



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

### **Facultad de Ciencias Médicas**

### **Tesis Monográfica para optar al título de Médico y Cirujano General:**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya; período 1ºenero- 31 marzo 2019.

#### **Autores:**

- ❖ Bra. María de los Ángeles Navarro
- ❖ Bra. Miryam Rebeca Picado Ortega

#### **Tutor:**

Dr. Hazarmabeth García Ortega  
Especialista en Gineco-Obstetricia  
Hospital Humberto Alvarado Vásquez- Masaya

**Managua, Nicaragua**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros hermanos(as) y tíos por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

María de los Ángeles Navarro.

Miryam Rebeca Picado Ortega.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a nuestros padres: Juana M. Navarro Martínez; y Heydi Elena Ortega y Pablo Flores, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejo, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Managua, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Doctor Hazarmabeth García tutor de nuestro proyecto investigativo quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y a los habitantes en especial a las mujeres que acuden al centro de salud de Monimbó de la ciudad de Masaya por su valioso aporte a nuestra formación.

María de los Ángeles Navarro.

Miryam Rebeca Picado Ortega.

## RESUMEN

El siguiente trabajo investigativo tiene como objetivo principal determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud de Monimbó, Masaya de Enero a Marzo 2019.

Este estudio es descriptivo tipo CAP, de corte transversal. Utilizamos un muestreo no probabilístico por conveniencia, Siendo el total de nuestra muestra de 374 a quienes se le aplicó una encuesta, encontrándose los siguientes resultados:

Del total de encuestadas el 40.4% se encontraban entre las edades de 26 a 30 años, de unión de hecho estable , ocupación eran comerciantes, con nivel de escolaridad hasta primaria, de religión evangélica, de procedencia urbana, rango de hijos que predomino de 3-4.

El nivel de conocimientos de las participantes del estudio se clasifico como bueno puesto el 100% sabía que es el PAP, así como un 66.6% conoce sobre la importancia de realizarlo para la detección del Cancer cérvico uterino; un 36.5% sabe las indicaciones para su toma y la frecuencia de realización del examen.

La actitud encontrada al momento de aplicar la encuesta a las participantes en su gran mayoría fue favorable en un 88.3%, Y solo un pequeño porcentaje del 9.1% mostro mala disposición en cuanto a lo que es el PAP, donde se debe hacer mayor conciencia.

Se obtuvo un alto porcentaje de buenas práctica acerca de la realización del PAP, y un 77.4% acudía a su cita de seguimiento para conocer los resultados de sus estudios. En menor porcentaje existen mujeres que no se realizan el PAP, o no reclaman sus resultados.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES .....</b>	
<b>1.1 INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 ANTECEDENTES.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>1.5 OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>1.6 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO III. DESARROLLO .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 DISCUSION .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>45</b>
<b><i>BIBLIOGRAFÍA .....</i></b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

CAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas

CACU: Cáncer Cervicouterino

CE: Consulta Externa

HAN: Hospital Alemán Nicaragüense

PAP: Papanicolaou

Pts: puntos

HHAV: Hospital Humberto Alvarado Vásquez

ITS: Infección de Transmisión Sexual

VPH: Virus del Papiloma Humano

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

LIEBG: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado

LIEAG: Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado

ASC-US: Células escamosas atípicas con significado indeterminado

HSV-2: virus 2 de Herpes Simple

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

CIS: Carcinoma in situ

mm: milímetro

cm: centímetro

AJCC: American Joint Committee on Cancer

MEF: Mujeres en edad fértil

C/S: centro de salud

P/S: Puesto de Salud

SPSS: Stastical Package for the Social Sciencies

# **CAPÍTULO I. GENERALIDADES**

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El Papanicolaou o citología ha sido, durante décadas, la prueba de referencia para el tamizaje del cáncer cervicouterino en todo el mundo, logrando reducir la mortalidad por esta enfermedad. Cada año son diagnosticados medio millón de casos, de los cuales una quinta parte se diagnostican en países desarrollados y el resto en países en vías de desarrollo. (Huamaní, Hurtado-Ortega, Guardia-Ricra, & Roca-Mendoza, 2008)

El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común en las mujeres principalmente durante la edad fértil, siendo una neoplasia prevenible, cuando su diagnóstico es oportuno, generalmente por medio del PAP, y cuando se realiza un adecuado tratamiento de las lesiones premalignas. (Reyes Zuñiga, Sanabria Negrín, & Marrero Fernández, 2014)

El Papanicolaou es un estudio que garantiza el diagnóstico precoz de varias enfermedades que pueden estar ocurriendo en el cuello de la mujer. Es un procedimiento muy sencillo que permite diagnosticar las lesiones pre-malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas y en etapas cien por ciento curables, con medidas terapéuticas menores (Gomes Martins, Bezerra Phineiro, Moreira Vasconcelos, & Pinto Falcao Júnior)

Teniendo en cuenta la importancia del PAP, la epidemiología nacional de las alteraciones del cuello uterino, el acceso de la toma de esta prueba para todas las usuarias del Ministerio de Salud; se propone indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres que acuden al Centro de Salud Monimbó.

## 1.2 ANTECEDENTES

Para evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud de Monimbó, Masaya; período de 1enero-31marzo e 2019. Se decide referir la consulta documental de trabajos realizados que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio.

### *Internacionales*

(Barrios-García, Benedetti-Padron, & Alvis-Estrada, 2013), se realizó un estudio en Colombia; descriptivo transversal, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres del municipio de Pinillos, Colombia. De 260 mujeres encuestadas, el 85.4% de las pacientes encuestadas sabían que es la citología cérvico-uterina. El 99.6% reconoció que realizarse la citología es importante. El 88.5% si se había realizado alguna vez la citología. Los autores concluyeron que el desconocimiento, la falta de práctica y la mala actitud hacia la realización de la citología no es la principal causa que el cáncer de cérvix no haya disminuido.

(Rodríguez, y otros, 2015) Con un estudio realizado en Uruguay, observacional, descriptivo, aplicado a todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino invasor a través de una encuesta y revisión de historias clínicas, realizado entre junio de 2010 y septiembre de 2011. Se entrevistaron 68 pacientes, el 75% de las usuarias contestó en forma adecuada sobre la utilidad del test, el mismo porcentaje declaró que no se hacía el test por falta de motivación. En la práctica solo 13% de las pacientes se realizó el Papanicolaou por control. Las principales barreras declaradas fueron las demoras en la sala de espera y en acceder a la fecha y hora para realizarse el estudio en los servicios de salud. El 47% de los casos encuestados iniciaron su tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad.

### *Nacionales*

(Pineda, 2015) Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo de tipo CAP. Con un total de 130 usuarias. Entre los principales resultados se observó que las mujeres encuestadas se caracterizaron por ser jóvenes, menores de 30 años, con predominio del sector urbano, con escolaridad media (secundaria), con pareja estable y ocupación ama de casa o

comerciante independiente. Con relación al nivel de conocimiento solo cerca de la mitad de las encuestadas tenían conocimiento adecuado sobre que es el PAP, para que sirve y como se realiza y casi dos terceras partes sabían correctamente en quienes debe realizarse el PAP y con qué frecuencia. La gran mayoría refiere que su principal fuente de información es el personal de salud y muy pocos refieren otro tipo de fuentes de información. En cuanto a las actitudes la gran mayoría (más de tres cuartas partes) tenía una actitud favorable en cuanto a la realización y la importancia del PAP.

(Oliveira, 2015) tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo. Estuvo conformado por 200 mujeres encuestadas que acudieron a CE del HAN, durante octubre a diciembre 2015. La edad de las mujeres estuvo conformada por el rango de 24-39 años, con una media de 29. El 87% corresponde al área urbana. La escolaridad corresponde a bachiller en un 52%. El 66% de la población conocía el objetivo de la prueba diagnóstica. El 74.5% sabe que la prueba se realiza aproximadamente de 1 a 2 años. El 45% de las mujeres refería tener algún tipo de temor al momento de realizarse el procedimiento. El 23.5% de la población tiene la capacidad de reclamar el resultado de la prueba, después de un tiempo determinado. El 78% de las mujeres conocen la influencia de las relaciones sexuales.

(Vilchez & Báez, 2016) tipo descriptivo, de corte transversal en el Centro de Salud William Pacheco, del Municipio de Yalagüina, Departamento de Madriz en el Periodo del 01 de Agosto- 31 de Octubre 2015. Con una muestra de 337 mujeres. La edad corresponde a 45.1% (152) de ellas tienen edades entre 27 a 38 años, 32.1% (108) entre 39 a 49 años y 22.8% (77) entre 15 a 26 años. Determinando su utilidad para detectar cáncer de seno el 78.9% (266) dijeron que no es útil, 18.1% (61) dijeron que si es útil y el 3% (10) no saben. El 94.1% (317) refieren que el Papanicolaou es útil para conocer si existe infecciones genitales, 3.8% (13) no saben su utilidad y que el 2.1% (7) respondieron que no era útil, el 95.1% (323) refieren que el Papanicolaou detecta a tiempo el Cáncer del cuello del útero, 2.1% (7) dicen que no y el 2.1% (7) no saben. La actitud sobre la realización del Papanicolaou de las mujeres en edad fértil que asisten al centro de salud William Pacheco y se les pregunto si el Papanicolaou es importante para la salud, el 97% (327) están de acuerdo, el 2.1% (7) dicen estar en desacuerdo y el 0.9% (3) indecisas.

(Abea & Arosteguí, 2017), En estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el PAP. Tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo con enfoque cuantitativo en el Hospital Primario Carlos Centeno de Siuna en el periodo de septiembre 2017- enero 2018. La edad más frecuente encuestada fue de los 21 a los 30 años con 43.60%, siendo la procedencia más frecuente del área rural con un 53.08%, con escolaridad de Primaria en el 74.41% en su mayor predominio y de Ocupación Ama de casa con un 78.67%. La actitud positiva o favorable prevaleció en más de la mitad de las mujeres, sin embargo, un 48.34% presentaron una actitud indecisa en relación a que las mujeres embarazadas deben realizar el PAP porque produce aborto. Las principales razones para realizarse el PAP en orden de frecuencia son: por orden médica 43.56 %, por salud 38.04 % y por infección vaginal 18.40%.

(Cruz, Rivera, & Castro , 2018) tipo descriptivo, de corte transversal en la zona urbana del municipio de Wiwilí. Una muestra de 380 mujeres elegidas por muestreo tipo no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil. El Papanicolaou detecta a tiempo el cáncer cervicouterino, las encuestadas respondieron de la siguiente manera: 88.2% (335) respondió que sí, 7.3% (28) respondió no sabe y solo el 4.5% (17) respondió que no. Respecto a la pregunta sobre si el Papanicolaou es un examen importante para la salud de la mujer: 87.6% (333) estuvo de acuerdo, 6.3% (24) estuvo en desacuerdo, mientras que el 6.1% (23) se mostraron indecisas. Sobre si no aceptarían tomarse el PAP el 76.0% (289) se mostró en desacuerdo, el 14.5% (55) se mostró de acuerdo con esta propuesta, 9.5% (36) se mostraron indecisas.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La prueba del PAP ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia. A largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix. (Fica, 2014)

La importancia de conocer cuál es la utilidad de la citología cervical en las mujeres que ya han iniciado vida sexual activa, marca una posibilidad para prevenir toda lesión que altera la morfología celular del cérvix, así mismo para detectar otros tipos de infecciones.

Nicaragua es a nivel mundial el segundo país, después de Haití con la tasa de incidencia más elevada de cáncer de cuello uterino con 39 casos por 100, 000, se diagnosticaron 6,200 casos nuevos en el 2012 y fallecieron 310 mujeres, 25 decesos al mes. Según las estimaciones mundiales todos los años surgen 493, 000 casos nuevos y 274,000 mujeres mueren anualmente (Cáceres , 2011)

Es debido a las altas incidencias que se pretende realizar esta investigación, porque se considera que las mujeres informadas acerca del PAP tienen mayor probabilidad de realizárselo y así menos probabilidad de desarrollar la enfermedad. El apoyo a la información conlleva la práctica de una conducta deseada; en este caso la realización periódica del PAP por las mujeres en riesgo.

Este estudio será de gran utilidad en el centro de salud ya que permitirá el desarrollo de nuevos métodos de intervención y reforzar las estrategias que ya están con el fin de que haya una mayor participación de partes de las mujeres.

