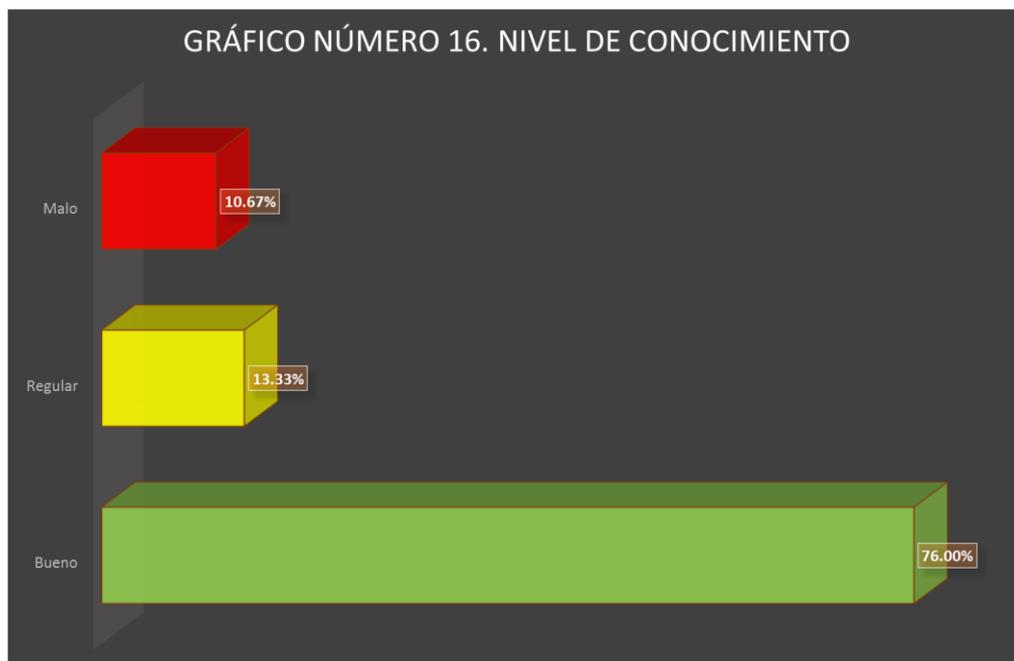


Tabla Número 17

Tabla Número 17		
III.I Yo no aceptaría tomarme la prueba del PAP	Frecuencia	Porcentaje
A	5	6.67%
N	8	10.67%
D	39	52.00%
TD	23	30.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 17

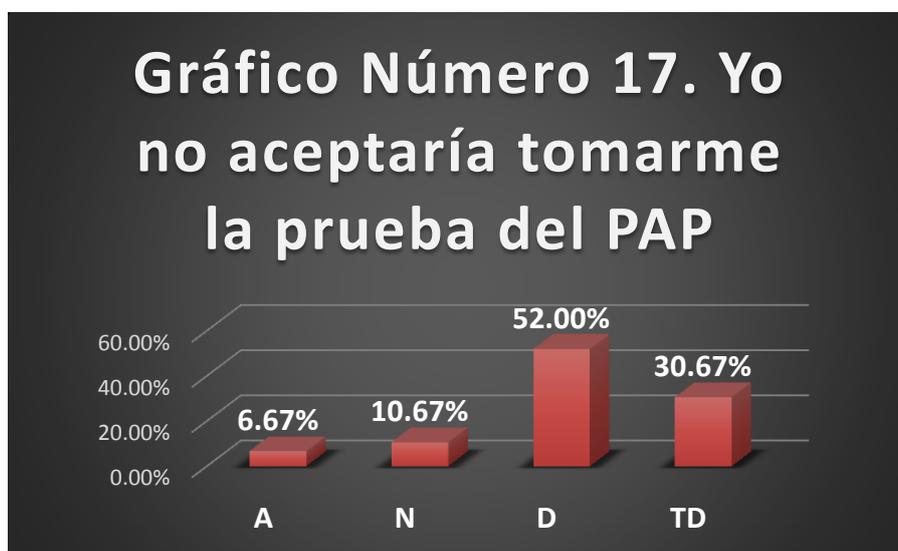


Tabla Número 18

Tabla Número 18		
III.II Es importante realizarse el PAP periódicamente independientemente de la edad y hábitos sexuales	Frecuencia	Porcentaje
TA	23	30.67%
A	43	57.33%
N	9	12.00%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 18

