

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis monográfica
para optar al título de medicina y cirugía general

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE
PAPANICOLAU EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD ALEJANDRO
DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, NOVIEMBRE 2015.”**

AUTORA:

Br.Mayerling de los Ángeles Pineda Sánchez

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Wilbert López Toruño

Máster en Salud Pública.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua.

Dedicatoria:

A Dios. Por ser él la fuente de sabiduría y el único médico capaz de no sólo sanar el cuerpo, sino también el alma.

A mi familia, el pilar fundamental en mi vida.

A todos y cada uno de la pacientes que participaron en este estudio. Ella son las estadísticas sin rostro de la realidad social del país.

Agradecimiento:

A Dios Padre. Por ser mi Motor, porque su Gracia me sostiene, por su Infinita Misericordia y la Sabiduría dada hasta el día de hoy.

A mi familia: por su apoyo, su paciencia, consejos. Por las alegrías y tristezas que hemos vivido. Los tengo en mi corazón. Gracias por ayudar a formarme tal y como soy. Abuelo, mamá, tía, hermanos y hermanas, prima, gracias por seguir ahí, por apoyarme. Los amo mucho.

Al Dr Moisés Moraga y familia: usted me enseñó que nunca hay que darse por vencido, que Dios siempre tiene un propósito para cada uno de nosotros y que la disciplina, la constancia y la educación son las mejores armas para salir adelante. Gracias a usted y a su familia por todo el apoyo recibido. Gracias también a mis amigas, que me enseñan siempre a jamás darme por vencida.

A mi tutor, Dr. Wilbert López: gracias por su paciencia, por sus consejos y el tiempo invertido cada día, por su interés en la investigación científica que me infundaba en cada momento.

A todos y cada uno: Gracias.

OPINIÓN DEL TUTOR

El cáncer cérvico-uterino representa un serio problema de salud en Nicaragua, siendo una de las principales causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina; a pesar de que se han realizado esfuerzos para su control no se reduce la tendencia de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Los programas de detección temprana han contribuido a reducir la morbimortalidad por esta patología, mediante la realización de una prueba sencilla y de bajo costo como la prueba de la citología cervical, sin embargo la cobertura de la prueba de Papanicolaou aún son bajas en nuestras unidades de salud, según cifras reportadas por el MINSA.

Entre los principales determinantes para mejorar la cobertura de los programa de PAP en nuestras unidades de salud, está el mejoramiento de los niveles de conocimiento que la población tiene sobre el PAP, un cambio en las actitudes y una promoción de prácticas adecuadas en cuanto a la realización del PAP.

La Dra. Pineda, a través de este trabajo ha logrado contribuir a entender la situación con respecto a los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres procedentes de una las áreas más densamente poblada de Nicaragua como lo es el departamento de Masaya.

Considero que los resultados de esta investigación son muy valiosos y de gran utilidad tanto para las autoridades de salud como para el personal médico. Por esta razón felicito a la Dra. Pineda quien ha mostrado gran responsabilidad, esfuerzo y gran sensibilidad antes esta temática de gran relevancia para la familia Nicaragüense.

Dr. Wilbert López Toruño.

Asesor metodológico.

Máster en Salud Pública.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

RESUMEN

Se llevó a cabo una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en 130 usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, perteneciente al SILAIS Masaya, zona norte. La información fue recolectada en noviembre del 2015. Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo de tipo CAP. 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. Las 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. De acuerdo a los datos obtenidos, 58% de la población encuestada tenía prácticas inadecuadas sobre la realización de la toma de PAP. De forma general se observó una buena relación entre las actitudes y las prácticas, a pesar que una parte importante de las encuestadas no tenían un conocimiento adecuado sobre el PAP.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
II.	ANTECEDENTES	9
III.	JUSTIFICACIÓN.....	14
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
V.	OBJETIVOS.....	16
	Objetivo General.....	16
	Objetivos Específicos	16
VI.	MARCO TEÓRICO	17
VII.	MATERIAL Y MÉTODO	25
VIII.	RESULTADOS	34
IX.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	39
X.	CONCLUSIONES.....	44
XI.	RECOMENDACIONES	45
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
XIII.	ANEXOS	50
	Anexo Cifras oficiales del SILAIS.....	50
	Anexo #2: Ficha de recolección	53
	Anexo #3: Cuadros y gráficos	59

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico-uterino ha sido y continúa siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial. El cáncer cérvico-uterino a nivel mundial ocupa el cuarto lugar de frecuencia en mujeres y el séptimo en población general. Basado en los datos del informe mundial Globocan 2012, se estimaron para ese año 528,000 nuevos casos y 266,000 muertes debidas a este tipo de cáncer, representando el 7.5% de todas las muertes por cáncer en mujeres. Casi 9 de cada 10 (87%) muertes por cáncer de útero ocurren en países en vía de desarrollo.²³

En la región de las América la situación es alarmante. En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cérvicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en todo el continente. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas, dicha cifra aumentará en un 45% en el 2030. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. La mayoría de las muertes por cáncer cérvicouterino (80%) se producen en América Latina y el Caribe (ALC), donde este tipo de cáncer es el segundo más importante en mujeres de todas las edades, tanto en frecuencia de casos nuevos como de muertes.^{15,26,31}

Según la Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 MEF (Mujeres en Edad Fértil). Los SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud) Granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6) y Managua (20.3) reportan las tasas de mayor mortalidad por CaCu en el 2011. Mientras la tasa cruda de mortalidad para Nicaragua para CaCu, se estima internacionalmente en 14.5, en Centroamérica es 10.1 y a nivel mundial de 8.2; para un total de 1.74 millones de mujeres en el país con riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino.³⁴

Según la OMS, la promoción y educación de la salud deben tener como objetivos garantizar que las mujeres, sus familias y la comunidad en general comprendan que el cáncer cérvicouterino es prevenible y que es necesario que las mujeres acudan a los servicios de tamizaje, y reciban un tratamiento adecuado en caso de que el resultado sea anormal. En este contexto, para la Organización Mundial de la Salud, el tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, es una estrategia costo-efectiva de prevención con relación al cáncer cérvico-uterino.⁴⁰ El Pap o citología cervical ha sido, durante décadas, la prueba de referencia para el tamizaje del cáncer cérvicouterino en todo el mundo, y ha logrado reducir la mortalidad esta enfermedad en países desarrollados con abundantes recursos. En entornos con recursos limitados, los programas de tamizaje basados en la citología no han tenido un éxito comparable debido, principalmente, a las dificultades de los sistemas de salud para alcanzar y mantener tasas de cobertura elevadas, garantizar el seguimiento de las mujeres con un resultado anormal, y lograr una calidad adecuada de la prueba.^{13,31,40,}

Según múltiples estudios publicados, entre las principales barreras para alcanzar tasas elevadas de cobertura en los programas de tamizaje, están las barreras de conocimiento y de actitudes ante la prueba por parte de las mujeres en edad reproductiva. Por otro lado la evidencia publicada muestra que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionada a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Niveles de educación y niveles económicos altos y actitudes positivas frente al Pap han demostrado un mayor uso de esta prueba.^{5,14,19}

En Nicaragua el Ministerio de Salud muestra mucho interés por la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, por lo tanto se han implementado normas y protocolos de un programa preventivo contenido dentro de la atención integral a la mujer, que consiste en la educación y promoción de la citología cervical a la usuarias externas que acuden las unidades de salud de nuestro país. Es por este motivo que se llevará a cabo el presente estudio en usuarias que son atendidas en el centro de salud Alejandro Dávila Bolaños del SILAIS Masaya, con el fin de contribuir a un mejor entendimiento de las barreras que influyen en una mujer no se realice la prueba del PAP.

II. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Seminario-Pintado y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio titulado “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolau en mujeres del distrito de Chiclayo – 2010”, en Perú. El estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. Se entrevistaron 116 mujeres, 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos, 47,4% actitud favorable y 38,8%, nivel de prácticas correcto. En las mujeres con actitud desfavorable con respecto al PAP se halló 5,6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios en el colegio: OR: 5,6 (IC95%: 2,2-15,23 $p < 0,05$). El motivo más frecuente por el que no se habrían realizado el test, fue por falta de tiempo⁴⁵.