## 1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones del cérvix constituyen un importante problema de la salud pública, no solo a nivel mundial sino también en el país, donde se ha visto su incidencia, con una tendencia creciente en los últimos años; es una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad; es uno de los procesos más complicados a los que se enfrenta la medicina, por su naturaleza compleja, diversa y multicausal. (Marañón Cardonne, Mastrapa Cantillo, Flores Barroso, Vaillant Lora, & Landazuri Llago, 2017)

A pesar de los programas de pesquisa o cribado el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en frecuencia, en las mujeres de todo el mundo. Esto es debido a que en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres no tienen acceso a programas organizados de cribado que pueden prevenir hasta el 75% de los casos de cáncer de cuello uterino, incluso en una misma población, el riesgo en las mujeres con menos recursos económicos es aproximadamente el doble que en las mujeres con mayores recursos (Chávez Roque, Villeres Trujillo, Bermejo Bencomo, & Viñas Sifontes, 2008)

Según la evidencia científica disponible, toda mujer que tiene acceso a la información, a la posibilidad de la realización del PAP y las complicaciones de la infección por el VPH; tienen menos posibilidades de desarrollar lesiones que conlleven a neoplasias.

Por lo tanto, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya; período 1ro enero- 31 marzo 2019?

## 1.5 OBJETIVOS

### **General**

- Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud de Monimbó, Masaya; período de 1enero-31marzo 2019.

### **Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre esta prueba diagnóstica.
- Detallar las actitudes que adoptan las usuarias de esta unidad de salud acerca de este examen citológico.
- Determinar las prácticas de estas mujeres frente al procedimiento de realización del PAP.

## **1.6 MARCO TEÓRICO**

### *1.6.1 Estudios tipo CAP*

Los estudios tipo CAP han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud (Vásquez & Sánchez, 2012)

### *1.6.2 Conocimientos*

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento Noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural.

### *1.6.3 Actitud*

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que, partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.

*Para determinar la actitud de una persona hacia determinado tema, se puede utilizar la escala de Likert.*

La escala de Likert es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (Favorable, desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.

Los parámetros de respuesta para cada ítem son:

- Muy de acuerdo (5pts)
- De acuerdo (4ps)
- Ni de acuerdo ni en Desacuerdo (3 pts.)
- En desacuerdo (2 pts.)
- Muy en desacuerdo (1pt)

Para obtener las puntuaciones en la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada fase. El puntaje mínimo resulta del número de ítems multiplicado por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto al puntaje total, el cual se obtiene por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5.

Esta escala mide el grado en que se da a una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratara de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente.

La principal ventaja que tiene esta escala es que todos los sujetos coinciden y comparten el orden de las expresiones. Esto se debe a que el mismo creador de la escala el psicólogo Likert procuro dotar a los grados de la escala con una relación de muy fácil comprensión para el entrevistado.

No obstante, esta escala tiene ciertas desventajas:

- Las aprobaciones siempre superan las desaprobaciones.
- El declararse “de acuerdo” con cualquier ítem de la escala, implica un menor esfuerzo psíquico por parte del entrevistado.
- Por ser una escala ordinal, no permite conocer con precisión la cantidad de acuerdo o desacuerdo.
- Los entrevistados perciben que declararse “indeciso” es negativo y por ello tienden a desplazarse más cerca de las posiciones “de acuerdo”.
- Problema de la curvinealidad.

#### *1.6.4 Prácticas*

La Práctica es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos. Ciertas prácticas pueden convertirse en factores de riesgo.

El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

Las malas prácticas ante la toma de la citología cervical pueden influir negativamente en los resultados finales y llevar a obtener falsos negativos, y en consecuencia un retraso en un resultado de calidad.

### *1.6.5 Papanicolaou*

#### *1.6.5.1 Historia*

La citología ginecológica comienza, en sentido estricto, en 1943 con George N. Papanicolaou, quien nació en 1883 en Grecia, estudió Medicina en Atenas y en 1913 emigró a Estados Unidos de América, trabajó varios años en investigación en la Universidad de Cornell de Nueva York, donde se dedicó a estudiar, en animales, el comportamiento cíclico hormonal del epitelio vaginal. (Escamilla, 2009)

En 1917 publicó en el “American Journal of Anatomy” su famoso escrito “Existencia de un ciclo típico estrogénico en animales; estudio de los cambios fisiológicos y patológicos” que fue la base del estudio de toda su vida. Durante este estudio descubrió la presencia de células tumorales en algunos frotis. El Dr. Papanicolaou dedicó cuarenta y cinco años al estudio de la citología exfoliativa; desde 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer uterino, sin embargo, el método no tuvo aceptación. (Escamilla, 2009)

El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal, Dr. Papanicolaou permitió hacer de la citología y del frotis vaginal una herramienta clínica común, lo que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años. Actualmente la citología vaginal con tinción de Papanicolaou constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino. (Escamilla, 2009)

#### *1.6.5.2 Concepto*

Conocida como prueba de PAP o Citología Vaginal. Es un examen en el que se toman muestras de células epiteliales de la zona de transición del cuello uterino. Permite conocer el estado funcional de las hormonas e identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. El propósito principal es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente esta patología. Detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista. (Herrera, 2015)

### 1.6.5.3 Procedimiento

- 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 ex cervical 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 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.
- 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. (Social, 2015)

#### *1.6.5.4 Indicaciones y Recomendaciones*

Las indicaciones son para 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.

Y las recomendaciones son:

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

#### 1.6.5.5 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 tercera 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:

Historia previa de ITS.

Portadora de VPH o HIV

Fumadoras

Historia de múltiples parejas sexuales

Lesión pre invasora en cualquiera de los frotis previos

#### 1.6.5.6 Informe de resultados

En términos generales el resultado de una citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos: a) Calidad de la muestra b) Categorización de los resultados c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.

Calidad de la Muestra: Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra. Las categorías que se han utilizado son:

Satisfactoria: cuando en la hoja de reporte se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células de metaplasia escamosa o de células endocervicales

Insatisfactoria: cuando la celularidad es muy escasa o existe factores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido, así como cuando la muestra no tiene hoja de solicitud, la lámina no está rotulada o está rota.

Categorías de los Resultados De acuerdo a los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

Frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.

Negativo por malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión premaligna (displasia).

Sospechosa por malignidad. Existen alteraciones morfológicas, pero no son concluyentes.

Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:

- \* Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I) (Displasia Leve)
- \* Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia Moderada) Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa) /Carcinoma In Situ.
- \* Carcinoma de Células Escamosas
- \* Adenocarcinoma

#### 1.6.5.6.1 Sistema Bethesda

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología; este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso, (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en vez de “citología cérvico vaginal” debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como propósito la toma de muestras de la vagina.

El Sistema de Bethesda define una clasificación general y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

En esta se incluyen dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve)
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo. La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células.

En cuanto a las anomalías de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento.

Otros aspectos importantes en este sistema de información de citología cervical son, que no incluye los términos “Displasia Glandular Endocervical” ni “Lesión Glandular Intraepitelial de Bajo Grado”, además se considera que el adenocarcinoma endocervical in situ es el equivalente al carcinoma in situ de células escamosas o NIC III y precursor del adenocarcinoma endocervical invasor y se eliminó el término Células Glandulares Atípicas

de significado Indeterminado (AGUS) para evitar confusiones con el término ASCUS. (Varela Martínez, 2005)

### *1.6.6 Cuello Uterino*

El cuello uterino, o *cérvix*, constituye la porción inferior del útero. Está constituido por una parte interna o *endocérvix*, en contacto con el cuerpo uterino, y otra externa o *exocérvix*, que asoma a la vagina. El *endocérvix* está tapizado por un epitelio cilíndrico simple que segrega un moco que está bajo control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona, lo que hace que sus características presenten variaciones cíclicas a lo largo del ciclo menstrual. El moco regula la entrada de espermatozoides en la cavidad uterina y participa en la capacitación de los espermatozoides, a los que protege de la acidez vaginal. Las características del moco nos permiten conocer el periodo del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer y, por lo tanto, corroborar cuando nos encontramos ante el momento óptimo para que ocurra la fecundación. Además, el moco constituye una barrera a la entrada de microorganismos que ascienden desde la vagina. También contribuye a lubricar la vagina durante el acto sexual. La inadecuada secreción de moco o la secreción de un moco con una inadecuada composición de sus componentes contribuyen a dificultar el movimiento de los espermatozoides y puede ser un importante factor en la infertilidad. (Hilario, 2017)

## 1. Generalidades del Cáncer Cervicouterino

### 4.1 Definición de Cáncer Cervicouterino

Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en la *exocérvix*) y las células glandulares (en la *Endocérvix*). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, las cuales se convierten en cáncer.

Se usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia Intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión Intraepitelial escamosa (SIL, por sus siglas en inglés) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de citología Cérvico vaginal y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer. Los

cánceres de cuello uterino y los pre-cánceres se clasifican de acuerdo al aspecto que presentan bajo el microscopio. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se producen en las células escamosas que cubren la superficie del exocérvix.

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del Endocérvix. Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. (13)

#### 4.2 Factores de Riesgo

El virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer Cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino.

Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaran cáncer Cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores.

Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer Cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones.

El tipo 16, el de mayor prevaencia, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalencia 10 a 12% de los casos de cáncer Cérvico uterino.

Cofactores como la paridad, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras

enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

En varios estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2.6 veces más alto de aparición de cáncer Cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3.8 veces mayor.

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer. Se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer Cérvico uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.

Otro posible cofactor: Anticonceptivos orales, podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer Cérvico uterino en las mujeres infectadas con el VPH.

Aunque el comportamiento sexual de la mujer es relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que, aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer Cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo. (14)

#### 4.3 Estadios o etapas del Cáncer Cervicouterino

##### 1. Según el sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)

Etapa 0 (Tis, N0, M0): las células cancerosas sólo se encuentran en las células de la superficie del cuello uterino (la capa de las células que reviste el cuello uterino) sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos del cuello uterino. Esta etapa también se llama carcinoma in situ (CIS), y es parte de neoplasia Intraepitelial cervical (CIN). La etapa 0 no está incluida en el sistema de FIGO.

Etapa I (T1, N0, M0): en esta etapa el cáncer creció hacia (invadió) el cuello uterino, pero no fuera del útero. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

- Etapa IA (T1a, N0, M0): esta es la forma más temprana de la etapa I. Hay una cantidad muy pequeña de cáncer que es visible solamente bajo el microscopio. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IA1 (T1a1, N0, M0): el cáncer es de menos de 3 milímetros (alrededor de 1/8 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IA2 (T1a2, N0, M0): el cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IB (T1b, N0, M0): incluye los cánceres en etapa I que se pueden ver sin un microscopio, así como los cánceres que sólo se pueden ver con microscopio, si se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o tienen más de 7 mm de ancho. Estos cánceres no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IB1 (T1b1, N0, M0): el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IB2 (T1b2, N0, M0): el cáncer se puede ver y mide más de 4cm. No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

Etapa II (T2, N0, M0): en esta etapa, el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina.

- Etapa IIA (T2a, N0, M0): el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio). Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la

vagina. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

- Etapa IIA1 (T2a1, N0, M0): el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IIA2 (T2a2, N0, M0): el cáncer se puede ver y tiene más de 4 -centímetros.
- Etapa IIB (T2b, N0, M0): el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al cuello uterino (el parametrio).

Etapa III (T3, N0, M0): el cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

- Etapa IIIA (T3a, N0, M0): el cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IIIB (T3b, N0, M0; O T1-3, N1, M0): el cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o ha bloqueado uno o ambos uréteres (una afección llamada hidronefrosis). O El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos en la pelvis (N1), pero no a sitios distantes (M0). El tumor puede ser de cualquier tamaño y pudo haberse propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas (T1a T3).

Etapa IV: Esta es la etapa más avanzada del cáncer de cuello uterino. El cáncer se ha propagado a órganos adyacentes o a otras partes del cuerpo.

- Etapa IVA (T4, N0, M0): el cáncer se propagó a la vejiga o al recto, que son órganos cercanos al cuello uterino (T4). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IVB (cualquier T, cualquier N, M1): el cáncer se propagó a órganos distantes más allá del área pélvica, tales como los pulmones o el hígado.

2. Según el sistema de la AJCC (American Joint Committee on Cancer)

## Extensión del tumor (T)

Tis: las células cancerosas sólo se encuentran en la superficie del cuello uterino (la capa de las células que reviste el cuello uterino) sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos. (Tis no está incluida en el sistema FIGO).

T1: las células cancerosas han crecido desde la capa de la superficie del cuello uterino hasta los tejidos más profundos de éste. Además, el cáncer puede estar creciendo hacia el cuerpo del útero, aunque no ha crecido fuera del útero.

- T1a: existe una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo se puede observar con un microscopio.
- T1a1: el área de cáncer es de menos de 3 milímetros (alrededor de 1/8 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- T1a2: el área de invasión del cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- T1b: esta etapa incluye los cánceres de etapa I que se pueden ver sin un microscopio. Esta etapa incluye también los tumores cancerosos que se pueden ver solamente con un microscopio y que se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o que tienen más de 7 mm de ancho.
- T1b1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T1b2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.