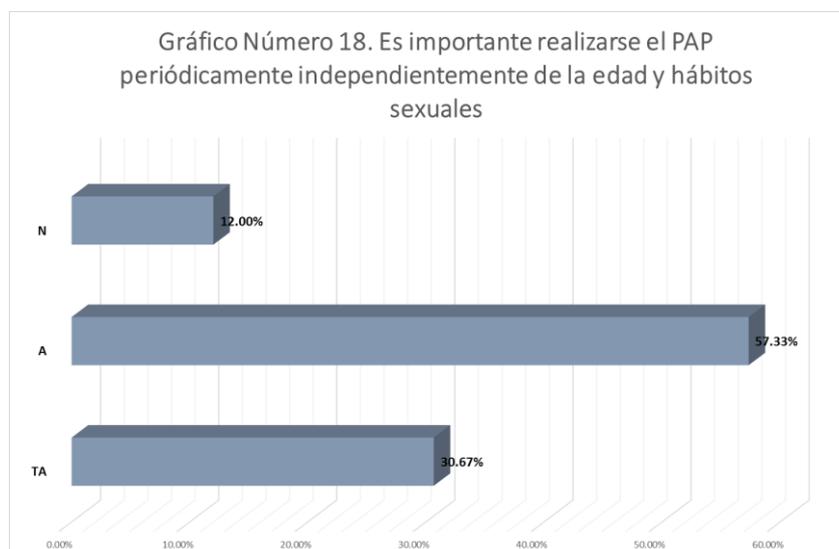


Tabla Número 19

Tabla Número 19		
III.III El interés por realizarse el PAP es de la mujer	Frecuencia	Porcentaje
TA	31	41.33%
A	36	48.00%
N	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 19

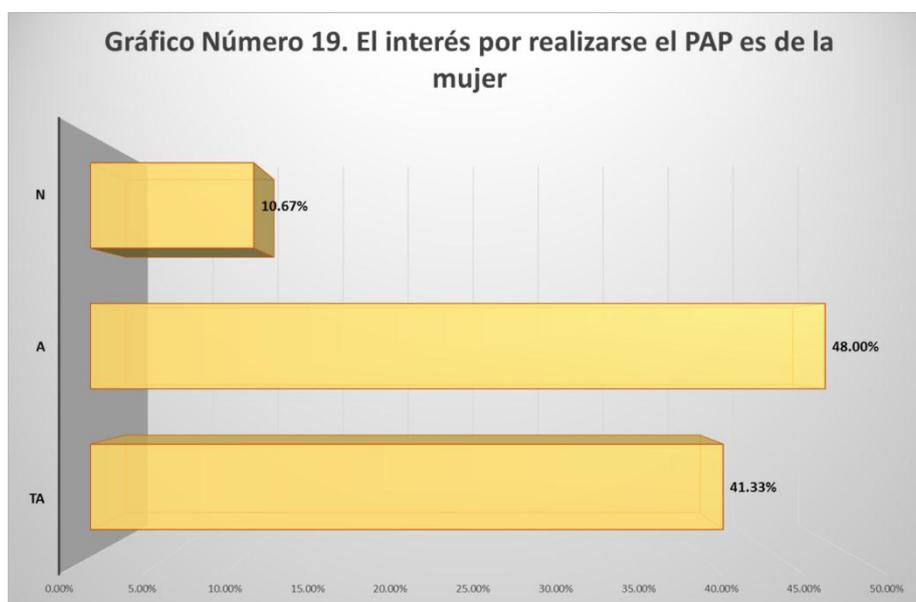


Tabla Número 20

Tabla Número 20		
III.IV El PAP debe realizarse solo que el médico lo ordene en la consulta	Frecuencia	Porcentaje
A	26	34.67%
N	18	24.00%
D	29	38.67%
TD	2	2.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 20