Castillo y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio que tuvo por objetivo determinar los factores asociados al uso de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena Colombia. Se realizó el estudio en una población total de 915 mujeres con una edad promedio de 40 años (DE = 12,9 años). La prevalencia de uso de la citología fue del 85,9%. Las variables que explican el uso adecuado de la citología por parte de las mujeres de Cartagena son: ser mayor de 29 años (OR:2,1 - IC: 1,3-3,4), reclamar el resultado (OR: 2,5 - IC: 1,1-5,7), tener un resultado anormal (OR: 0,5 -IC: 0,2-0,9) y pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación en salud (OR: 0,5 - IC: 0,4-0,8). Los autores concluyeron que los factores asociados al uso de la citología cervical se explican por factores demográficos, económicos y sociosanitarios.¹⁰

Barrios-García y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio cuyo objetivo fue determinar el conocimiento, práctica y actitud de las mujeres del municipio de Pinillos, Colombia, sobre el uso de la citología cérvico-uterina como método de diagnóstico de las lesiones tempranas del cuello uterino, que conlleven al cáncer de cérvix. Se realizó una encuesta a 260 mujeres que habían iniciado vida sexual, observándose que el 85.4% de las pacientes encuestadas sabían que es la citología cérvico-uterina. Prácticamente todas las mujeres encuestadas sabían para qué sirve la citología. El 99.6% reconoció que realizarse la citología es importante. El 88.5% si se había realizado alguna vez la citología durante su

vida, con una mediana de 4 citologías realizadas. 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.⁷

Polo-Peñas y colaboradores publicaron en el 2014 un estudio sobre los factores de tipo personal asociados en la decisión de realizarse la prueba de la citología de cuello uterino, en mujeres usuarias de Instituciones Prestadoras de Salud, públicas municipales y de comunidades en Colombia, entre el 2013-2014. La muestra estuvo conformada por 192 mujeres, de 15 a 69 años de edad a quienes se les aplicó una encuesta estructurada y una entrevista semi-estructurada. Los resultados revelan que 80% de las mujeres se realizaban la citología por voluntad propia y, tienen conocimientos adecuados sobre ésta y la enfermedad que previene. La disponibilidad de tiempo es un factor cultural que se constituye una barrera para la realización de la citología en un 95%. Todas las mujeres tuvieron presentes como barreras de tipo psicológico sentimientos como angustia por conocer los resultados en un 63% y 49%, temor en un 48% y 49%, miedo en un 41% y 54% y la pena o vergüenza en un 42% y 46%. Los autores concluyen que los factores psicológicos son los principales factores que están relacionados con la no realización de la prueba de citología por parte de las mujeres.³⁹

Grande-Bercián y colaboradores publicaron en el 2014 un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma de citología cérvico-uterina en mujeres de 20-59 años que consultaron a las unidades comunitarias de salud familiar de El Salvador. La población fue de 701 mujeres, de tres unidades de salud en estudio, muestra de 153 mujeres. Según los resultados 95% de las mujeres tenían conocimiento acerca de papanicolau, su importancia y que la información obtenida ha sido impartida por el personal de salud, aunque un porcentaje (32%) de las mujeres tienen falsas creencias relacionadas a la toma de Pap, factor que influyó en forma negativa en las prácticas relacionadas a la misma; la creencia más frecuente fue el peligro durante el embarazo. Más de la mitad (77%) de la población en estudio regresa al establecimiento por el resultado de su citología, confirmando su interés por su salud. Más de la mitad de las mujeres prefieren que sea alguien del mismo sexo quien les tome el Pap.²⁵

Guillermo-Julca y colaboradores publicaron en el 2014 un estudio con el objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou. De una población de 430 mujeres en edad fértil, se utilizó una muestra de 150 mujeres. Los resultados reportan que la mayoría de mujeres (70,7%), no tenían un conocimiento global sobre el Papanicolaou, Así mismo las brechas del conocimiento se centró en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP,] y 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra. La mayoría (92,0%) tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou, sin embargo solo el 16,0% de las mujeres se realiza la prueba del PAP y el 84% no tiene prácticas adecuadas frente a la toma del PAP. Los autores concluyen que las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Mama Ashu desconocen aspectos básicos de la toma del Papanicolaou, sin embargo llama la atención que muestran actitudes favorables, pero no se reflejan en las prácticas.²²

Martínez y colaboradores publicaron en el 2015 un estudio cuyo objetivo fue establecer los conocimientos, actitudes y prácticas frente al Papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia el Valle, en Ecuador. Los niveles de conocimientos observados en estas mujeres fueron bajos el 48.38% intermedios el 34.42% y altos el 17.21%, las actitudes fueron desfavorables en el 75.65% y favorables el 24.25%. Las prácticas fueron correctas el 43.83% e incorrectas el 56.17%.³²

A nivel Nacional

De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA), para el 2009 el cáncer cérvico uterino aún ocupaba el segundo lugar como causa de muerte por cáncer; en su último reporte realizado en el periodo de 2008- 2012, la tasa de incidencia de cáncer cérvicouterino total fue del 29% por cada 10 mil mujeres; los grupos etarios más afectados fueron las mujeres de 60-64 años, seguidas por las mujeres de 85 años a más y luego las mujeres de 45-49 años de edad. Cabe destacar que las mujeres con menor índice de incidencia de cáncer cérvico uterino reportado fueron las mujeres de 35 a 39 años de edad.

El departamento con mayor incidencia de CaCU era Managua, con un total acumulado de 1177 casos, seguidos por Chinandega y Matagalpa, con 777 y 602 casos respectivamente. Masaya tiene un total de 370 casos acumulados hasta ese período.³⁴

De los datos recopilados hasta el momento por MINSA central, se contabiliza un total de muertes por cáncer cérvico uterino en el periodo 2008-2013 de 1552 casos, siendo el año 2011 en el cual se registraron mayor número de muertes (284); para el año 2013 se contabilizó un total de 270 muertes por esta causa. Encabeza la lista de muertes por departamento Managua, seguido siempre por Chinandega y Matagalpa.³⁴

En el año 2009 López y López en Masaya en un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas concluyeron que el nivel de conocimiento sobre CaCu y PAP era regular, observándose que a mayor paridad y nivel de escolaridad incrementaba el nivel de conocimiento. En cuanto a la práctica, entre mayor nivel de conocimiento tenía la población, se incrementaba el porcentaje de prácticas adecuadas. Sin embargo, predominaba la preferencia de realizarse el examen con profesionales femeninos. Además, un alto porcentaje de dicha población tenía una idea errónea respecto a la utilidad del Papanicolaou.³⁰

Para el año 2011, la investigación realizada por Brenes y Chávez en el municipio Diriá, en el cual el 43% de las mujeres encuestadas oscilaban entre las edades de 25-34 años, un 65% de las encuestadas se había realizado al menos un Papanicolaou en su vida, el 54% de las mujeres habían cursado únicamente educación primaria y 90% de todas las entrevistadas mostró una actitud favorable con respecto la toma de Papanicolaou.⁸

En el año 2011, Chow Ana Lucia realizó un estudio descriptivo sobre conocimientos en la ciudad de Bluefields, municipio de Santa Rosa, que incluyó a hombres y mujeres procedentes del área urbana y reveló que la mayoría de la población no sabía la definición de Papanicolaou. En este mismo estudio se demostró que más del 50% de la población estudiada mostraba una buena actitud ante la realización del mismo.¹²

En el año 2012 en el Hospital Alemán Nicaragüense, García-Vázquez refieren que entre las principales causas por las cuales las mujeres no se realizan el Papanicolaou el 32% expresó falta de tiempo para su realización, 18% creencias negativas, un 25% tenía vergüenza y 35% miedo a la realización del Papanicolaou y al conocimiento de los resultados.²¹

En el año 2012, Espino y González realizaron un estudio en Rivas, donde más del 60% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y eran administradoras del hogar. De la población analizada, solo el 40% tenía un conocimiento adecuado sobre la toma de citología; el 74.8% tenía una actitud favorable hacia la toma de Papanicolaou y el 58.4% tenía buena práctica respecto a la toma de PAP.¹⁸

III. JUSTIFICACIÓN

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

El cáncer cérvico-uterino es una de las principales causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina, a pesar de que se han realizado esfuerzos para su control no se reduce la tendencia de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

Los programas de detección temprana han contribuido a reducir la morbimortalidad por esta patología, mediante la realización de una prueba sencilla y de bajo costo como la prueba de la citología cervical, sin embargo la cobertura de la prueba de Papanicolaou son bajas en nuestras unidades de salud, según cifras reportadas por el Ministerio de Salud.

A nivel de atención primaria la información es limitada con relación a estudios que evalúen los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el PAP que describan características sobre la práctica periódica de la misma. Por lo que, los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a no solo a nuestra institución sino en todas las unidades de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cérvix en Nicaragua.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cérvico uterino es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, sobre todo en países en desarrollo.

Dado que la cobertura de toma de Papanicolaou en el SILAIS Masaya en el año 2014 fue de un total de 29,125 PAP realizados, correspondientes al 89.5% del total esperado a realizar. Para el año 2015 se espera se realice un total de 39,493 PAP.⁴⁶ Sin embargo, un estudio preliminar realizado en el departamento de Masaya en el año 2009 demostró que la principal causa por la cual las mujeres no se realizaban la toma de Papanicolaou era la falta de conocimiento, el bajo nivel económico y la edad.³⁰

Ante los datos encontrados en dicho estudio y, conociendo la problemática de salud pública de nuestro país, se planteó como modo de investigación el siguiente problema:

¿Cuál es el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou que tienen las usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, SILAIS Masaya, noviembre 2015?

Del problema principal se derivan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio-demográficas y reproductivas de las mujeres en estudio?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las usuarias sobre el Papanicolaou, de la población en estudio?
3. ¿Cuáles son las actitudes que las usuarias tienen sobre el PAP, de la población en estudio?
4. ¿Qué tipo de prácticas tienen las usuarias en relación a la prueba de Papanicolaou, de la población en estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolau en usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, SILAIS Masaya, noviembre 2015.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características socio demográficas y reproductivas de las mujeres en estudio.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tiene las usuarias en estudio sobre el Papanicolaou.
3. Establecer las actitudes que tienen las usuarias en estudio en relación al Papanicolau.
4. Determinar las prácticas de las usuarias en relación al Papanicolau.