T2: en esta etapa, el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la vagina.

- T2a: el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).
- T2a1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T2a2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.

- T2b: el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al cuello uterino (el parametrio).

T3: el cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga).

- T3a: el cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas.
- T3b: el cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres (a esto se le llama hidronefrosis).

T4: el cáncer se propagó a la vejiga o al recto o crece fuera de la pelvis.

Propagación a los ganglios linfáticos (N)

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos cercanos.

N0: no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

N1: el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

Propagación distante (M)

M0: el cáncer no se ha propagado a otros ganglios linfáticos, órganos o tejidos distantes.

M1: el cáncer se propagó a órganos distantes (como por ejemplo el hígado o los pulmones), a los ganglios linfáticos del pecho o el cuello, y/o al peritoneo (el tejido que cubre el interior del abdomen).

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

## 2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1.1 Tipo de estudio:

Estudio de tipo observacional descriptivo tipo CAP, de corte transversal enfoque cualitativo retrospectivo.

El tipo de estudio es descriptivo ya que se evaluó las características de las mujeres que acudieron al C/S, es de corte transversal ya que se realizó con los datos obtenidos en un momento puntual en el tiempo.

### 2.2.2 Área de estudio

Centro de Salud Monimbó, Masaya, Nicaragua.

### 2.2.3 Período de estudio

La información se recolecto durante enero-marzo 2019.

### 2.2.4 Universo

El universo estuvo conformado por 14,074 mujeres en edad fértil con vida sexual activa de 18 a 40 años que asistieron al Centro de Salud-Monimbó.

### 2.2.5. Muestra

Se utilizó un cálculo de muestra para una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )
- $d$  = precisión (en su investigación use un 5%).

Total de muestra: La muestra es de 374 con un intervalo de confianza de 95% y un porcentaje de error de 5% según la fórmula el cual está conformada por las mujeres en edad fértil de 15 a 50 años con vida sexual activa que acudieron al Centro de Salud Monimbó enero-marzo 2019 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

## **2.2.6 Tipo de Muestra:** Muestreo Probabilístico, aleatorio simple

### **2.2.7 Criterios de selección**

#### **2.2.7.1 Inclusión**

- Mujeres con vida sexual activa.
- Que acepten participar en el estudio
- Mujeres en edad fértil (15-50 años)

#### **2.2.7.2 Exclusión**

- Que no pertenezca al Centro de Salud de Monimbó.
- Que hayan acudido al Centro de Salud en ese período de estudio.
- Que no acepten el consentimiento informado.
- Que no sepa leer y escribir.

### **2.2.8 Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo conformada por todos los pacientes que cumplían con los criterios de selección.

### **2.2.9 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos**

La fuente de información fue de tipo primaria, ya que se realizó una encuesta; donde se registró los datos de las variables.

Los datos fueron capturados en una base de datos, diseñada mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20.0 de International Business Machines Corporation (IBM) en donde se analizaron los resultados y se presentaron en cuadros y graficas según las

variables elaboradas en el programa Excel. Previo a ello se cuantifico cada respuesta según las variables expuestas.

### **2.2.10 Variables por objetivos**

***Objetivo 1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.***

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Número de hijos

***Objetivo 2. Identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre esta prueba diagnóstica.***

- ¿Qué es el PAP?
- ¿Cuál es la importancia del PAP?
- ¿Quiénes deben de realizarse el PAP?
- ¿Cada cuánto debe de realizarse el PAP?

***Objetivo 3. Conocer las actitudes que adoptan las usuarias de esta unidad de salud acerca de este examen citológico.***

- ¿Usted está dispuesta a realizarse el PAP?
- ¿Considera importante la realización del PAP?
- ¿Le resulta incómodo la realización del PAP?
- ¿Le interesa obtener más información acerca del PAP?

***Objetivo 4. Caracterizar las prácticas de estas mujeres frente al procedimiento de realización del PAP.***

- ¿Alguna vez se ha realizado el PAP?
- ¿Usted instaría a otras mujeres a realizarse el PAP?

- ¿Fue a retirar los resultados del PAP?

### 2.2.10 Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento en el momento de ser encuestado	Años	1. 18-25 a 2. 26-30 a 3. 31-35 a 4. 36-40 a	Cuantitativa Continua/ Intervalo
Estado Civil	Calidad del vínculo con la pareja	Relación conyugal	✓ Casado ✓ Soltero ✓ Viudo ✓ Unión de Hecho estable	Cualitativa / Nominal
Ocupación	Actividad que desempeña la paciente	Tipo de trabajo	✓ Ama de casa ✓ Estudiante ✓ Comerciante ✓ Desempleada ✓ Otros	Cualitativa / Nominal
Religión	Creencia religiosa	Creencia religiosa	1. Católico 2. Evangélico	Cualitativa / Nominal

			3. Testigo de Jehová 4. Otros	
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de las relaciones coitales de la paciente.	Años	≤ 18 AÑOS ≥ 19 AÑOS	Cualitativa / Nominal
Numero de compañeros sexuales	Número de compañeros sexuales que la mujer haya tenido a lo largo de su vida	Número de compañeros sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• + 3</li> </ul>	Cuantitativa Discreta
Número de hijos	Hijos reconocidos y viven en el núcleo familiar	Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 0</li> <li>✓ 1-2</li> <li>✓ 3-4</li> <li>✓ 5 o más</li> </ul>	Cuantitativa / Discreta Intervalo

Conocimientos	El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se	Encuesta	¿Qué es el PAP?	Cualitativa / Nominal
		Encuesta	¿Cuál es la importancia del PAP?	Cualitativa / Nominal

	debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos	Encuesta	¿Quiénes deben de realizarse el PAP?	Cualitativa / Nominal
		Encuesta	¿Cada cuánto debe de realizarse el PAP?	Cualitativa / Nominal

Variable	Definición	Indicador	Valor o Escala	Tipo de Variable
Actitudes	Es una organización relativamente verdadera de creencias entorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	Encuesta	¿Usted está dispuesta a realizarse el PAP?	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4. En desacuerdo Muy en desacuerdo
		Encuesta	¿Considera importante la realización del PAP?	
		Encuesta	¿Le resulta incómodo la realización del PAP?	
		Encuesta	¿Le interesa obtener más información acerca del PAP?	

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor o Escala</b>	<b>Tipo de Variable</b>
Prácticas	<p>La Práctica es una respuesta establecida para una situación común.</p> <p>El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa.</p> <p>Es una conducta o reacción</p>	Encuesta	¿Alguna vez se ha realizado el PAP?	Cualitativa / Nominal
		Encuesta	¿Usted instaría a otras mujeres a realizarse el PAP?	Cualitativa / Nominal
		Encuesta	¿Fue a retirar los resultados del PAP?	Cualitativa / Nominal

### **2.2.11 Plan de análisis y procesamiento de la información.**

Para procesar los datos, se realizó primero una base de datos en SPSS versión 22; se utilizó estadística descriptiva y cruces de variables.

Descriptivo: frecuencias, porcentajes, media, mediana, moda, rango.

- Conocimientos/ Edad
- Actitudes/ Edad
- Prácticas/ Edad
- Conocimientos/ Actitudes
- Actitudes/ Prácticas
- Practicas/ Conocimientos

### **2.2.12 Fuente de la información**

La información se obtendrá de una fuente primaria: Encuesta.

### **2.2.13 Instrumento de recolección de la información**

Los datos se obtuvieron por medio de una encuesta previamente formulada la cual estuvo estructurada para valorar los siguientes parámetros: Características sociodemográficas de cada mujer en estudio, Conocimientos, Prácticas acerca del PAP. Para valorar las Actitudes se utilizará la escala de Likert.

Para valorar el conocimiento se establecieron 4 preguntas con un total de 25% cada una, se utilizaron los índices bueno, regular y malo:

1. Malo 1pts 25%
2. Regular 2 pts. 50%
3. Bueno 3 a 4pts 75% a 100%.

La valoración de las actitudes se realizó mediante 5 proposiciones, la cual se clasificará mediante una calificación de acuerdo a la escala, en relación al grado de aceptación que tengan las usuarias, por medio de la escala de Likert, que son los siguientes:

5. Muy de acuerdo: 5 pts.
6. De acuerdo: 4 pts.
7. Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 pts.
8. En desacuerdo: 2 pts.
9. Muy en desacuerdo: 1 pts.

Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert se suman los valores obtenidos respecto de cada fase. El puntaje mínimo resulta del número de ítem multiplicado por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto al puntaje total, el cual se obtiene por el número de ítem o afirmaciones multiplicadas por 5.

Las prácticas se valoran en las mujeres que se han realizado el PAP como las que no, considerando las proposiciones como una pregunta en función de los objetivos, se estable el índice de la siguiente forma:

1. Malo 1pts 25%
2. Regular 2 pts. 50%
3. Bueno 3 a 4pts 75% a 100%.

**2.2.14 Validación de Instrumento:** Se creó una prueba piloto con 60 encuestas para ser llenadas en diferentes lugares del centro de salud para valorar el grado de entendimiento de las preguntas y calidad llevando a cabo un lenguaje sencillo acorde al nivel cultural de las mujeres

#### **2.2.15 Método de recolección de la información**

Se realizó visita al centro de salud donde se conversó y se le explico en que consiste nuestro estudio a cada una de las mujeres seleccionadas, pidiéndoles su consentimiento informado donde aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

Una vez que aceptaron procedimos a realizar la encuesta. Una vez realizado esto, se agradeció por su participación y se siguió encuestando a las siguientes femeninas seleccionadas. De esta forma se recolectaron los datos.

### **2.2.16 Consideraciones éticas**

Se realizó un consentimiento informado para las mujeres que participaron en nuestro estudio, donde se explicó de forma breve en que consiste el estudio, y se pidió su permiso para entrevistarlas, asegurándole confidencialidad total, ya que los resultados son para un fin científico y su identidad no será expuesta públicamente en la presentación de los resultados del estudio.

## **CAPÍTULO III. DESARROLLO**

### 3.1 RESULTADOS

Con respecto a las edades de las pacientes en edad fértil que fueron entrevistadas en el centro de salud de Monimbó se encontró que la edad predominante fue de 26 a 30 años, que comprende el 40.4 % total de la población, seguida de las edades de 31 a 35 años que comprende un 37.4 %, en menor cantidad las edades de 18 a 25 años, con un 12.3%, y la edad que menos predominó fue de 36 a 40 años con un 9.9%. **Ver tabla N°1**

El estado civil predominante fue unión de hecho estable con un 55.1%, seguido con un 30.7% de pacientes que se encuentran solteras, luego tenemos 13.1 % de pacientes casadas y en menor cantidad 1.1% que se encuentran viudas. **Ver tabla N° 2**

Respecto a la ocupación de cada paciente, se encontró que un 34.5% de las encuestadas son comerciantes; el 23.8% son estudiantes, un 23% se encuentran desempleadas, el 17.6% son amas de casas, y el 1.1% se dedican a otros tipos de trabajos. Por lo tanto, el grupo de estimación predominante son para las comerciantes. **Ver tabla N° 3**

En este estudio se encontró que la mayoría de las pacientes que se realizan PAP tienen educación primaria finalizada en un 63.7%, aquellas con bachillerato en un 16.1%, así mismo presentan 10.9% de asistencia quienes tienen un técnico superior, y aquellas que han alcanzado estudios universitarios en un 9.3% del total de entrevistadas. **Ver tabla N° 4**

Con la variable religión se encontraba con un 84.8% que son evangélicas, seguida luego de 11.8% la creencia católica y en menor proporción otros tipos de creencias religiosas con 1.9% y los testigos de Jehová con 1.6%. **Ver tabla N°5**

Con respecto al inicio de relaciones sexuales el rango que predominó fue el de menor o igual de 18 años con un 77.3% seguido con mayor o igual de 19 años con un 22.7%. el cual vemos que el comienzo es en la adolescencia. **Ver tabla N° 6**

Con el número de compañeros sexuales predominó de 188 encuestadas un 50.3% con 2 compañeros, seguido con un 43.9 que fueron más de 3 compañeros sexuales y en menor cantidad con 5.9% que solo tienen 1 pareja. **Ver tabla N°7**

Con el número de hijos el que prevaleció fue el rango de 3 a 4 hijos con un 52.9%, luego de 1 a 2 hijos con un 39%, seguido de 5 a más hijos con un 6.4% y en menor proporción las pacientes que no tienen hijos con un 1.7%. **Ver tabla N°8**

De las encuestadas el 100% respondió positivamente al ser interrogadas acerca si sabían que el PAP es un examen que se realiza del cuello uterino. **Ver tabla N° 9**