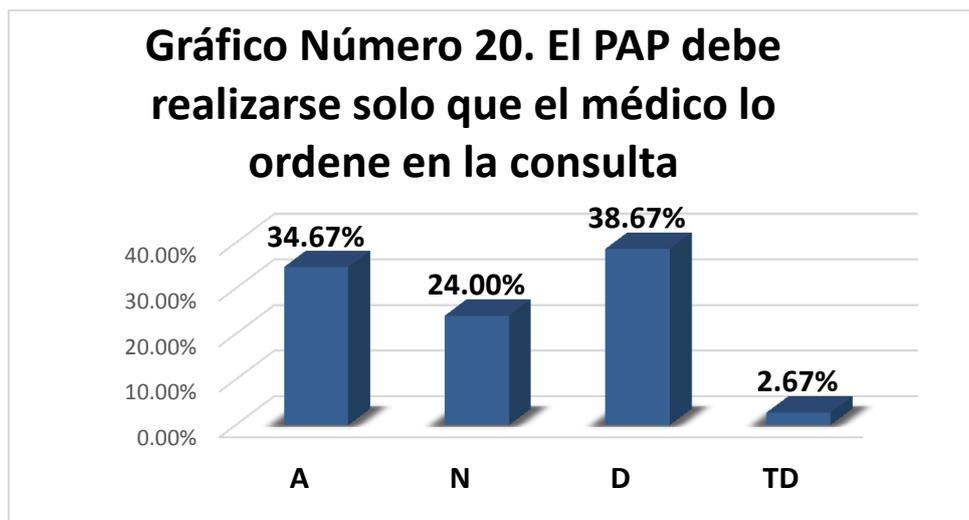


Tabla Número 21

Tabla Número 21		
III.V Mi pareja influye en mi decisión de realizarme el PAP	Frecuencia	Porcentaje
TA	2	2.67%
A	31	41.33%
N	3	4.00%
D	26	34.67%
TD	13	17.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 21

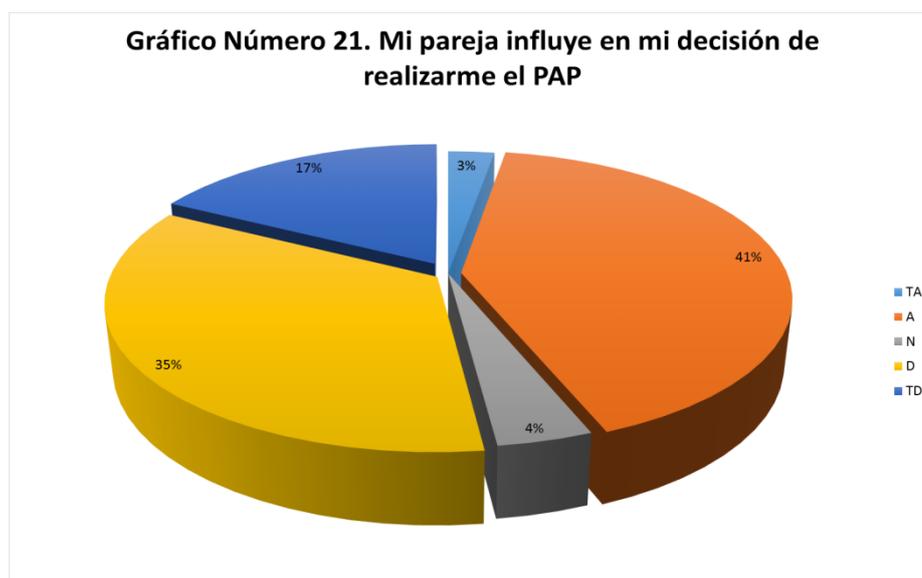


Tabla Número 22

Tabla Número 22		
III.VI Mi religión no me permite realizarme el PAP	Frecuencia	Porcentaje
N	2	2.67%
D	56	74.67%
TD	17	22.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 22