VI. MARCO TEÓRICO

Conceptos Generales sobre conocimiento, actitudes y prácticas

El éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología, dependen en gran parte de que puedan identificarse las necesidades y por tanto los objetivos a nivel de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas. El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.^{31,40}

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.^{36,40}

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en dtorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, gustos, prejuicios, convicciones, etc.³⁰

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se define como una respuesta establecida para una situación común.²¹

Generalidades de cáncer cérvico uterino

El cáncer de cuello uterino (CaCU) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues es la primera causa de muerte en mujeres; anualmente se registra aproximadamente 500 mil casos, de esos 230 mil fallecen, el 80% ocurre en países en desarrollo.^{13,41}

En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan posterior a los cincuenta años de edad; estos casos representan el 9.0% de las causas de muerte en las mujeres, correspondiéndole al Cáncer Cérvico Uterino el 20.0% en este campo; este tipo de cáncer tiene una tendencia al incremento por una baja cobertura de la citología, la cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. La mortalidad por cáncer en mujeres se debe en el 45.0% de los casos, al Cáncer Cérvico Uterino.³⁸

En el año 2005 se encontraron 205 muertes por Cáncer cérvicouterino por 100,000 mujeres. Se observa que con el tiempo ha aumentado el número de casos de muerte por esta patología. Las tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino reportadas en mujeres de 20 a 64 años en el año 2005 fue de 16 por 100,000 mujeres entre 20 y 64 años. En el año 2004 se reportó una tasa de 2.17 por 100,000 mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 34 años, una tasa de 17.14 por 100,000 mujeres comprendidas entre las edades de 35 a 49 años y en mujeres de 50 años y más con una tasa de 51.8 por 100,000 mujeres. En este mismo año la tasa de cáncer cérvico-uterino reportada por el SILAIS Managua, fue una tasa de 17 defunciones por 100,000 mujeres en edades entre 20 a 64 años de edad. Para el año 2005 se reportó una tasa de defunciones de 17.9 por 100,000 mujeres en edades de 20 a 64 años. De acuerdo con las coberturas de citología cervical para el año 2005 se alcanzó el 9%. Los niveles de tamizaje reflejan poca efectividad para la detección oportuna de la enfermedad en su etapa pre invasora y curable.³⁴

En Nicaragua las coberturas de citología cervical ha venido en descenso, para el año de 1999 fue de 11% y en el año 2008 fue de 9.2%. Se han notificado las tasas muerte por cáncer cérvicouterino según SILAIS, encontrándose dentro de las regiones más afectadas Chontales con una tasa de 27 por 100,000 mujeres entre 20 y 64 años, Estelí con una tasa de 23.2, Managua con una tasa de 21, Masaya con una tasa 20, Granada con una tasa de 19.6, Rio San Juan con una tasa de 19.6, Jinotega con una tasa de 19 y León con una tasa 18.8, con una tasa de mortalidad en el país de 17.8 para el año 2007.³⁴

En el SILAIS Managua se reportó 69 casos de defunciones por cáncer cérvicouterino y se encontró una cobertura baja de un 10%. Así mismo en Managua se reportó 288 casos de Cáncer cérvicouterino, al investigar la cobertura de Papanicolau se encontró que es de 8.9% para el año 2008.³⁴

Al investigar el número de casos y de muerte por cáncer cérvico-uterino por unidades de salud urbana en Managua encontramos para el centro de salud de salud “Villa Libertad” 19 casos, con una tasa de muerte de 48 por 100,000 habitantes, Francisco Buitrago 8 casos y con una tasa de mortalidad de 19.1, Altagracia con un numero de 7 casos y una tasa de mortalidad de 31.7, Edgard Lang con un numero de 4 casos con una tasa de mortalidad de 11.5, Pedro Altamirano con 4 casos y una tasa de mortalidad de 7.9 para el año 2007.¹⁶

De los datos recopilados hasta el momento por MINSA central, se contabiliza un total de muertes por cáncer cérvico uterino en el periodo 2008-2013 de 1552 casos, siendo el año 2011 en el cual se registraron mayor número de muertes (284); para el año 2013 se contabilizó un total de 270 muertes por esta causa. Encabeza la lista de muertes por departamento Managua, seguido siempre por Chinandega y Matagalpa.⁴⁶

El Papanicolaou

George Papanicolaou nacido en kiwi, en la isla Eubea de Grecia, fue el pionero en citología y en la detección temprana del cáncer. Fue el inventor de la prueba de papanicolau que se utiliza en todo el mundo, es un examen sencillo, barato e inocuo.

La sensibilidad de la citología cervico-vaginal convencional con la técnica de Papanicolaou varía entre un 30% y un 87% y la especificidad varía entre un 86% y un 100%, gran parte del éxito o fracaso de la citología es atribuible a la técnica.

La mayor causa de falsos negativos citológicos (50-75%) se atribuye a la mala realización de la toma de la muestra en la zona de transformación y los errores de interpretación (30%)^{13,38}

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE PAP.^{38,13}

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 años que no tengan citología reciente
- Menores de 21 años con historia clínica de riesgo
- Toda mujer embarazada.

RECOMENDACIONES A LA USUARIA.^{13,38}

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

FRECUENCIA DE LA PRUEBA.³⁸

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

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

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

TOMA DE LA MUESTRA.^{13,38}

Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio Previa evacuación de la vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.

Inspeccionar genitales externos, colocar especulo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del especulo para que el operador pueda mantener las manos libres. Ajusté fuente de luz para ver claramente el cérvix.

Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocérvix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad.

La muestra del exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina se debe extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente porque tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.

Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce en el canal y rotarlo 360° extenderla 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 20-30cm para evitar el barrido de las células.

Una vez concluida la toma con suavidad retire el especulo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.

Después de que se seque la lámina (tarda aproximadamente 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.

Se recomienda no realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.

Usar espejulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del espejulo acorde a las características de la usuaria.

Limpiar el exceso de flujo con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución Salina, suave y sin presionar, ni tocar el área del orificio endocervical.

Si al momento de tomar la citología se observa una lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrado intermenstruales (metrorragias), post-coito o postmenopáusico, es preciso remitir a la usuaria al ginecólogo.

La citología en medio líquido no detecta más cánceres o pre-cánceres que la citología convencional, aunque presenta algunas ventajas. Estas incluyen una menor probabilidad de tener que repetir la prueba de Papanicolaou, y la capacidad para usar la misma muestra para pruebas de VPH. Sin embargo, una desventaja de la prueba en medio líquido consiste en que tiene más probabilidades de detectar cambios celulares que no son de origen precanceroso pero que necesitarán ser examinados más a fondo, lo que lleva a pruebas innecesarias. Este método es también más costoso que la citología convencional.

Aunque la prueba de Papanicolaou ha tenido más éxito que ninguna otra prueba de detección en la prevención del cáncer, no es perfecta. Una de las limitaciones de la prueba de Papanicolaou consiste en que los resultados necesitan ser examinados por seres humanos, por lo que no siempre es posible un análisis preciso de cientos de miles de células en cada muestra. Ingenieros, científicos y médicos están trabajando en conjunto para mejorar esta prueba.

Debido a que es posible que se pasen por alto algunas anomalías (aunque las muestras sean observadas en los mejores laboratorios), es recomendable hacerse esta prueba con la frecuencia recomendada por las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, y no con menos frecuencia. Lamentablemente, muchas de las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino no se están realizando las pruebas o se las están realizando con una frecuencia incorrecta.

Un examen pélvico no es lo mismo que una prueba de Papanicolaou; pero muchas personas confunden los exámenes pélvicos con las pruebas de Papanicolaou. El examen pélvico es parte del cuidado de salud rutinario de la mujer. Durante un examen pélvico, el doctor examina los órganos reproductores, incluyendo el útero y los ovarios, y puede que haga pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual. Las pruebas de Papanicolaou se hacen a menudo durante los exámenes pélvicos, aunque puede que se le haga un examen pélvico sin incluir una prueba de Papanicolaou. Un examen pélvico sin una prueba de Papanicolaou no ayudará a detectar las células anormales del cuello uterino ni el cáncer de cuello uterino en etapa inicial.

El sistema de clasificación de neoplasia intraepitelial cérvicouterina se comenzó a desarrollar a partir de 1968, con el objetivo de clasificar la evolución natural de las displasias observadas hasta el momento.

Actualmente existen diversos métodos de clasificación de resultados encontrados en la citología cervical. Esta clasificación se puede realizar de acuerdo a la clasificación citológica y a la clasificación histológica de los hallazgos mismos; idealmente se debería utilizar para el informe la clasificación de los hallazgos histológicos, sin embargo aun se utiliza la en diversos países la clasificación citológica.

En Nicaragua, actualmente se utiliza la clasificación de acuerdo al sistema de Bethesda III (basada en la observación citológica), la cual permite al médico tratante información descriptiva y orientada hacia el manejo adecuado de la paciente. De acuerdo al resultado de la citología cervical, se lleva a cabo las conductas posteriores.

El sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés). Desarrollado en la década de 1990 en el United States National Cancer Institute (Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos), basado en la observación citológica. Actualmente, la clasificación recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) para los informes citológicos

Existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías:

Clasificación citológica Papanicolaou.	Sistema de Bethesda.
Clase I	Normal (negativo de lesión intraepitelial y de células malignas).
Clase II	ASC-US (Células escamosas atípicas de significado indeterminado) ASC-H (Células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado)
Clase III	LSIL (Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado). HSIL (lesión intraepitelial escamosa de alto grado)
Clase IV	HSIL (lesión intraepitelial escamosa de alto grado)
Clase V	Carcinoma Invasor

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Área de estudio: Se llevó a cabo la recolección de datos en el Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños y sus puestos de salud (9 en total) localizados en la región norte del departamento de Masaya.