El 66.6% de las encuestadas expresaron saber que la importancia del PAP detectar el cáncer cervicouterino, el 33.4% respondieron que es para detectar infección vaginal. **Ver tabla N°10**

Al momento de responder quienes deben de realizarse el PAP el 35.6% respondieron que todas las mujeres que inician vida sexual, 33.4% respondieron que todas las mujeres que sospechen infección vaginal, 20.8% las mujeres mayores de 50 años , 10.2% respondieron que las mujeres que tienen hijos. **Ver tabla N°11**

El 54.5% respondieron que sí a la pregunta si el PAP se realiza cada año y el 45% respondieron que cada 6 meses. **Ver tabla N° 12**

Cuando se les pregunto a las encuestadas de que si estaba dispuesta a realizarse el PAP un 9.1% estaban en desacuerdo; el 63.6% respondieron de acuerdo y un 27.3% muy de acuerdo. **Ver tabla N° 13**

El 88.3% de las encuestadas expresaron estar muy de acuerdo cuando se les pregunto si consideraban importante la realización del PAP, 11.7% ni de acuerdo ni en desacuerdo. **Ver tabla N° 14**

El 72.7% de las encuestadas respondieron que estaban muy de acuerdo cuando se les pregunto si es incómodo la realización del PAP; el 9.1% estaban de acuerdo, el 9.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el otro 9.1% en desacuerdo. **Ver tabla N° 15**

A un 72.7% de las encuestadas les interesaban obtener más información acerca del PAP; un 18.2 estaban de acuerdo y un 9.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo. **Ver tabla N° 16**

El 90.9% de las mujeres encuestadas respondieron positivamente de que si se han realizado un PAP y un 9.1% respondieron negativamente. **Ver tabla N° 17**

El 77.4% de las encuestadas han conocido los resultados del PAP que se realizaron; 22.6% respondieron negativamente. **Ver tabla N° 18**

El 90.9% instaría a otras mujeres en realizarse el PAP así como hubo un 9.1% que no les interesa que otras mujeres se lo realicen. **Ver tabla N°19**

Con respecto al nivel de conocimiento a la edad la que predominó con buen conocimiento fue de 26 a 30 años, seguido de las edades de 31 a 35 años y luego las edades de 36 a 40 años. Con nivel de conocimiento regular predominó las edades de 31 a 35 años seguido de las edades de 26 a 30 años. Con conocimientos malos predominó las edades de 18 a 25 años y de 26 a 30 años. **Ver tabla N°20**

Con respecto a las actitudes las edades predominantes que adoptaron una actitud muy de acuerdo fue de 31 a 35 años, seguido de 26 a 30 años. Con una actitud de acuerdo las edades predominantes fueron de 26 a 30 años, seguido de 31 a 35 años, en menor proporción las edades de 36 a 40 años y de 18 a 25 años. Con una actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo el rango que resalta fue de 18 a 30 años. Con actitud en desacuerdo fueron las edades de 31 a 35 años y de 26 a 30 años. Con actitud muy desacuerda fue el rango de edad de 31 a 35 años. **Ver tabla N°21**

Según prácticas para la edad con las edades de 26 a 30 años se obtuvo con buenas prácticas, seguidas de las edades de 31 a 35 años y en menor cantidad las edades de 36 a 40 años y de 18 a 25 años. Acerca de las prácticas regulares las edades que obtuvieron este tipo de práctica fueron de 18 a 25 años seguidas de 26 a 30 años. Con prácticas malas se obtuvo las edades de 31 a 35 años y de segundo lugar las edades de 26 a 30 años. **Ver tabla N°22**

Con respecto al nivel de conocimientos y actitudes las mujeres con conocimientos buenos son las que tienen actitudes muy de acuerdo y de acuerdo, con los conocimientos regulares se obtuvo que tenían actitudes en desacuerdo y muy en desacuerdo, con conocimientos malos se obtuvo una actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo. **Ver tabla N°23**

Acerca de actitudes y prácticas se concluye que aquellas mujeres con actitudes muy de acuerdo correspondían a un 60 encuestadas con prácticas buenas; con respecto a la actitud de acuerdo se obtuvo que 190 encuestadas y 10 tenían prácticas buenas y regulares respectivamente. Con la actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo se concluye que un 28 y un

22 tienen practicas regular y malas. La actitud en desacuerdo se obtiene un 40 de mujeres con prácticas malas. Y la otra actitud muy en desacuerdo se compara con prácticas malas en 24 mujeres encuestadas. **Ver tabla N° 24**

Con respecto al nivel de conocimientos y practicas se obtuvo que las mujeres que tuvieron conocimientos buenos se obtuvo de 250 encuestas con buenas prácticas; con conocimientos regular se obtuvo 73 encuestas con prácticas malas; y con conocimientos malos se obtuvo un 26 y 13 encuestas con prácticas regular y malas respectivamente. **Ver tabla N°25**

## 3.2 DISCUSION

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- Haciendo un análisis comparativo de los resultados obtenidos en nuestro estudio con otros estudios a nivel nacional, como el realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en la ciudad de Managua en el año 2015 por María Olivera, existe una concordancia en cuanto a los parámetros sociodemográficos de las pacientes encuestadas con predominio de la edad de 26-30 años, aun cuando no son el único rango de edades que acuden a la unidad para hacerse PAP; en su mayoría las pacientes se encuentran en unión de hecho estable, de religión evangélica de procedencia urbana, rango de hijos que predomino de 3-4. El único parámetro en el cual hubo diferencia fue el relacionado con la escolaridad de las pacientes, siendo en el estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en su mayoría bachilleres, mientras que en nuestro estudio tuvo un mayor porcentaje del 34.5% las pacientes comerciantes con nivel de escolaridad hasta primaria.
- De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta acerca de los conocimientos el total de las pacientes expresaron saber que es el PAP, de igual manera, un 66.6% sabían que el PAP es para detectar el cáncer cervicouterino. Así mismo tenían el conocimiento del procedimiento para la realización del PAP, no por ultrasonido, ni por muestra de sangre sino de toma directa de la muestra del cuello uterino; todas estas respuestas correctas nos llevan a pensar que nuestra población está avanzando y aceptando más los conocimientos impartidos por el personal de salud de dicho centro de salud mediante las charlas y promoción continua a los pacientes. Sin embargo, también descubrimos un eslabón que permanece débil, y es que aún hay mujeres que creen que el PAP es para detectar infección vaginal y que solo se debe de realizar a las mujeres mayores de 50 años y un porcentaje menor cree que el PAP es solo para las mujeres que tienen hijos, por lo que consideramos que éstas son algunas de las razones por cuales hay pacientes que se muestran renuentes a la realización del PAP porque tienen menos de 50 años o porque aún no tienen hijos, a

pesar de tener una vida sexual activa; que sabemos son conocimientos erróneos que tenemos que erradicar.

- En cuanto a las actitudes reflejadas por los pacientes sobre el examen del PAP, se encontró que un 63.6% están dispuestas a realizarse el PAP y un 88.3% consideran importante la realización de este examen, y mejor aún desean obtener más información acerca del PAP, lo cual también tiene similitudes con el estudio realizado en el Hospital Primario Carlos Centeno en la ciudad de Siuna en 2018 por Mario Abea y Luis Arostegui Jirón , esto debido a las campañas de concientización y promoción sobre el PAP y otras enfermedades de la mujer que impulsa nuestro ministerio de salud en pro de la salud nuestra población, aunque aún tenemos algunas féminas que no piensan de igual modo, lo cual es lamentable y debe ser nuestra meta el cambio de esta ideología. Un gran porcentaje de nuestras mujeres encuestadas expresaron que les resultaba incomodo la realización del PAP hecho que limita a la población la demanda espontanea de este examen.
- Con respecto a las prácticas encontramos que un 90.9% de las entrevistadas se han realizado el PAP pero tenemos pacientes que aunque tienen vida sexual activa no se han realizado el PAP, que en la mayoría de estos casos se debe a la falta de conocimientos de la importancia de lo que este examen implica, o muchas veces el miedo al procedimiento, o de lo que se pudiera obtener en los reportes de resultados; pero en fin hay tantas barreras que pudieran influir en la negativa de algunas mujeres para la toma del PAP, que como personal de salud debemos vencer. Además, un pequeño porcentaje del 9.1% expresaron que no les interesa instar a otras mujeres a realizárselo lo que refleja una práctica aun no satisfactoria dada la importancia de la realización de dicho examen. Otra de las barreras importantes que pudiera estar siendo un factor para la negatividad de nuestras pacientes ante la toma de este examen es que un 22.6% nuestra población que se realiza el PAP no reciben sus resultados de

manera oportuna o bien no se encargan de reclamar sus resultados, lo cual limita al personal de salud en cuanto al seguimiento de las pacientes.

- En nuestro cruce de variables con respecto a los conocimientos y la edad se obtuvo un resultado de conocimientos buenos en la población adulto joven de 26 a 30 años y 31 a 35 años. Con conocimientos regulares la población de 31 a 35 años, luego con conocimientos malos una pequeña porción de la población de 26 a 30 años.
- Con respecto a las actitudes el rango de edad de 31 a 35 años fue el predominante ante una actitud muy de acuerdo; seguida de la población de 26 a 30 años con una actitud de acuerdo; el rango de edad de 18 a 25 años y 26 a 30 años tuvieron una actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo, las edades de 26 a 30 años y 31 a 35 años obtuvieron una actitud en desacuerdo; y una actitud muy desacuerdo se obtuvo del rango de 31 a 35 años.
- El rango predominante con buenas practicas fue de 26 a 30 años, seguida de 31 a 35 años, con prácticas regulares se obtuvo la población adolescente y adulto joven de 18 a 25 años. Con prácticas malas se obtuvo el rango de edad de 31 a 35 años y de 26 a 30 años.
- Al realizar comparación entre el nivel de conocimiento sobre el PAP y la actitud sobre este, se observa que a mayor conocimiento del tema las mujeres toman una actitud positiva con respecto a la realización de dicho examen, en contraste la población con menor conocimiento, demuestra actitud indiferente o negativa lo cual refleja que es preciso afianzar los conocimientos de las mujeres para así lograr concientizarlas sobre la importancia del PAP y cambiar su actitud favorablemente.
- Comparando la actitud de las mujeres con respecto a las practicas que realizan se refleja que las mujeres con mejores prácticas son las que tienen mejor actitud acerca

del tema, son conscientes de lo importante que es realizar el PAP para la detección temprana del CaCu. En cambio, se observa que las mujeres con peores prácticas son aquellas con actitud desfavorable acerca del tema.

- La mayoría de las mujeres en el estudio presentan buenas practicas con respecto a la realización del PAP, no que al relacionarlo con el nivel de conocimiento que estas poseen sobre el tema, se refleja que poseen buen conocimiento del tema lo que les permite mejorar su actitud y realizarse el examen correctamente en el tiempo adecuado. Esto significa que el conocimiento es la piedra angular que influye en los otros 2 parámetros (actitud, practicas) por lo que las acciones deben estar dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento para obtener mejores resultados en la población.

### 3.3 CONCLUSIONES

- Predominaron en su mayoría las mujeres entre las edades de 26-30 años, de unión de hecho estable, las cuales trabajan en el comercio independiente con un nivel de escolaridad de primaria aprobada, de religión católica y evangélica siendo el rango de hijos que predomino de 3-4.
- En conocimientos en general fue bueno, la gran mayoría de las pacientes saben que es el PAP, así como la frecuencia con la que deben de realizárselo, la metodología de la toma y la utilidad del examen; aunque hubieron pacientes las cuales expresaron que el PAP es para detectar infecciones vaginales y que solo se lo realizan las que tienen hijos.
- Las actitudes que las pacientes presentaron fueron favorables ya que la mayoría están dispuestas a realizarse el PAP, ya sea de forma espontánea o por indicación médica y lo consideran importante, por tal razón además les interesa obtener más información sobre el PAP, lo que se debe aprovechar para realizar educación continua en la población que acude a la atención de salud.
- De manera global las pacientes tienen buenas practicas, puesto que una vez que han iniciado vida sexual se han realizado PAP, aunque sea una vez y tienen la responsabilidad de conocer sus resultados, solo un pequeño porcentaje refirió no saberlos y no hacerse el PAP por razones no específicas.

### 3.4 RECOMENDACIONES

Al SILAIS Masaya:

- Supervisar en todo centro de salud o puesto de salud que los recursos tanto médico como de enfermería brinden una atención de calidad a la población demandante, y de ser posible realizar campañas de concientización en pro de la salud de la mujer en cuanto a la toma de PAP.
- Continuar haciendo brigadas médicas para acercar la atención de salud a toda la población y aumentar la cobertura del examen de PAP con el objetivo de diagnosticar y tratar de forma oportuna a nuestra población.