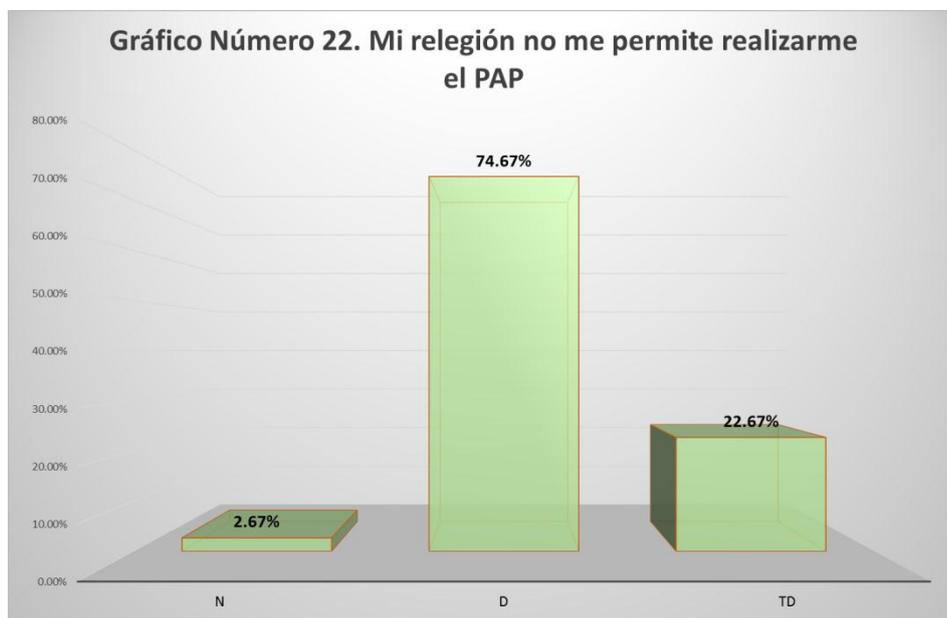


Tabla Número 23

Tabla Número 23		
III.VII El PAP no debe realizarse porque produce dolor y sangrado	Frecuencia	Porcentaje
A	5	6.67%
N	14	18.67%
D	40	53.33%
TD	16	21.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 23

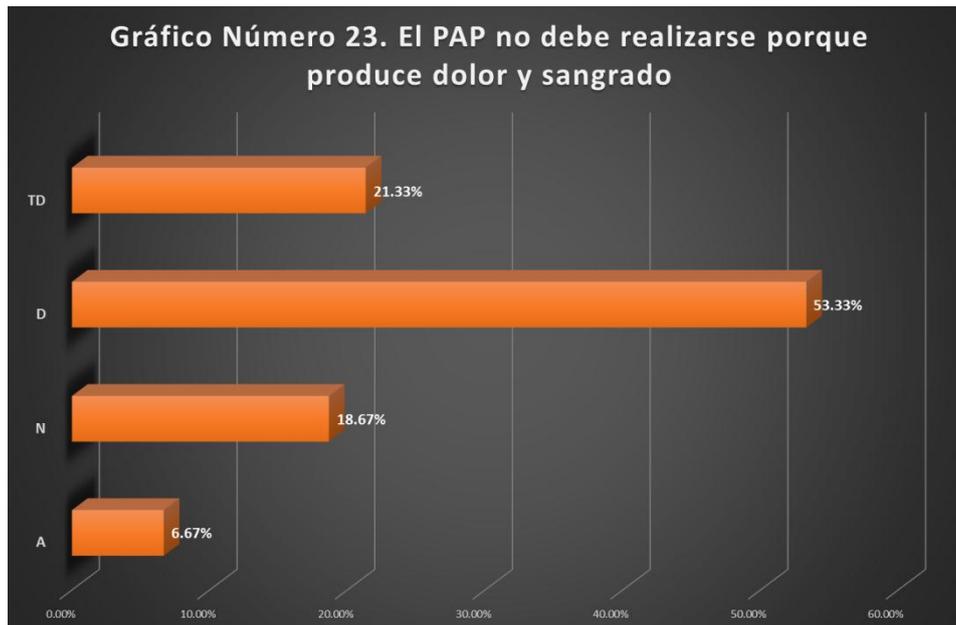


Tabla Número 24

Tabla Número 24		
ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	64	85.33%
Negativa	11	14.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 24