Tipo de estudio: Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio: El universo total de mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños es de 28275 mujeres.

El universo del estudio estuvo constituido por todas las mujeres en edad reproductiva que acudieron a buscar atención médica en el Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños o a sus puestos de salud.

Muestra: El cálculo de la muestra se realizó mediante esta fórmula $n = \frac{Z^2 \times P(1-P)}{d^2}$

Donde:

- $Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 90%)
- p = proporción esperada (en este caso 14% = 0.14)
- $q = 1 - p$ (en este caso 1-0.14 = 0.86)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

Total de la población (N)	28,275
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	90%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	14%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	130

Aplicando dicha ecuación se obtiene una muestra total de 130 mujeres.

Tipo de muestra: Muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Unidad de análisis: Mujeres que acudieron a los puestos de salud y al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños en el sector norte del municipio de Masaya.

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres mayores de 15 años de edad.
- Mujer que inició vida sexual y deseara participar en el estudio.
- Que acudió al centro de salud o sus puestos durante el período de estudio.
- Que vivían o residían dentro de las áreas cubiertas por la atención que brinda el centro de salud al momento de la realización del estudio.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó a las mujeres que no cumplieron los criterios de inclusión.
- Se excluyó a todas las mujeres del personal de salud que se encontraban como usuarias en el centro o puesto de salud.

Técnica e instrumento de recolección de la información: Se diseñó una encuesta para la evaluación del conocimiento, actitudes prácticas de las usuarias en relación con la prueba de Papanicolaou.

Fuente de información: Primaria, obtenida en forma directa de las usuarias

Validación del instrumento: Se aplicó una encuesta piloto a un grupo de mujeres entre 15 y 49 años que acudieron a consulta.

El instrumento

Se construyó un instrumento o cuestionario tipo encuesta CAP (conocimientos actitudes y prácticas).

El instrumento abordó los siguientes aspectos: 1) Datos generales; 2) Conocimientos sobre PAP; 3) Actitudes sobre PAP; y 3) Prácticas relevantes.

Para la construcción de la sección de conocimientos y sus ítems respectivos se realizó una revisión de los protocolos y normas del Ministerio de Salud sobre PAP, que sirvieron de base para la construcción de un índice de conocimiento.

En primer lugar para determinar los conocimientos se utilizó una sección pre-elaborada con preguntas cerradas y de selección única, que fue validada en una muestra limitada de sujetos con características similares a los sujetos que participarían en la investigación. Al cuestionario se le realizó un análisis de confiabilidad utilizando el Índice de Discriminación de Cronbach. Los criterios empleados para la discriminación fueron: aquellos ítems con un índice de Cronbach cuyo valor fue igual o superior a 0.30 permanecieron en el instrumento, los ítems con un índice de Cronbach menor de 0.30 fueron eliminados del cuestionario.

Finalmente se obtuvo un instrumento de medición de conocimientos conformado por un número limitado de preguntas y un nivel de confiabilidad mínimo del 80%.

Posterior al análisis de confiabilidad se realizó un análisis de validez estadística, esto con el objetivo de determinar cuáles eran las dimensiones o componentes que el instrumento mide en relación con el conocimiento a ser evaluado. Dicho procedimiento se realizó utilizando el Software SPSS 20.0. Al cuestionario también se le aplicó un Análisis de Ítems para determinar el nivel de dificultad del cuestionario y discriminación.

Para la construcción de la sección de actitudes se utilizó la metodología de construcción de escala Likert, en base a la revisión de la literatura, y opinión de expertos, identificándose una serie de dimensiones o ejes que representan áreas ante las cuales un individuo tiene una reacción o tendencia. Cada área o eje fue evaluado a través de una serie de afirmaciones o declaraciones llamadas ítems.

Esta sección fue validada utilizando entrevistas con miembros del grupo meta. La pre-prueba fue utilizada para recoger información sobre los puntos siguientes: facilidad o dificultad de la declaración, comprensión, confianza en la respuesta, nivel de malestar y las respuestas socialmente apropiadas.

Al mismo tiempo, las escalas múltiples fueron evaluadas para comprobar su dimensionalidad y confiabilidad. Los datos piloto fueron analizados utilizando el análisis factorial exploratorio y el análisis de ítem. El análisis factorial fue utilizado para comprobar la dimensionalidad de las escalas, y el análisis de ítem para evaluar la confiabilidad de las escalas.

Se llevó a cabo análisis de confiabilidad para todas las dimensiones identificadas y los ítems que disminuyeron la confiabilidad de las escalas fueron eliminados.

El cuestionario fue revisado en base a los hallazgos de la prueba preliminar y las acciones de análisis de escalas descritas anteriormente.

Los elementos a evaluarse en la sección de las prácticas fueron definidos después de una revisión de los comportamientos promovidos en los protocolos y normas del Ministerio de Salud sobre planificación familiar y en especial sobre anticonceptivos hormonales orales e inyectables

Variables:

I. Datos generales:

- Edad de la paciente
- Escolaridad
- Estado Civil
- Ocupación
- Procedencia
- Religión

Antecedentes Gineco – obstétricos

- Número de partos
- Inicio de la vida sexual
- Número de compañeros sexuales
- Método Anticonceptivo utilizado
- Fecha del último PAP

II. Nivel de conocimiento

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

III. Actitudes sobre la prueba de Papanicolaou

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

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

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

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA / VALOR
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que identifican a una población que puede ser sometida a estudio.	EDAD	15-19 años
			20-35 años
			36 -50 años
			51-60 años
			61 o más años
		ESTADO CIVIL	Soltera
			Casada
			Unión libre
		ESCOLARIDAD	Ninguno
			Primaria
			Secundaria
			Técnica
			Universitaria
		PROCEDENCIA	Otro
			Urbana
		RELIGIÓN	Rural
			Católica
			Evangélica
		NÚMERO DE PARTOS	Testigo de Jehová
			Ninguno
			1 a 3
			4 a 6
		INICIO DE VIDA SEXUAL	7 o mas
			Menor de 15 años
			15 a 19 años
		NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	20 años o mas
			Uno
			2 ó 3
METODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZADO ENE EL MOMENTO DE ESTUDIO	4 o más		
	Ninguno		
	Preservativos		
	Anticonceptivos orales		
	Inyectables		
FECHA DEL ÚLTIMO PAP	DIU		
	Esterilización quirúrgica.		
	Menos de 1 año		
	1ª 2años.		
	3 a 5 años		
			Más de 5 años

Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA / VALOR
CONOCIMIENTO SOBRE PAP	Responden correctamente sobre los requisitos o recomendaciones que se deben tomar en cuenta para realizar el examen de papanicolau	1. ¿En qué consiste el examen de Papanicolaou?	CORRECTO / INCORRECTO
		Examen de sangre	
		Examen del cuello del útero	
		Examen de orina	
		Es un examen radiológico	
		No sé	
		2. La prueba de Papanicolaou se toma en:	CORRECTO / INCORRECTO
		Cuello de útero	
		Vagina	
		Ovarios	
		Abdomen	
		No sé	
		3. ¿PARA QUÉ CREE UD. QUE SIRVE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?	CORRECTO / INCORRECTO
		Detectar el cáncer de cuello uterino	
		Detectar cáncer de ovario	
		Detectar infección urinaria	
		Detectar infecciones vaginales	
		Detectar VIH/SIDA	
		Detectar embarazo	
		No sé	
		4. Con que Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou?:	CORRECTO / INCORRECTO
		Mensual	
		Cada seis meses	
		Cada año	
Entre dos y tres años			
Sólo cuando una mujer se siente enferma			
No sé			
5. Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou?	CORRECTO / INCORRECTO		
Todas las mujeres que se sienten enfermas			
Hombres y mujeres en edad reproductiva			
Mujeres que han iniciado relaciones sexuales			
Solo las mujeres que ya han tenido hijos			
No sé			
6. ¿CUÁNDO DEBERÍAS REALIZARTE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?	CORRECTO / INCORRECTO		
Cuando tengo molestias en mi vagina			

Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou

		Quando haya iniciado las relaciones sexuales.	
		Quando siento que se salen mis partes (se me baja la vejiga)	
		Quando tengo dolor de cabeza	
		No sé	
		7. Qué requisitos o recomendaciones debes tomar en cuenta para realizarte el examen Se puede realizar la prueba de PAP cuando se anda con la regla (menstruación) Se deben realizar duchas vaginales antes de realizarse la prueba Esperar tres días después de la última relación sexual para acudir a realizarse el PAP	
		¿El PAP es un examen dañino para la salud de la mujer? Si No	
Razones por la que le parece dañino Me pueden herir No cambian los materiales Me lastiman si ando alguna lesión			

Fuente de información	Medio por el cual ha escuchado sobre el tema	Ha recibido información sobre PAP	Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital público
			Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital privado
			Consejería por un trabajador de la salud (médico o enfermera)
			Visita de brigadistas o delegados de salud en la casa
			Folletos, revistas o boletines del MINSA
			Folletos, revistas o boletines de una ONG
			Pláticas con amigos o familiares
			Charlas en el centro de salud
			Charlas en una ONGs
			Información en el periódico
			Información en la TV
			Información en la radio
Información en Internet			

Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou

ACTITUDES DE RIESGO	Creencia u opinión sobre un aspecto o situación que genera una reacción, medible a través de reactivos y una escala Likert de medición cuya sumatoria global representa una tendencia favorable o desfavorable, siguiendo las guías y recomendaciones de la OMS para evaluación de actitudes.	¿Cree Ud. que el examen del PAP es doloroso?	ACTITUDES FAVORABLES ANTE EL PAP ACTITUDES DESFAVORABLES ANTE EL PAP
		¿Cree Ud. que el examen del PAP es muy caro (cuesta bastante dinero)?	
		¿Recomendarías el examen de PAP a una amiga?	
		¿Considera Ud. que solo las trabajadoras sexuales se deben realizar el examen del PAP?	
		¿Cree Ud. que es importante la realización del examen de PAP?	
		¿Cree Ud. que el examen de PAP solo debe ser realizado por un profesional de sexo femenino?	
		¿Si el profesional de salud le brindara suficiente confianza accedería a realizarse el PAP?	
		¿Considera Ud. que la opinión de su pareja interfiere en su decisión para que Ud. no se realice el PAP?	
		¿Cree Ud. que la realización del examen del PAP va en contra de sus principios religiosos?	
		¿Le gustaría recibir más información	

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA / VALOR
PRÁCTICAS CON RESPECTO A PAP	Acciones que adopta la entrevistada con respecto a una conducta determinada (toma de PAP).	Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou	SI
			NO
		Cuándo fue la última vez que se la practicó	Este año
			Hace más de un año (pero menos de tres años)
			Hace más de tres años
		Con qué frecuencia se la ha practicado:	Cada 6 meses
			Cada años
			Cada 3 años
		Por qué se practicó la prueba del Papanicolaou	Por sugerencia de un familiar o amigo
			Por sugerencia de un brigadista de salud
			Por sugerencia de una enfermera o enfermero
			Por indicación del médico general
			Por indicación del especialista en Gineco-Obstetricia
			Por iniciativa propia
		Reclamó los resultados	Si
			No
Solicitó explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud	Si		
	No		

PLAN DE ANÁLISIS

Para la medición del Conocimientos:

Se contabilizo el número de respuestas acertadas, otorgando 1 punto la respuesta correcta y 0 a la incorrecta.

Hoja de respuesta

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opción de Respuesta	b)	a)	a)	b)	c)	b)	a)	Más de dos respuestas correctas a) F b)F c)V	b)

Escala de conocimiento:

Bueno (7 a 9 puntos)

Regular (4 a 6 puntos)

Malo (0 a 3 puntos)

Escala sumatoria de actitudes:

Utilizando la escala de Likert para medir escala sumatoria y porcentual)

Se realizó listado de preguntas, formuladas de manera positiva y negativa, en la cual se asignó un punto a cada respuesta correcta. De esta manera, se valoró como

Actitudes Positivas: De 6 a más respuesta correctas.

Actitudes Negativas: De 5 o menos respuestas correctas.

Preguntas formuladas:	Opción de Respuesta Correcta:
-De manera positiva	3, 5, 7, 8, 9
-De manera negativa	1, 2, 4, 6, 10

Escala de clasificación de las prácticas:

Para la medición de las prácticas se realizó un cuestionario de preguntas de selección múltiple, a la cual se le asignó más un (+1) punto a cada respuesta correcta (Considerándose una práctica de bajo riesgo). Por cada respuesta incorrecta se consideró la misma como una práctica de alto riesgo, a la cual se le asignó menos un (-1) punto.

Prácticas de riesgo.	Respuesta.					
	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6
Alto	a)	c)	c) , d)	a), b), e) d), g)	a)	a)
Bajo.	b)	a), b)	a), b)	c), f)	b)	b)

Prácticas de Bajo Riesgo: De 6 a más respuestas correctas seleccionadas.

Prácticas de Alto Riesgo: De 6 a más respuestas incorrectas seleccionadas.

Procesamiento de datos:

La información obtenida se procesó mediante el programa estadístico de EPI INFO, posteriormente representada en tablas y gráficos.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables **cuantitativas** y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: (a) El análisis de frecuencia y (b) estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización a las autoridades del Centro de Salud para la revisión de registros y estadísticas, así como autorización para las entrevistas a las pacientes seleccionadas.

Se pidió el llenado de un consentimiento informado de cada uno de las encuestadas, garantizándole que se da fé de que la información que se obtuvo es confidencia y con fines científicos – académicos.

VIII. RESULTADOS

En relación a características socio- demográficas:

Con relación a la distribución por edad, se observa un predominio de los grupos jóvenes (menores de 30 años), con predominio del grupo de edad entre 20 y 24 años (24%) y de 25 a 29 años (20%), seguidos por menor de 20 años (13%). (Ver cuadro 1)

El 90% de las participantes procedían del área urbana, las gran mayoría tenía pareja estable, estaban casadas (23%) o en unión de hecho estable (31%) (Ver cuadro 1).

La gran mayoría de mujeres encuestadas tenían escolaridad secundaria (56%) y primaria (17%) (Ver cuadro 1).

Las participantes presentaban una gran variedad de ocupaciones: ama de casa (28%), estudiantes (29%), profesionales (13%) y comerciantes (25%) (Ver cuadro 1)

Con respecto al comportamiento sexual y reproductivo de las encuestadas, se observó lo siguiente:

El 42% de las encuestadas inició vida sexual entre los 15 y 19 años y hasta un 33% inició antes de los 15 años. (Ver cuadro 2); más del 60% de las encuestadas tuvo cuatro o más parejas sexuales, y tan solo 39.2% tuvo tres parejas sexuales o menos hasta la fecha (Ver cuadro 2);

Más del 50% tenía al momento de la encuesta dos hijos o menos, pero solo el 12% reportó no tener hijos. (Ver cuadro 2); El método anticonceptivo que reportó más frecuentemente entre las encuestadas fue píldoras (24%) e inyectables (15%), sin embargo un 19.2% no usaba ningún método de planificación la momento del estudio. (Ver cuadro 2)

En cuanto a los resultados de la evaluación del conocimiento sobre PAP se observó lo siguiente:

Casi el 40% de las encuestadas no contestó de forma correcta en qué consistía el examen del PAP. (Ver cuadro 3); Y solo cerca de la mitad dijo de forma correcta el lugar de toma de la muestra (cuello de útero) (Ver cuadro 3); Por otro lado solo un 34% de las encuestadas refirió que el PAP sirve para detectar el cáncer de cuello de útero. (Ver cuadro 3);

Del total de entrevistadas, solo el 20% refirió que el PAP debe realizarse cada año o bien entre dos y tres años (15.5%) (Ver cuadro 3). De forma adicional cuando se le preguntó a la encuestada quienes deben realizarse el PAP solo el 34% contestó que deben ser las mujeres que iniciaron vida sexual. (Ver cuadro 3)

Al estimar la proporción de mujeres que consideran el PAP dañino, se encontró que muy pocas mujeres considerad que el PAP es dañino (5% de las encuestadas) y la razones por la que consideraban el PAP dañino era porque la podían herir durante el procedimiento (42%) (Ver cuadro 4);

En referencia a los requisitos necesarios para la toma de PAP, se mostro una tendencia mayor del 55% (pero no mayor del 70%) en cuanto a respuestas correctas seleccionadas por las encuestadas. (Ver cuadro 5);

Al investigar la fuente de donde recibió información sobre el PAP la mujer entrevistada se observó que el 93% refiere haber recibido información y que la principal fuente fueron las siguientes (Ver cuadro 6):

Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital público 58.0%; Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital privado 28.6%; Consejería por un trabajador de la salud (médico o enfermera) 59.8%; Visita de brigadistas o delegados de salud en la casa 72.3%; Folletos, revistas o boletines del MINSA 29.5%; Folletos, revistas o boletines de una ONG 18.8%; Pláticas con amigos o familiares 41.1%; Charlas en el centro de salud 45.5%; Charlas en una ONGs 17.0%

Como resultado global, el 47% de la población de estudio tuvo un nivel de conocimiento bajo y un 10.8% un nivel de conocimiento alto con respecto a la toma de Papanicolau.(Véase cuadro 7)

En cuanto a la evaluación global de las actitudes de las entrevistadas:

Con respecto a la toma de papanicolau, 75% de ellas mostraron una actitud favorable (Ver cuadro 8); del total de población en estudio, el 100% consideró importante la toma de Papanicolau y, el 86% afirmó que le gustaría recibir más información sobre el examen del papanicolau.

Al evaluar las prácticas sobre PAP en las mujeres encuestadas se observaron los siguientes resultados (Ver cuadro 9):

El 62% se había realizado alguna vez una prueba de PAP. El 32% se la había realizado este mismo año y el 38% hace más de un año, pero menos de dos, y 29% hace más de tres años. La frecuencia de realización del PAP más frecuentemente reportada fue: cada años con un 55%. La razón de realización del PAP que con más frecuencia se reportó fue por sugerencias de algún personal de salud (que sumados entre médicos, enfermeras o especialistas) sumas más del 50%. Pero solo el 55% refiere solicitar los resultados y solo el 35% pide explicación sobre los mismos al personal de salud.