A la dirección del Centro de Salud Monimbó:

- Comprometerse a continuar realizando actualizaciones sobre las normas y valorar los conocimientos del personal de salud del Centro de Salud, con el objetivo de transmitir información confiable y correcta a la población.
- Disponer y proveer los materiales necesarios para hacer el examen según demande la población, así como un ambiente adecuado para realizar el PAP donde las pacientes no sientan incomodidades y esto se refleje en una futura negatividad.

Al personal de salud del Centro de Salud Monimbó:

- Seguir realizando la educación continua de la población que acude a la atención por medio de charlas educativas y afiches o murales que muestren la importancia, las indicaciones, y el método de realización del PAP, con el fin de lograr una mayor aceptación y una mejor actitud ante dicho examen.
- Dar consejería a toda mujer que acuda a la toma del PAP, esto previo al examen ayudando a nuestra población a entender mucho mejor el procedimiento, de igual forma para valorar hasta donde la paciente tiene conocimiento del examen; así como

consejería posterior a este, para concientizar el retiro de sus resultados y dar seguimiento a la salud de las pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abea, M., & Arosteguí, L. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital primario Carlos Centeno de Siuna en el período de Septiembre 2017- Enero 2018. *Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua*.
- Barrios-García, L., Benedetti-Padron, M., & Alvis-Estrada, L. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cérvico-uterinas por mujeres de una población rural en Pinillos, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas. ISSN: 2215-7840, 4(1), enero- junio 2013*.
- Cáceres , E. R. (2011). Situación Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino, Departamento de Nueva Segovia, Nicaragua, Primer Semestre 2010. *Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud*.
- Chávez Roque, M., Villeres Trujillo, M. E., Bermejo Bencomo, W., & Viñas Sifontes, L. (2008). Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 12, 0-0*.
- Cruz, X., Rivera, R., & Castro , H. (2018). Conocimientos actitudes y prácticas acerca de la citología cervicouterina (papanicolaou) en mujeres de edad fértil, con vida sexual activa de la zona urbana del municipio de Wiwili, Departamento de Jinotega. Octubre- Diciembre 2017. *Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua*.
- Escamilla, G. (2009). Estudio de la patología citológica del cervix. *Perinatol Reprod Hum*.
- Fica, A. (2014). Prevencion del cáncer cérvico-uterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolaou. *Revista Chilena de Infectología, 31, 196-203*.
- Gomes Martins, L., Bezerra Phineiro, A. K., Moreira Vasconcelos, C. T., & Pinto Falcao Júnior, J. S. (s.f.). Examen de papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enfermería Global, 0-0*.
- Herrera, Y. (2015). Historia de la evolución delas pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino.

- Hilario, E. (2017). Morfología del Cervix Uterino. *Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco.*
- Huamaní, C., Hurtado-Ortega, A., Guardia-Ricra, M., & Roca-Mendoza, J. (2008). Conocimientos y Actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 25*, 44-50.
- Marañón Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., Flores Barroso, Y., Vaillant Lora, L., & Landazuri Llago, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico, 21*, 187-203.
- Oliveira, M. T. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou que tienen las usuarias de la consulta externa de gineco-obstetricia del Hospital Alemán Ncaragüense en la ciudad de Managua, durante el período comprendido Octubre a Diciembre 2015. *UNAN-Managua.*
- Pineda, M. (2015). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou que tienen las usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, SILAIS, Masaya, noviembre 2015.* Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.
- Reyes Zuñiga, Y., Sanabria Negrín, J. G., & Marrero Fernández, R. (2014). Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 18*, 753-766.
- Rodríguez, G., Caviglia, C., Alonso, R., Sica, A., Segredo, S., León, I., & Musé, I. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. *Revista Médica de Uruguay, 31*, 231-240.
- Social, M. (2015). *Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y control del cáncer del tracto genital inferior femenino.*
- Varela Martínez, S. (2005). Citología Cervical. *Revista Médica Hondureña 73*, 133-135.
- Vásquez, L., & Sánchez, C. (2012). Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería.*

Vilchez, G., & Báez, R. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cervico-vaginal (papanicolaou) en mujeres de edad fértil con inicio de vida sexual activa que asisten al centro de salud William Pacheco, Municipio de Yalagüina, Madriz 01 de Agosto-31 de Octubre 2015. *Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua*.

## ANEXOS



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

### Instrumento de Recolección de la información

#### ENCUESTA

La siguiente encuesta es dirigida a las mujeres que acuden al centro de salud con vida sexual activa entre 18 y 40 años del Centro de Salud Monimbó de la ciudad de Masaya en el periodo comprendido de enero-marzo 2019

##### a. Datos personales.

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

escolaridad: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edad de inicio de relaciones sexuales \_\_\_\_\_

Numero de compañeros sexuales \_\_\_\_\_

##### b. Valoración de Conocimientos

###### ¿Sabe que es el PAP?

- Un examen de sangre
- Examen que se realiza por ultrasonido
- Un examen del cuello uterino
- No sé.

###### ¿Cuál es la importancia del PAP?

- Detecta infección vaginal

Detecta cáncer cervicouterino

Evita embarazo

No sé.

**¿Quiénes deben de realizarse el PAP?**

Todas las mujeres que ya tienen hijo

Todas las mujeres que sospechen infección vaginal.

Solo las mujeres mayores de 50 años.

Todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales.

**¿Cada cuánto se debe de realizar el PAP?**

Mensual

Cada 6 meses.

Cada año.

**c. Valoración de Actitudes**

<b>ACTITUDES</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>Usted está dispuesta a realizarse el PAP</b>					
<b>Considera importante la realización del PAP</b>					
<b>Le resulta incómodo la realización del PAP</b>					
<b>Le interesa obtener más información acerca del PAP</b>					

**d. Valoración de Prácticas**

<b>PRACTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>¿Alguna vez se ha realizado el PAP?</b>		
<b>¿Fue a retirar los resultados del PAP?</b>		
<b>Usted instaría a otras mujeres a realizarse el PAP?</b>		

**Tabla 1**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al grupo etario

		<b>Edad</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	46	12.3	12.3	12.3
	26-30	151	40.4	40.4	52.7
	31-35	140	37.4	37.4	90.1
	36-40	37	9.9	9.9	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 2**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al estado civil.

		<b>Estado Civil</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	49	13.1	13.1	13.1
	soltera	115	30.7	30.7	43.9
	viuda	4	1.1	1.1	44.9
	unión de hecho estable	206	55.1	55.1	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 3**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo a la ocupación

		<b>Ocupación</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ama de casa	66	17.6	17.6	17.6
	estudiante	89	23.8	23.8	41.4
	comerciante	129	34.5	34.5	75.9
	desempleada	86	23.0	23.0	98.9
	otros	4	1.1	1.1	100.0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla 4**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo a la escolaridad

		<b>Escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	238	63.7	63.7	63.7
	Bachiller	60	16.1	16.1	79.8
	Técnico Superior	41	10.9	10.9	90.7
	Estudios universitarios	35	9.3	9.3	100
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla 5**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo a la religión

		<b>Religión</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	catolica	44	11.8	11.8	11.8
	evangelica	317	84.8	84.8	96.5
	testigo de Jehova	6	1.6	1.6	98.1
	otros	7	1.9	1.9	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 6**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al inicio de las relaciones sexuales

		<b>Inicio de relaciones sexuales</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menor o igual 18 años	289	77.3	77.3	77.3
	mayor o igual 19 años	85	22.7	22.7	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 7**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al número de compañeros sexuales

		<b>Número de compañeros sexuales</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	22	5.9	5.9	5.9
	2	188	50.3	50.3	56.1
	más de 3	164	43.9	43.9	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 8**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al número de hijos

		<b>Número de hijos</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	0	6	1.7	1.7	1.
	1-2	146	39.0	39.0	40.6
	3-4	198	52.9	52.9	93.6
	5 o mas	24	6.4	6.4	100.0
	Total	374	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta

**Tabla 9**

Conocimientos acerca que es el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		Conocimientos sobre el PAP			Porcentaje acumulado
Sabe que es el PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	Examen de sangre	0	0	0	0
	Examen por ultrasonido	0	0	0	100
	Examen del cuello uterino	374	100	100	0
	No sé	0	0	0	100
Total		374	100	100	

**Tabla 10**

Conocimientos acerca de la importancia del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		Conocimientos sobre el PAP			Porcentaje acumulado
Importancia del PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	Detecta infección vaginal	125	33.4	33.4	100
	Detecta cáncer cervicouterino	249	66.6	66.6	0
	Evita embarazo	0	0	0	0
	No sé	0	0	0	100
Total		374	100	100	

Fuente: Encuesta

**Tabla 11**

Conocimientos acerca quien debe realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

<b>Conocimientos sobre el PAP</b>					
Quien debe realizarse PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujeres que ya tienen hijos	38	10.2	10.2	10.2
	Mujeres que sospechan infección vaginal	125	33.4	33.4	43.6
	Mujeres mayores de 50 años	77	20.8	20.8	64.4
	Mujeres que han tenido relaciones sexuales	134	35.6	35.6	100
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta

**Tabla 12**

Conocimientos acerca de cada cuanto se realiza el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

<b>Conocimientos sobre el PAP</b>					
Cada cuanto realizar PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mensual	0	0	0	0
	Cada 6 meses	170	45.5	45.5	45.5
	Cada año	204	54.5	54.5	100
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta

**Tabla 13**

Actitud frente a la disposición para realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Actitudes sobre el PAP</b>			
Disposición para realizarse PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	102	27.3	27.3	27.3
	De acuerdo	238	63.6	63.6	90.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0	0	0
	Desacuerdo	34	9.1	9.1	100
	Muy en desacuerdo	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta

**Tabla 14**

Actitud que tomaron si consideran importante realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Actitudes sobre el PAP</b>			
Considera importante realizarse PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	330	88.3	88.3	88.3
	De acuerdo	0	0	0	0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	44	11.7	11.7	100
	Desacuerdo	0	0	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta

**Tabla 15**

Actitud frente a la incomodidad de realizarse Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Actitudes sobre el PAP</b>			
Considera incómodo realizarse PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	272	72.7	72.7	72.7
	De acuerdo	34	9.1	9.1	81.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34	9.1	9.1	90.9
	Desacuerdo	34	9.1	9.1	100
	Muy en desacuerdo	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla 16**

Actitud frente al interés de obtener más información del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Actitudes sobre el PAP</b>			
Interés sobre más información PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	272	72.7	72.7	72.7
	De acuerdo	68	18.2	18.2	90.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34	9.1	9.1	100
	Desacuerdo	0	0	0	0
	Muy en desacuerdo	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla 17**

Practica acerca si alguna vez se ha realizado el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Prácticas sobre el PAP</b>			
Alguna vez se ha realizado PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	340	90.9	90.9	90.9
	No	34	9.1	9.1	100
	Total	374	100	100	

Fuente: Encuesta

**Tabla 18**

Practica si ha reclamado sus resultados del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Prácticas sobre el PAP</b>			
Ha reclamado sus resultados PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	289	77.4	77.4	77.4
	No	85	22.6	22.6	100
	Total	374	100	100	

Fuente: Encuesta

**Tabla 19**

Practicas a instar a otras mujeres a realizarse Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya

		<b>Prácticas sobre el PAP</b>			
Instaría a otras mujeres a realizarse PAP		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	340	90.9	90.9	90.9
	No	34	9.1	9.1	100
	Total	374	100	100	

Fuente: Encuesta

**Tabla 20**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vrs. Edad

		Edad				Total
		18-25	26-30	31-35	36-40	
Conocimientos sobre el PAP	bueno	23	109	93	37	262
	regular	0	26	47	0	73
	malo	23	16	0	0	39
Total		46	151	140	37	374

Fuente: Encuesta

**Tabla 21**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Actitudes vrs. Edad

		Edad				Total
		18-25	26-30	31-35	36-40	
Actitudes sobre el PAP	muy de acuerdo	1	11	43	5	60
	de acuerdo	20	98	50	32	200
	ni de acuerdo ni en desacuerdo	25	25	0	0	50
	en desacuerdo	0	17	23	0	40
	muy en desacuerdo	0	0	24	0	24
Total		46	151	140	37	374

Fuente: Encuesta

**Tabla 22**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Practicas vrs. Edad

	Edad				Total
	18-25	26-30	31-35	36-40	
bueno	11	109	93	37	250

Prácticas sobre el PAP	regular	35	3	0	0	38
	malo	0	39	47	0	86
Total		46	151	140	37	374