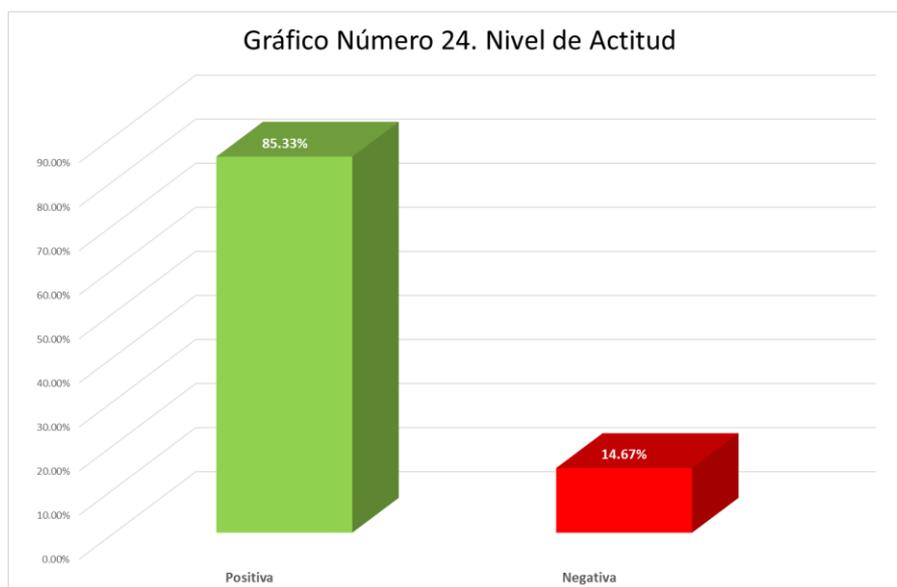


Tabla Número 25

Tabla Número 25		
IV.I Inicio de vida Sexual Activa	Frecuencia	Porcentaje
< 15	10	13.33%
15 - 19	35	46.67%
>= 20	30	40.00%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 25