En cuanto a la tendencia de prácticas de riesgo de las mujeres parte de estudio, se obtuvo que un 42% de mujeres tienen prácticas de bajo riesgo sobre la toma de papanicolau y un 58% prácticas de alto riesgo. (Ver cuadro 10)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En relación a características socio- demográficas:

En el presente estudio se observa un predominio de los grupos jóvenes (menores de 30 años), sobre todo población entre 20 y 24 años (24%) y de 25 a 29 años (20%), lo cual concuerda con el estudio realizado previamente en la unidad de salud por López³⁰. Así mismo, se afirma de acuerdo al último sondeo de ENDESA que el mayor grupo poblacional está constituido por población joven.

El 90% de las participantes procedían del área urbana, la gran mayoría tenía pareja estable, resultado que se puede comparar con los datos obtenidos por Martínez³², López³⁰, y Brenes¹² a nivel nacional y, con Lazcano-Ponce^{3,36} a nivel internacional.

La gran mayoría de mujeres encuestadas tenían escolaridad secundaria 56% , gran variedad de ocupaciones, predominando el grupo que actualmente son administradoras del hogar (28%) y estudiantes (29%), dicho resultado refleja la poca participación de mujeres en actividades independientes del seno familiar y son además contrastantes con los resultados obtenidos por Chow¹² pero similares a los resultados obtenidos por Alonso de Rio³, Barrios⁷ y Castillo¹⁰.

Con respecto al comportamiento sexual y reproductivo de las encuestadas, se observó lo siguiente:

En el presente estudio, el 42% de las encuestadas inició vida sexual entre los 15 y 19 años y hasta un 33% inició antes de los 15 años; más del 60% de las encuestadas tuvo cuatro o más parejas sexuales, más del 50% tenía dos hijos o menos y solo el 12% reportó no tener hijos, lo cual refleja el inicio temprano de vida sexual en la población femenina en edad fértil de nuestro país, con un alto número de parejas sexuales hasta el momento del estudio teniendo en cuenta el rango etáreo predominante; estos resultados son comparables a los resultados encontrados por Chow¹³ y Guillermo-Julca²²

Se encontró además, que más de la mitad de población objeto de estudio utiliza un método de planificación familiar, lo cual asemeja el resultado obtenido por López³⁰ en el mismo departamento, Espino¹⁸ a nivel nacional y Grande-Bercian²⁵ en una población colombiana.

Conocimientos respecto a Papanicolau:

En este estudio, se encuentra que solo 10,8% tenía conocimientos altos sobre el PAP, mientras que 89,2% de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios; resultado comparable con el nivel de conocimiento bajo encontrados por Chow¹² y López y López³⁰, en un estudio previo de la misma población.

A la pregunta sobre el propósito del Pap, un alarmante 53,3% de mujeres respondió incorrectamente, cifra que se asemeja a los resultados obtenidos por Guillermo-Julca²² a nivel internacional y Chow¹² en la población de Bluefields y que contrastan con los encontrados por Brenes⁸ en la ciudad de Diriá durante el mismo año.

Actitudes respecto a Papanicolau:

Se determina una clara actitud favorable frente a la toma del Pap con un 75.4% de la población estudiada; de esta misma, casi un 95% considera que no es algo dañino para la salud, comparable con los resultados obtenidos por Guillermo-Julca²² en Perú y a nivel nacional por Brenes⁸ y Chow¹².

Un 64% de mujeres toma de decisión de realizarse el papanicolau sin recibir influencia negativa por parte de su pareja y 73% tampoco percibió influencia a la no realización de papanicolau por su religión, dato que se puede comparar con los resultados de Brenes², Guillermo-Julca²² y González²⁵. Esto demuestra la autonomía de cada paciente al momento de decidir realizarse la citología cervical.

Sin embargo, del total de encuestadas más de la mitad refirió que el Papanicolau es un examen doloroso y un 73% afirmó considerarlo un examen caro; dado que el papanicolau se oferta de manera gratuita en las unidades de salud, impresiona el hecho que las pacientes en estudio refieran el mismo como procedimiento de alto costo y aun más, que lo consideren una experiencia dolorosa, puesto que ello tiene influencia en la decisión futura de realizarse o no el papanicolau, como lo demuestra Grande-Bercian²⁵ y Guillermo-Julca²²

Prácticas con respecto a Papanicolau:

En una clara tendencia general, se encontró que el 58% de la población total tiene prácticas de alto riesgo con respecto a la toma de papanicolau. El 51.8% se había realizado Pap cada año, comparable al resultado encontrado por Guillermo²², Martínez³² y López³⁰.

Además, 37% de la población nunca se había realizado el Pap. Se demuestra así nuestra aún baja cobertura de la prueba, en comparación a países desarrollados. Se halló asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción con los conocimientos y las actitudes; así, a mayor grado de instrucción hay mayor probabilidad de tener un mayor nivel de conocimientos y una actitud favorable; estos resultados son compatibles con los encontrados por Lazcano-Ponce^{3,36} en una población en México

Se halló que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad y prácticas; pero, al tener menor edad (<30 años) es mayor la probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y práctica correcta del Pap.

Se halló, además, que no existe relación estadísticamente significativa entre la actitud y la práctica. En México, Lazcano-Ponce^{3,36} y Herrero²⁶ encontraron que el conocimiento sobre la utilidad del Pap incrementa en 29 y 6 veces más la probabilidad de utilización de la prueba, respectivamente.

En contraste, y de la misma forma que múltiples autores a nivel nacional e internacional, el resultado de esta investigación demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta. Mayoritariamente, en todos los estudios se ha demostrado que existe una influencia personal y comunitaria en cuanto a las creencias de la población femenina con respecto a mitos y tabúes que aun alberga la toma de papanicolau.

A pesar de que en este estudio no se investigó por qué no se realizan las mujeres el PAP de forma periódica otros estudios publicados en Nicaragua refieren que los principales motivos por los cuales las mujeres no se realizaban periódicamente el Pap fueron:

preferencia porque el médico fuera mujer, por falta de tiempo y por miedo a que el resultado no fuera; comparable los hallazgos de Guillermo³⁰, Polo-Peñas³⁹ y Grande²⁵ quien encuentra la ansiedad, inseguridad y temor a la prueba como los principales factores, todos estos asociados a la sensación de pérdida de la intimidad al ser examinadas; el miedo y el pudor fueron las principales barreras psicológicas.

Con estos resultados, se evidencia que, la falta de conocimiento sobre la prueba y el género masculino de los ejecutores de la prueba son importantes barreras a superar por las políticas de prevención en nuestra población.

En el estudio, se documenta que más del 90% de la población había recibido información sobre Papanicolau. En referencia a la fuente de información del PAP, el 72.3% obtuvo información a través de delegados de salud en su propia casa y tan solo un 24% a través de medios de comunicación.

Se demostró así la poca difusión que existe en nuestro entorno (no asociado a salud de manera directa) sobre el Pap, dado que la mayoría de la población de estudio refirió únicamente haber recibido información en las unidades de salud y no a través de medios de difusión o redes sociales.

En conclusión, en cuanto a conocimiento, actitudes y prácticas, más de 50% de las encuestadas mostró niveles bajos. Es importante destacar que, en este estudio, el mayor nivel de conocimiento no estuvo relacionado con la práctica correcta de la prueba del Pap. Entre otros hallazgos, se evidenció que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable. Existe poca difusión sobre la prueba del Papanicolaou por los medios de comunicación. Y las limitantes de muchas mujeres a realizarse la prueba de Papanicolau son principalmente psicológicas.

En el presente estudio los resultados fueron similares a lo reportado por otros autores en otras regiones de Nicaragua.

En el año 2009 López y López en Masaya en un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas concluyeron que el nivel de conocimiento sobre CaCu y PAP era regular, observándose que a mayor paridad y nivel escolaridad incrementaba el nivel de conocimiento. En cuanto a la práctica, entre mayor nivel de conocimiento tenía la población, se incrementaba el porcentaje de prácticas adecuadas. Sin embargo, predominaba la preferencia de realizarse el examen con profesionales femeninos. Además, un alto porcentaje de dicha población tenía una idea errónea respecto a la utilidad del Papanicolaou.

La gran variabilidad de resultados de una población a otra, con respecto a los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas es indicativo de que las estrategias para sensibilizar y educar a las mujeres y a la población en general no hay sido efectivas de manera uniforme en el país, y va a depender del la región, el acceso al sistema de salud, el grado de urbanización y el nivel educativo.

A la luz de estos resultados, es importante reformular las estrategias educativas para atraer a las mujeres a realizarse el Pap. Por lo que, el presente estudio podría tener implicancia en la educación sanitaria y en la política de salud de nuestro país.

IX. CONCLUSIONES

1. 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.
2. Con relación al nivel de conocimiento solo cerca de la mitad de las encuestadas partes tenían conocimiento adecuado sobre que es el PAP, para que sirve y como se realiza y casi dos terceras partes sabía 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.
3. En cuanto a las actitudes la gran mayoría tenía (más de tres cuartas partes tenía una actitud favorable) en cuanto a la realización y la importancia del PAP.
4. En general se observó que casi un 58% de la población encuestada tenía prácticas inadecuadas sobre la realización de la toma de PAP.