Fuente: Encuesta

**Tabla 23**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vrs. Actitudes

		Actitudes sobre el PAP					Total
		muy de acuerdo	de acuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	en desacuerdo	muy en desacuerdo	
Conocimientos sobre el PAP	bueno	60	200	2	0	0	262
	regular	0	0	9	40	24	73
	malo	0	0	39	0	0	39
Total		60	200	50	40	24	374

Fuente: Encuesta

**Tabla 24**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Actitudes vrs. Prácticas

		Prácticas sobre el PAP			Total
		bueno	regular	malo	
Actitudes sobre el PAP	muy de acuerdo	60	0	0	60
	de acuerdo	190	10	0	200
	ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	28	22	50
	en desacuerdo	0	0	40	40
	muy en desacuerdo	0	0	24	24
Total		250	38	86	374

Fuente: Encuesta

**Tabla 25**

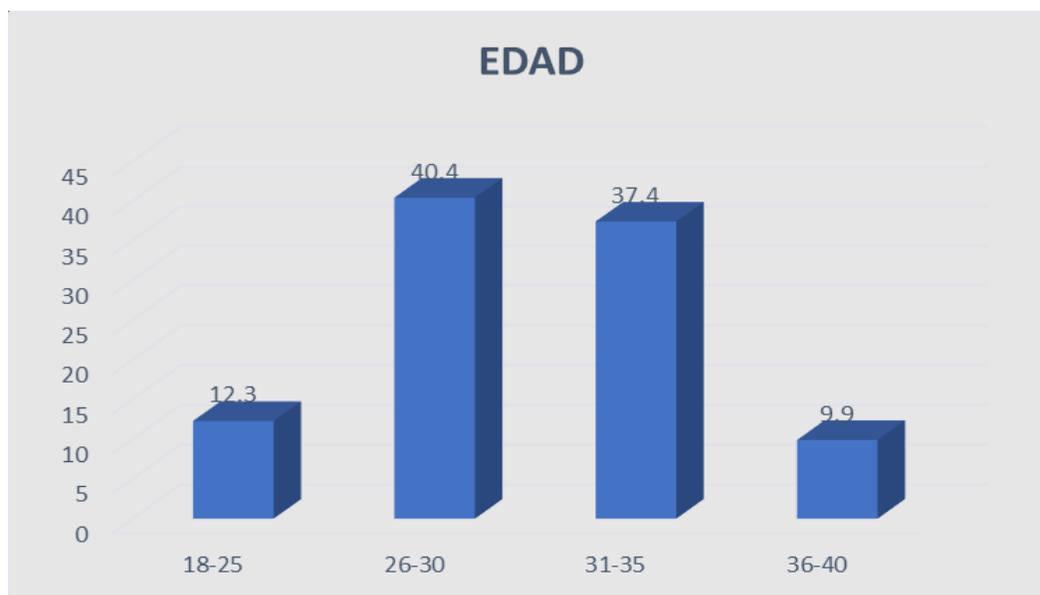
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vrs. Practicas

		Practicas sobre el PAP			Total
		bueno	regular	malo	
Conocimientos sobre el PAP	bueno	250	12	0	262
	regular	0	0	73	73
	malo	0	26	13	39
Total		250	38	86	374

Fuente: Encuesta

**Gráfico 1**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al grupo etario



Fuente: tabla 1

**Grafico 2**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al estado civil



Fuente: tabla 2

**Grafico 3**

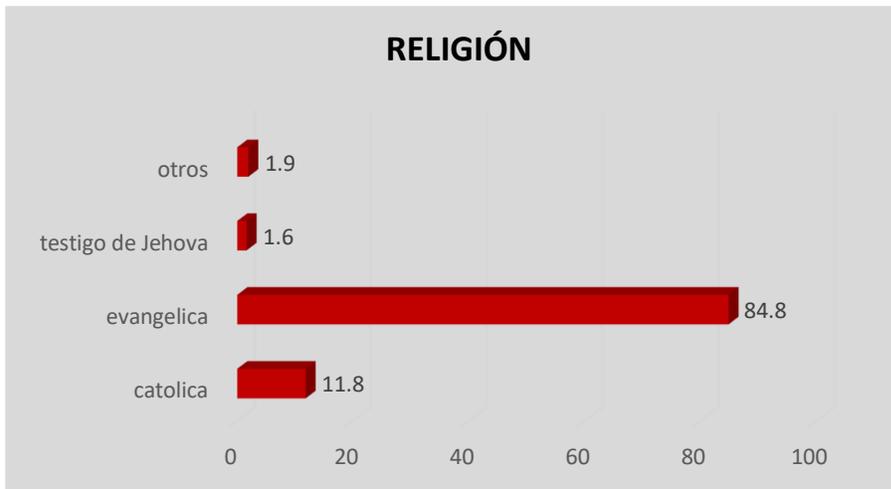
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo a la ocupación



Fuente: tabla 3

**Grafico 4**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo a la religión



Fuente: tabla 5

### Gráfico 5

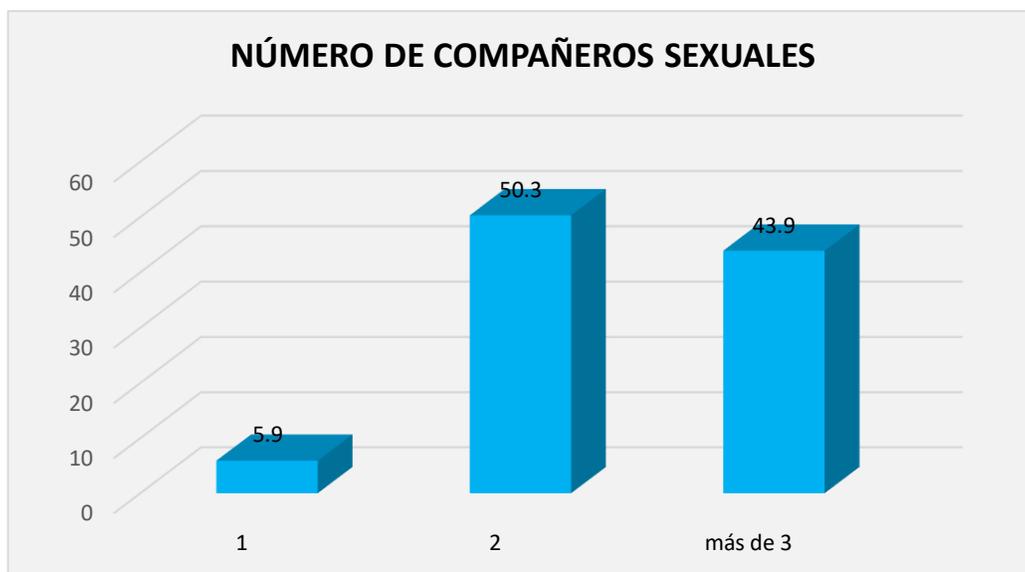
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al inicio de vida sexual activa



Fuente: Tabla 6

### Grafico 6

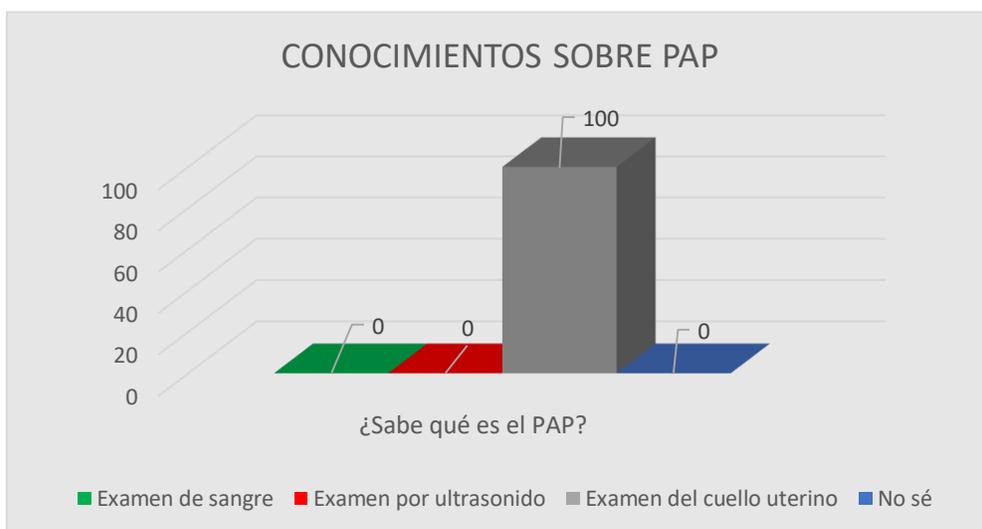
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al número de compañeros sexuales



Fuente: Tabla 7

### Gráfico 7

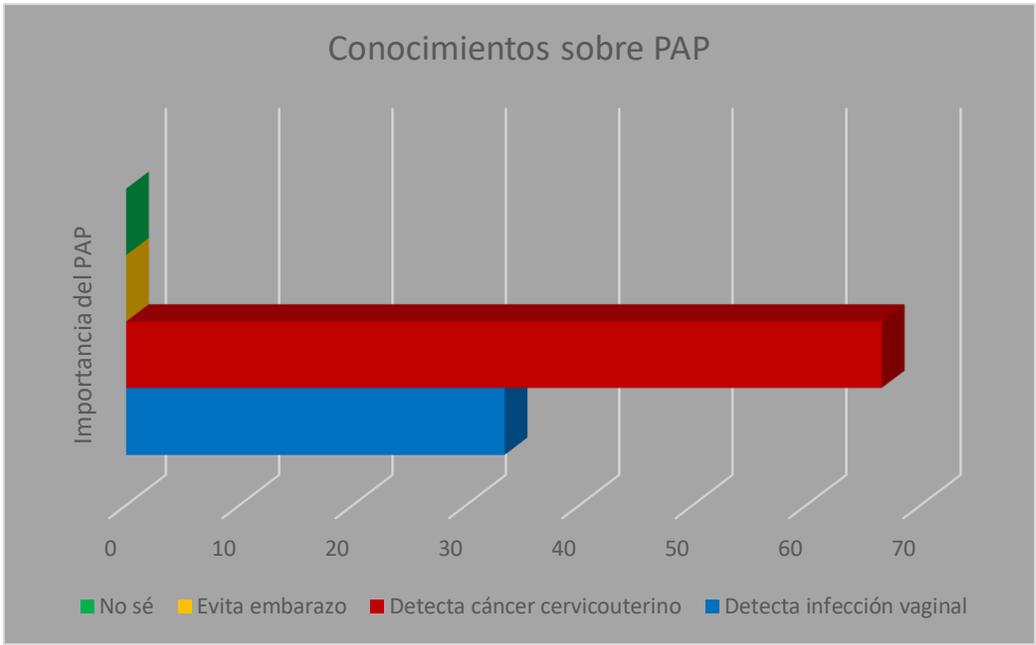
Conocimientos acerca que es el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 9

### Gráfico 8

Conocimientos acerca de la importancia del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 10

**Grafico 9**

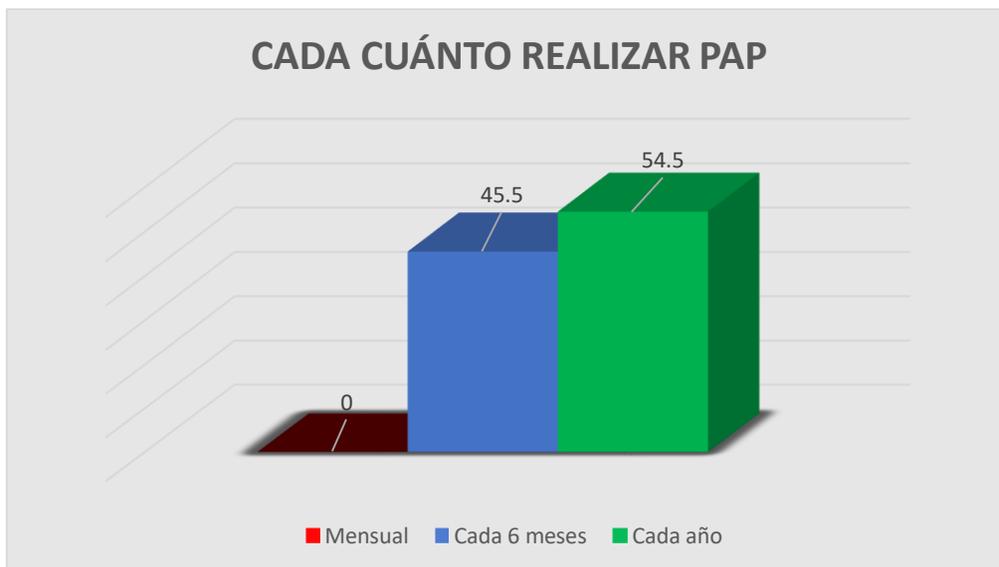
Conocimientos acerca quien debe realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 11