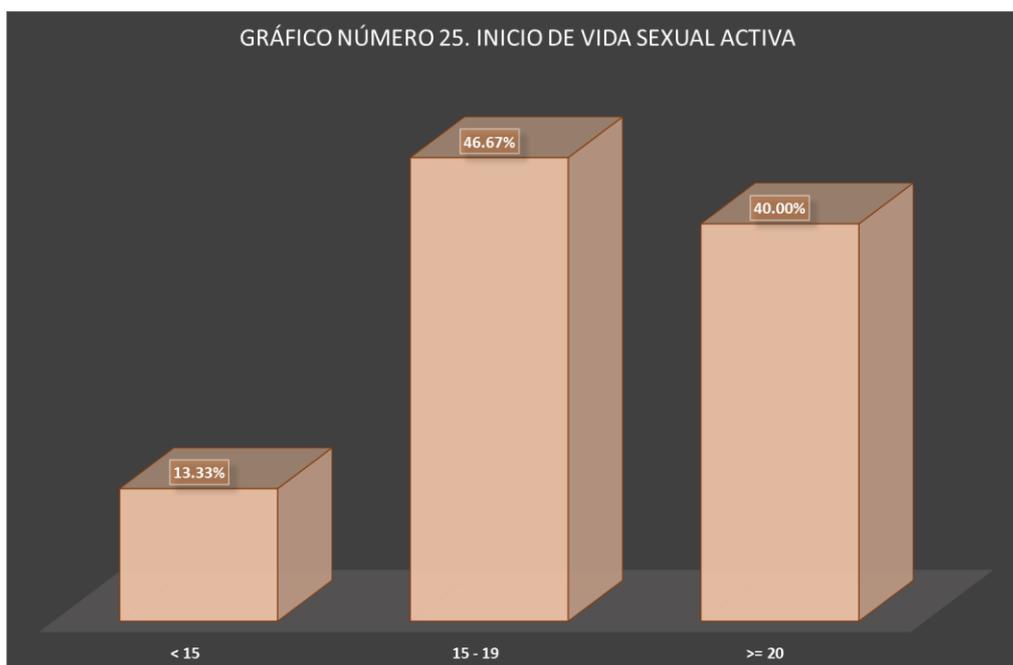


Tabla Número 26

Tabla Número 26		
IV.II Numero de compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	28	37.33%
2	32	42.67%
3	13	17.33%
4 o mas	2	2.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 26

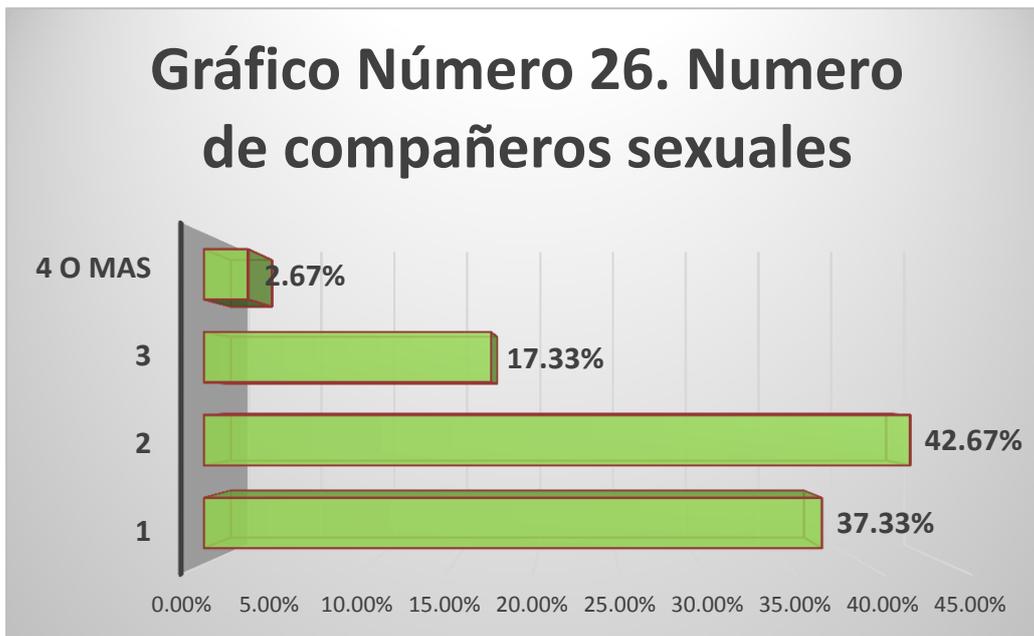


Tabla Número 27

Tabla Número 27		
IV.III Se ha realizado alguna vez el PAP	Frecuencia	Porcentaje
si	67	89.33%
No	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 27