De forma general se observó una buena relación entre las actitudes y las prácticas, a pesar que una parte importante de las encuestadas no tenían un conocimiento adecuado sobre el PAP.

X. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud en correlación con el Ministerio de Educación y otras instituciones locales deben unificar esfuerzos para implementar estrategias educativas efectivas que incrementen los conocimientos, mejoren las actitudes y promuevan las prácticas adecuadas sobre la prueba del PAP y la prevención del Cáncer de cuello uterino y la importancia del examen de Papanicolaou a la población.

El MINSA y las autoridades de SILAIS deben fortalecer los procesos de capacitación del personal de salud para mejorar la cobertura del examen de Papanicolaou y así obtener como resultado una disminución en la morbi mortalidad del Cáncer de cuello uterino.

Al SILAIS Masaya

Aplicar la atención primaria en salud, optimizando los recursos destinados a la promoción y prevención de la salud materna, poniendo énfasis en los sistemas de comunicación.

Al municipio

Se recomienda incrementar la cobertura del PAP entre las mujeres, una vez que estas inician su vida sexual y sobre todo si tienen algún factor de riesgo para cáncer cérvico uterino, mediante estrategias de promoción de la salud.

A la comunidad académica y científica

Realizar estudios de investigación periódicos en las unidades de atención primaria y hospitales, para evaluar las incidencias, afrontar esta entidad y replantear nuevas estrategias de control y prevención de lesiones de cérvix.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Almonte, M., Albero, G., Molano, M., Cárcamo, C., García, P. J., & Pérez, G. (2008). *Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine*, 26 Suppl 11, L16-36. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.06.008
2. Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C. Herrero, R. (2010). *[New paradigms and challenges in cervical cancer prevention and control in Latin America]*. *Salud Publica Mex*, 52(6), 544-559.
3. Alonso-deRuiz, P., Lazcano-Ponce, E. C., & Hernández-Ávila, M. (2000). *Cáncer cérvicouterino: Diagnóstico, prevención y control*. *Cáncer cérvicouterino: Diagnóstico, prevención y control*.
4. Andrus, J. K., Lewis, M. J., Goldie, S. J., García, P. J., Winkler, J. L., Ruiz-Matus, C., & de Quadros, C. A. (2008). *Human papillomavirus vaccine policy and delivery in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine*, 26 Suppl 11, L80-87. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.05.040
5. Arzuaga-Salazar, M. A., de Souza, M. d. L., & de Azevedo Lima, V. L. (2012). *El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial*. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(1), 63-73.
6. Balestena Sánchez, J. M., Suárez Blanco, C., Piloto Morejón, M., & Batista Carvajal, R. (2003). *Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(1), 0-0.
7. Barrios-García L, Benedetti- Padron M, Alvis-Estrada L., (2013) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cérvico-uterina por mujeres de una población rural en Pinillos, Colombia*. *Revista Ciencias Biomédicas*. ISSN: 2215-7840, 4(1), enero-junio 2013
8. Brenes, Meyling. Chávez, Vanessa. (2011) *Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años del municipio del Diriá en el II semestre del año 2011*. UNAN-Managua Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
9. Carter, J. R., Ding, Z., & Rose, B. R. (2011). *HPV infection and cervical disease: a review*. *Aust N Z J Obstet Gynecol*, 51(2), 103-108. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01269.
10. Castillo IY, Aguilar KM, Balaguera D, González HL, Mejía AM. (2013) *Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia)*. *Hacia promoc. salud*. 2013; 18(2):123-134
11. Castro-Jiménez, M. Á., Vera-Cala, L. M., & Posso-Valencia, H. J. (2006). *Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte* *Epidemiology of cancer of the uterine cervix: state of the art*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1), 182-189.
12. Chow, Ana Lucia. (2012) *Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del Papanicolaou en hombres y mujeres del barrio Santa Rosa. Bluefields, RAAS, Marzo-Julio 2011*. UNAN Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
13. *Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Guía de prácticas esenciales*. OMS, 2015. World Health Organization (WHO).

14. Corusic, A., Skrgatic, L., Mahovlic, V., Mandic, V., Planinic, P., & Karadza, M. (2010). *Cervical cancer as a public health issue--what next? Coll Antropol*, 34(1), 301-307.
15. de Massachusetts, G., Israel, B., UU, E., Nutrición, S. Z., & do Sul, C. d. R. G. (2013). *La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol*, 14, 391-436.
16. Deivendran, S., Marzook, K. H., & Radhakrishna Pillai, M. (2014). *The role of inflammation in cervical cancer. Adv Exp Med Biol*, 816, 377-399. doi: 10.1007/978-3-0348-0837-8_15
17. Díaz-Amézquita, E., Martínez, L., & Dragustinovis, V. (2006). *Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González*, 7(2), 54-58.
18. Espino, Amelia. González, Hazel. (2012) *Conocimiento, actitud y Prácticas sobre Papanicolaou, en mujeres que acuden a consulta al centro de salud Mannin Rener Reyes, Rivas, 01 de enero al 30 de julio, 2012. UNAN Managua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.*
19. Fajardo-Ortiz, D., Ochoa, H., García, L., & Castaño, V. (2014). *La traducción del conocimiento en cáncer cérvicouterino: ¿una brecha entre la investigación sobre las causas y la investigación sobre la atención al paciente? Translation of knowledge on cervical cancer: is. Cad. Saúde Pública*, 30(2), 415-426.
20. Franco, E. L., Tsu, V., Herrero, R., Lazcano-Ponce, E., Hildesheim, A., Munoz, N., Andrus, J. K. (2008). *Integration of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in Latin America and the Caribbean. Vaccine*, 26 Suppl 11, L88-95. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.05.026
21. García, Carlos. Vázquez, Gerald. (2012) *Razones expresadas por las mujeres para no realizarse la toma de Papanicolaou. Hospital Alemán Nicaragüense. Agosto-septiembre 2012. UNAN-Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas*
22. Guillermo-Jalca A., Solís-Villanueva A. (2014) *Conocimientos, Actitudes Y Prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital "Mama Ashu", distrito de Chacas en el periodo Agosto – Diciembre de 2013. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud - Vol. 01, N0 02, 2014, pp. 485 - 494.*
23. GLOBOCAN. (2012). *Cervical cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. from International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO)* http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
24. González, M., Murillo, R., Osorio, E., Gamboa, Ó., & Ardila, J. (2010). *Prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Cancerología*, 14(1), 22-28.
25. Grande-Bercián C, Hernández-Benavidez F., Iglesias-R C, (2014) *Conocimientos, actitudes, prácticas y su influencia en la toma de citología cérvico-uterina en las mujeres de 20-59 años de edad que consultaron a las unidades comunitarias de salud familiar de Chirilagua en San Miguel, Guatajiagua en Morazán y Boquín, La Unión en el El Salvador, en el periodo de Agosto a Octubre del año 2012. Universidad de El Salvador.*