**Grafico 10**

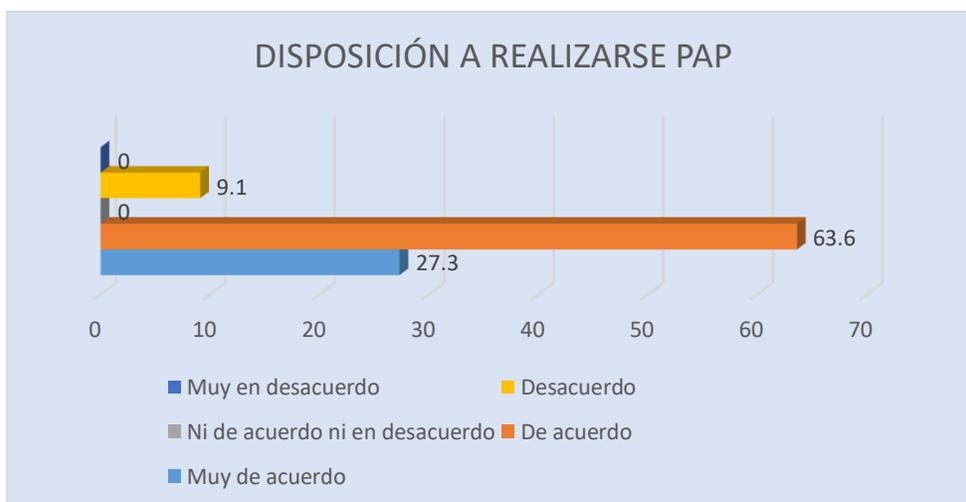
Conocimientos acerca de cada cuanto se realiza el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 12

### Grafico 11

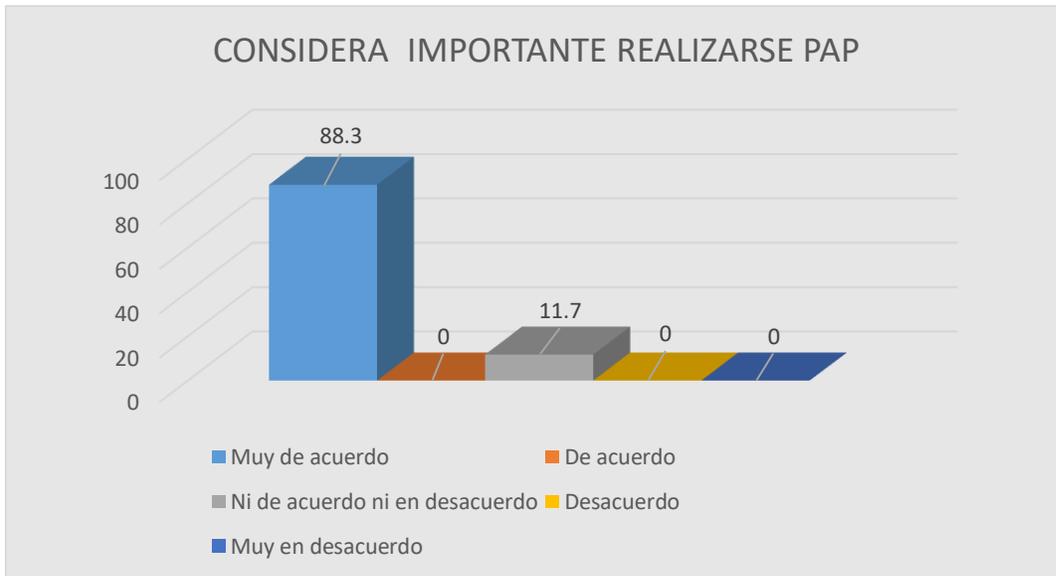
Actitud frente a la disposición para realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 13

### Grafico 12

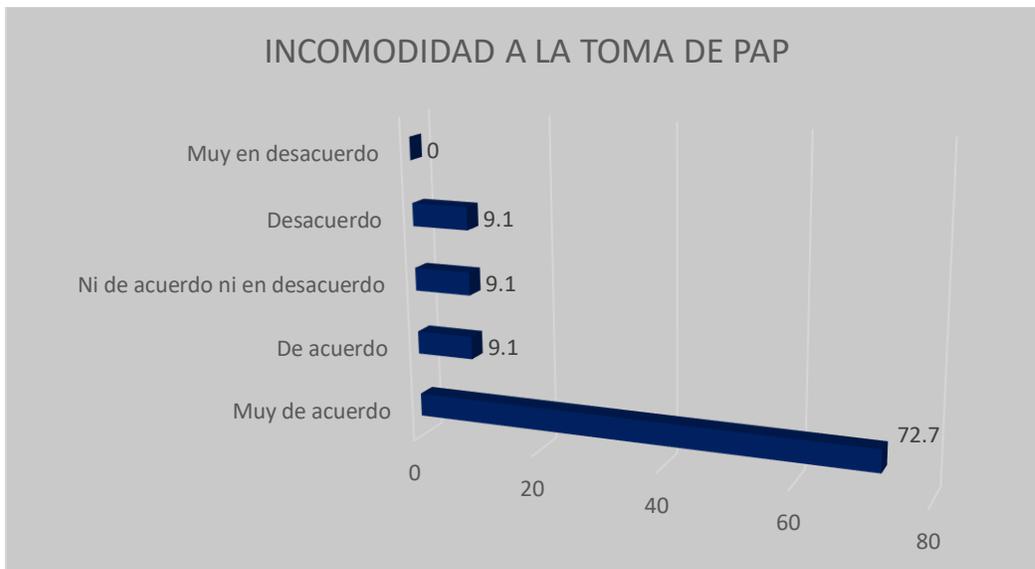
Actitud que tomaron si consideran importante realizarse el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 14

### Grafico 13

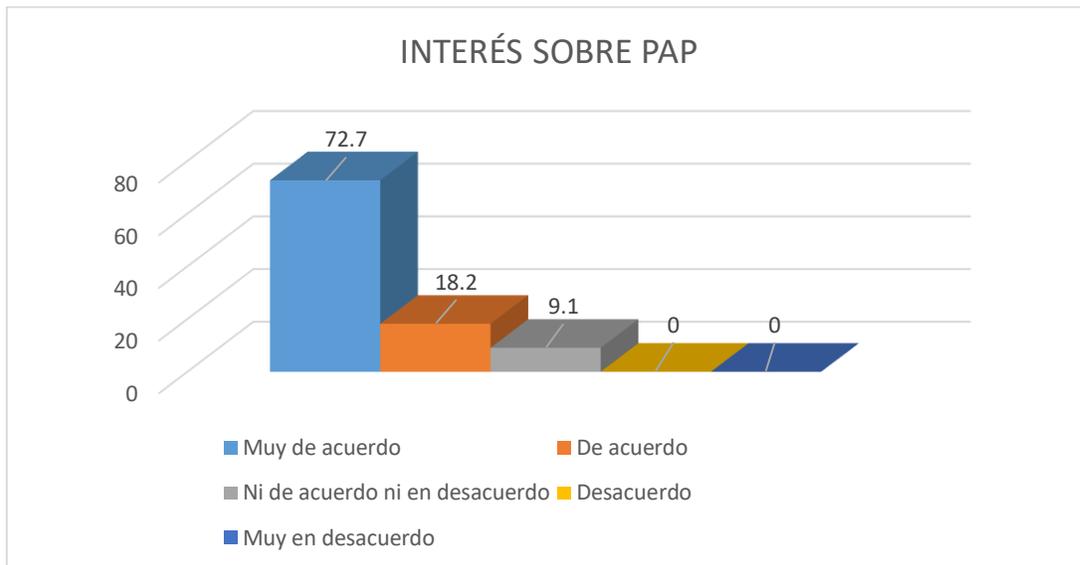
Actitud frente a la incomodidad de realizarse Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 15

### Grafico 14

Actitud frente al interés de obtener más información del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 16

**Grafico 15**

Practica acerca si alguna vez se ha realizado el Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 17

**Grafico 16**

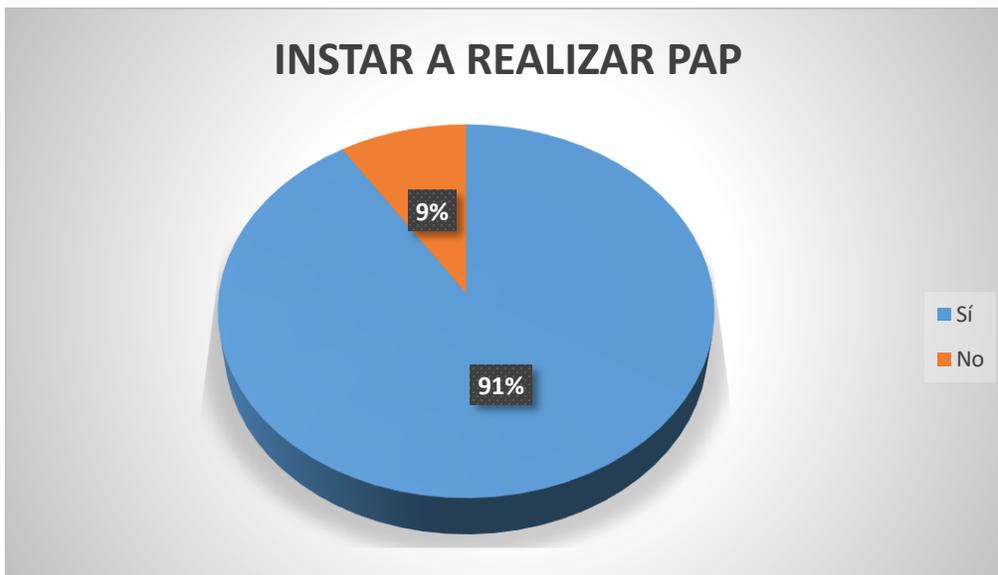
Practica si ha reclamado sus resultados del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 18

### Grafico 17

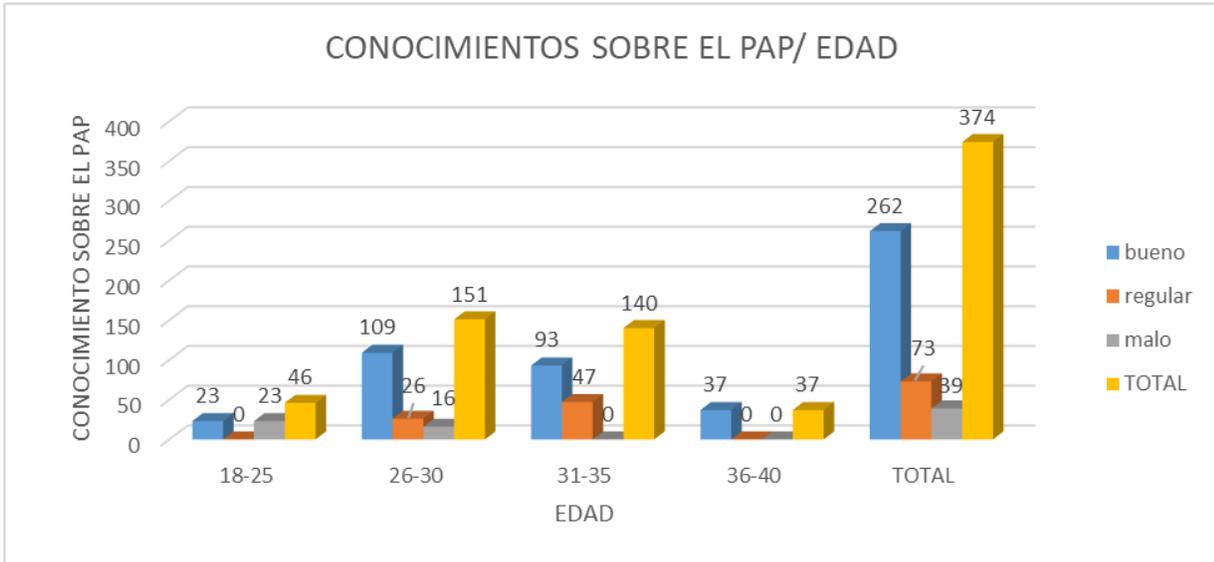
Practicas a instar a otras mujeres a realizarse Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya