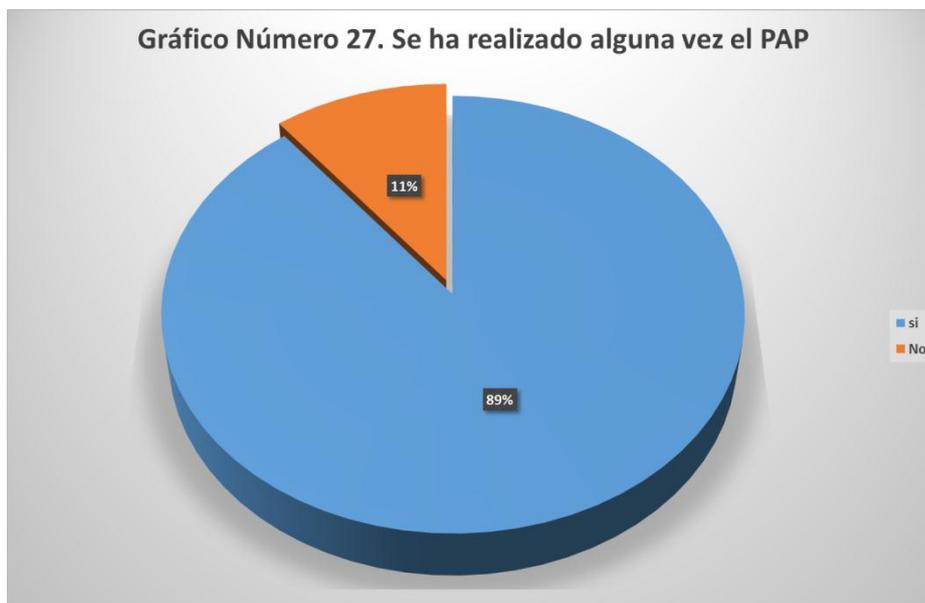


Tabla Número 28

Tabla Número 28		
IV.IV Numero de PAP	Frecuencia	Porcentaje
1	10	13.33%
2	17	22.67%
3	21	28.00%
4 o mas	19	25.33%
Ninguno	8	10.67%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 28

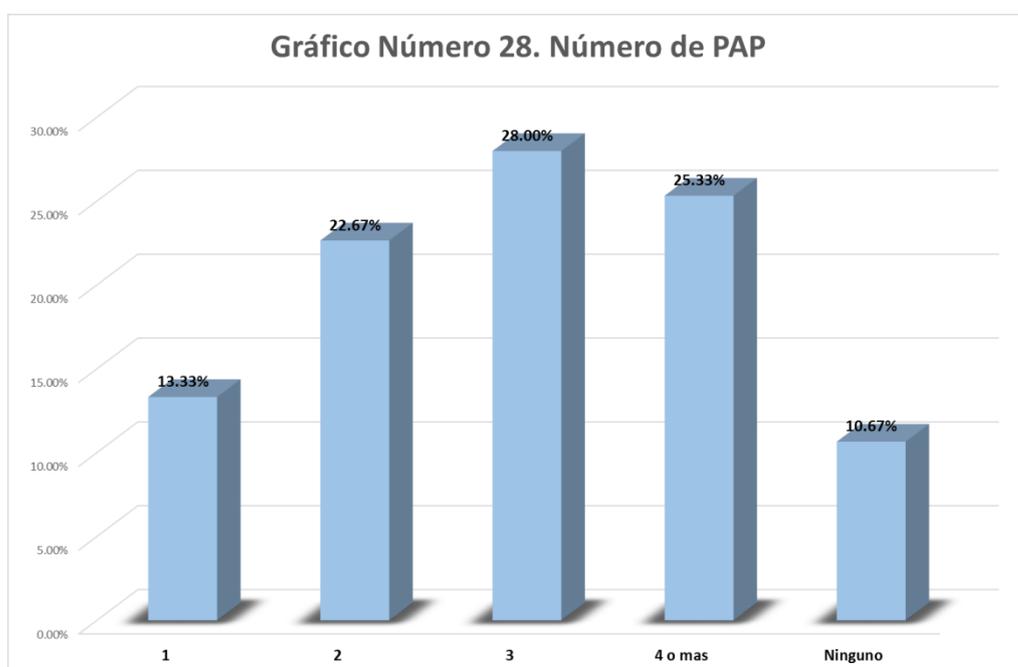


Tabla Número 29

Tabla Número 29		
IV.V Recoge los resultados de PAP	Frecuencia	Porcentaje
si	68	90.67%
No	7	9.33%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 29



Tabla Número 30

Tabla Número 30		
PRACTICA	Frecuencia	Porcentaje
Alto riesgo	8	10.67%
Mediano riesgo	34	45.33%
Bajo riesgo	33	44.00%
Total	75	100.00%

Gráfico Número 30