Fuente: Tabla 19

### Grafico 18

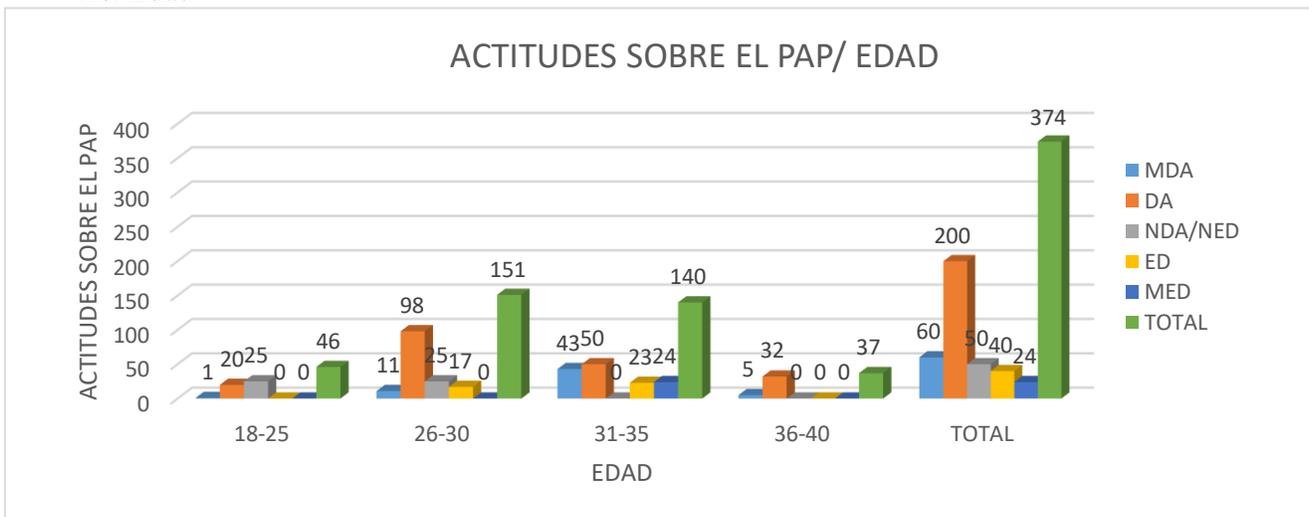
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vrs. Edad



Fuente: Tabla 20

### Grafico 19

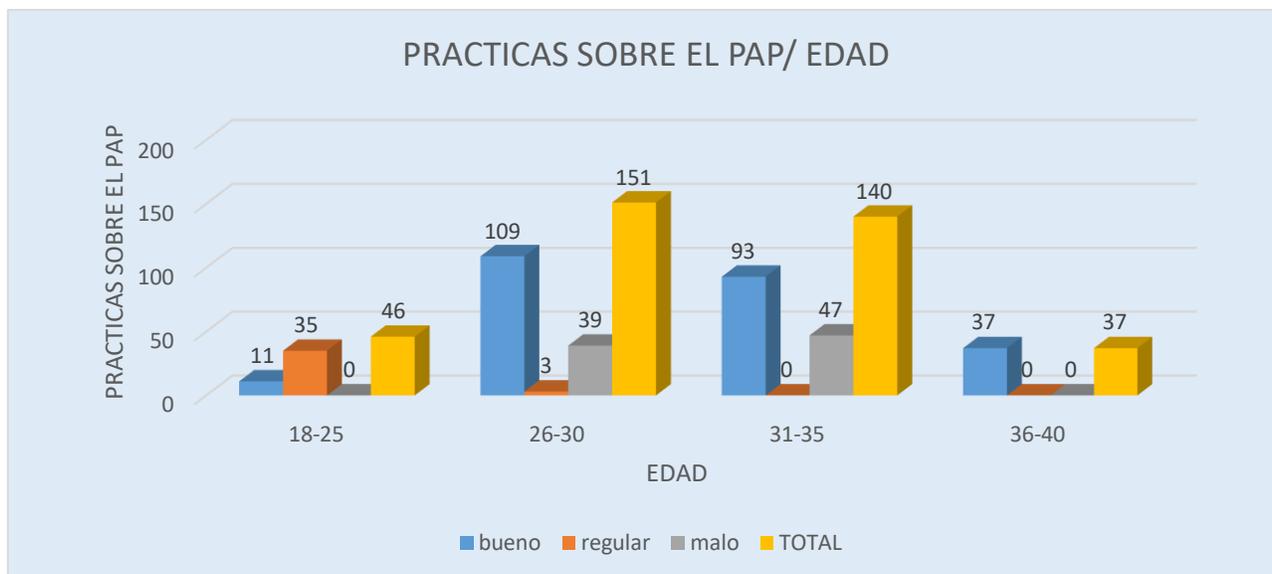
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Actitudes vrs. Edad



Fuente: Tabla 21

### Grafico 20

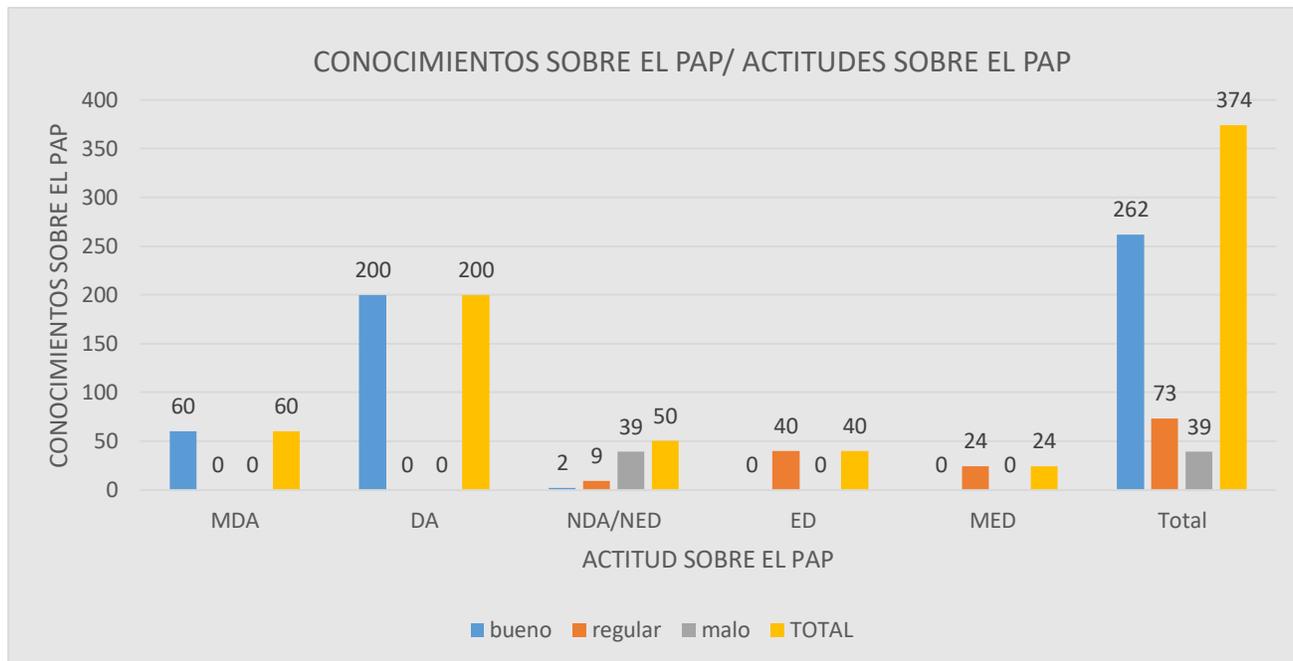
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Practicas vrs. Edad



Fuente: Tabla 22

### Grafico 21

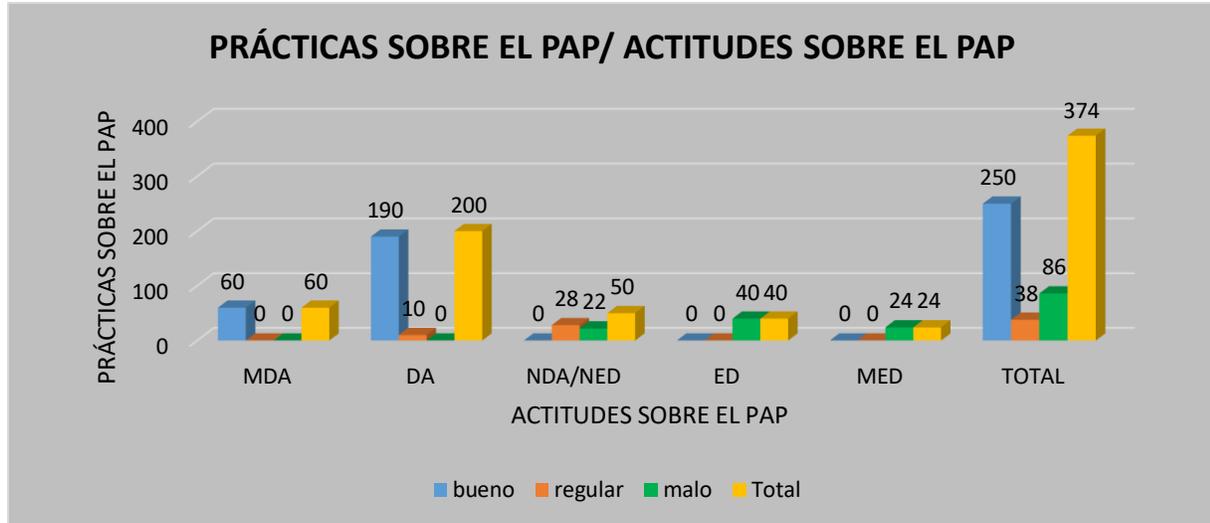
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vrs. Actitudes



Fuente: Tabla 23

## Grafico 22

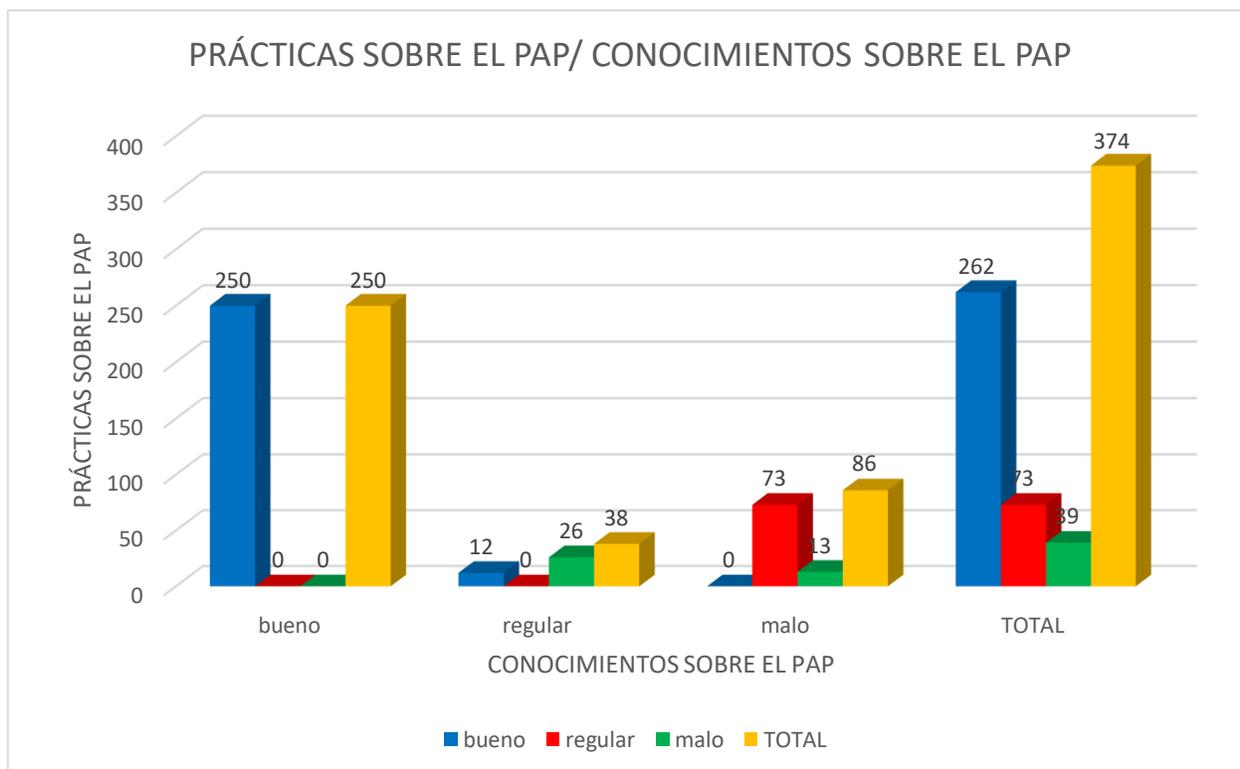
Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Practicas vrs. Actitudes



Fuente: Tabla 24

### Grafico 23

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Monimbó, Masaya distribución de acuerdo al cruce de variables Conocimientos vs. Practicas



Fuente: Tabla 25