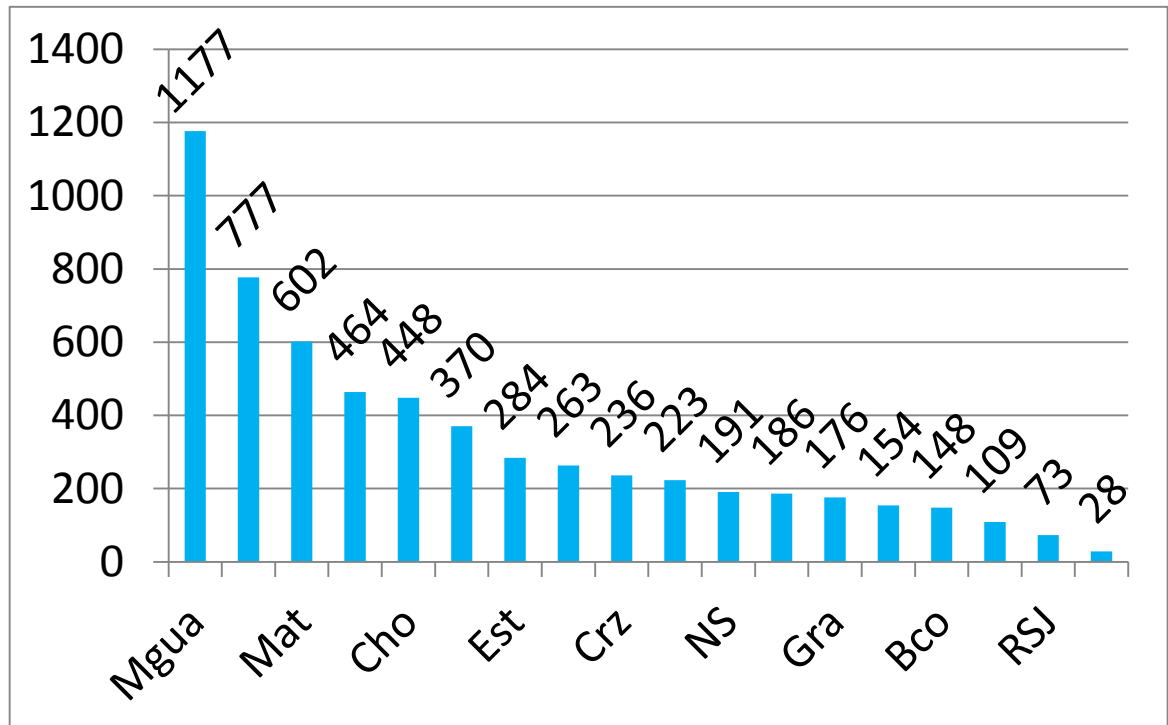
26. Herrero, R., Ferreccio, C., Salmerón, J., Almonte, M., Sánchez, G. I., Lazcano-Ponce, E., & Jerónimo, J. (2008). *New approaches to cervical cancer screening in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine*, 26 Suppl 11, L49-58. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.05.025
27. Ibeanu, O. A. (2011). *Molecular pathogenesis of cervical cancer*. *Cancer Biol Ther*, 11(3), 295-306.
28. Jara, D., Rengifo, E., Seminario, V., Malaspina, M.-F., Yamada, A., & Vitorio, J. (2000). *Detección inmunohistoquímica de papilomavirus humano en neoplasias cervicales*. Paper presented at the Anales de la Facultad de Medicina.
29. Lau Serrano, D., Millán Vega, M. M., Fajardo Tornés, Y., & Sánchez Alarcón, C. (2012). *Lesiones preinvasivas del cuello uterino*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 366-377.
30. López, Nidia. López, Yasser. (2009) *Conocimientos, Actitudes y Prácticas que presenta la población femenina que acude al centro de Salud "Dávila Bolaños" del sector norte del municipio de Masaya sobre la detección y prevención del Cáncer Cérvicouterino por medio de la realización del PAP, durante el mes de octubre del 2009*. UNAN Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
31. Luciani, S., & Andrus, J. K. (2008). *A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean*. *Reprod Health Matters*, 16(32), 59-66. doi: 10.1016/s0968-8080(08)32405-7
32. Martínez-Gaona K., Méndez-Orellana M., Ramón. (2015) *Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Frente Al Papanicolaou En Mujeres De Edad Fértil Que Acuden Al Subcentro De Salud De La Parroquia El Valle-Cuena 2014*. Universidad de Cuenca. Ecuador.
33. Martínez, G. G., & Troconis, J. N. (2014). *[Natural history of the infection for human papillomavirus: an actualization]*. *Invest Clin*, 55(1), 82-91.
34. MINSA Nicaragua. (2012). *Estadísticas de cáncer cérvicouterino en Nicaragua - Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua*.
35. Munoz, N., Franco, E. L., Herrero, R., Andrus, J. K., de Quadros, C., Goldie, S. J., & Bosch, F. X. (2008). *Recommendations for cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine*, 26 Suppl 11, L96-1107. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.05.062
36. Murillo, R., Almonte, M., Pereira, A., Ferrer, E., Gamboa, O. A., Jerónimo, J., & Lazcano-Ponce, E. (2008). *Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine*, 26 Suppl 11, L37-48. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.06.013
37. Nazzal, O., Reiner, M., Abarzúa, A., Liendo, R., & Palma, C. (2003). *Patología preinvasora del cérvix*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(3), 189-196.
38. *Norma técnica de prevención, detección y Atención del cáncer cérvico uterino*. 1era Edición - Managua: Ministerio de salud, 2006. Talleres de artes Graficas.
39. Polo-Peñas E, Torres-Pérez S., Ochoa-Acosta R., Villarreal A.G. (2014) *Factores Personales Relacionados con la Realizacion de Citologia Vaginal sincelejo 2013-2015*. REVISALUD Unisucre 2014; 2(1); 31-34.
40. Picconi, M. A. (2013). *[Human papillomavirus detection in cervical cancer prevention]*. *Medicina (B Aires)*, 73(6), 585-596.

41. Sankaranarayanan, R., & Ferlay, J. (2006). *Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 20(2), 207-225. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2005.10.007
42. Sankaranarayanan, R., Thara, S., Esmay, P. O., & Basu, P. (2008). *Cervical cancer: screening and therapeutic perspectives. Med Princ Pract*, 17(5), 351-364. doi: 10.1159/000141498
43. Sarduy Nápoles, M. (2009). *Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(1), 0-0.
44. Scarinci, I. C., Garcia, F. A., Kobetz, E., Partridge, E. E., Brandt, H. M., Bell, M. C., Castle, P. E. (2010). *Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. Cancer*, 116(11), 2531-2542. doi: 10.1002/cncr.25065
45. Seminario-Pintado M., Chero-Farro D., Colorado-Julca F., Gómez-Palacios S, Lamas-Ramírez Z., Parraguez-Mendoza C., Et all (2011). *Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolau en mujeres del distrito de Chiclayo, Perú – 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA* 4(2) 2011.
46. *Situación de procesos desarrollados por la Red de Servicios de Salud del SILAIS Masaya para el abordaje del cáncer cérvico uterino 2015. Información recopilada hasta septiembre 2015. Fuente SILAIS- Masaya.*
47. Torres-Poveda, K. J., Burguete, A., Bermúdez-Morales, V. H.,g & Madrid-Marina, V. (2008). *[Human papilloma virus infection and cervical cancer: a public health perspective]. Rev Invest Clin*, 60(5), 414-420.
48. Torriente Hernández, S., Valdés Alvarez, O., Villarreal Martínez, A., & Borrego, R. (2011). *Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 23-41.
49. Tota, J. E., Chevarie-Davis, M., Richardson, L. A., Devries, M., & Franco, E. L. (2011). *Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. Prev Med*, 53 Suppl 1, S12-21. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.08.017
50. Vargas, Byron Ernesto. (2012) *Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años, período comprendido entre el primero de Enero del año 2010 al primero de Enero del año 2012 en el servicio de consulta externa del HBCR. Managua, Nic. UNAN Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.*
51. Vicuña, N. C., Hernández, G. A., Alcázar, L. F., Muruchi Garrón, G. W., & Zúñiga, I. P. (2009). *Cáncer cérvicouterino. Paper presented at the Anales de Radiología México.*
52. Zerna, L., & Lezama, S. (2006). *Correlación entre citologías anormales y biopsias por colposcopia en la Consulta Externa del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS. Durante el período del 1 de Julio del 2001 al 31 de agosto del 2003. Revista médica de los Post grados de Medicina UNAH*, 9(1).
53. Zhang, X., Zhang, L., Tian, C., Yang, L., & Wang, Z. (2014). *Genetic variants and risk of cervical cancer: epidemiological evidence, meta-analysis and research review. Bjog*, 121(6), 664-674. doi: 10.1111/1471-0528.12638

XII. ANEXOS

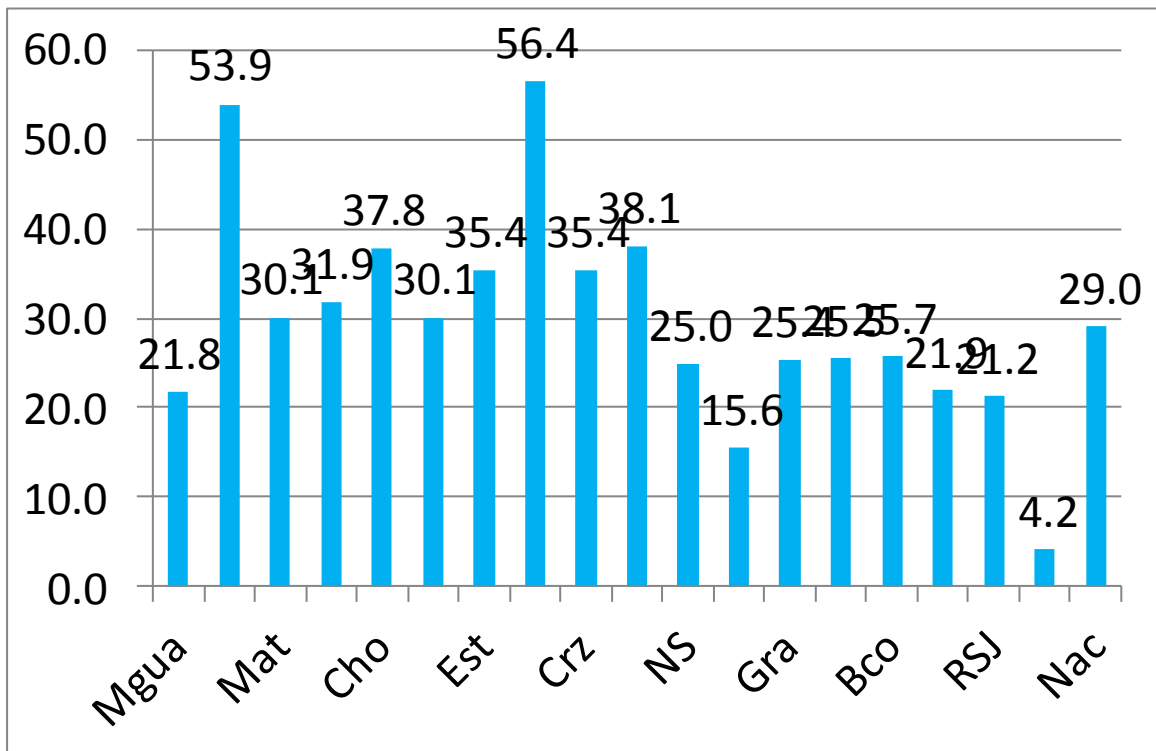
Anexo#1: Cifras oficiales del SILAIS

Tasa de Incidencia de cáncer cérvico uterino por grupos de edad en Nicaragua.
Período: Años 2008 al 2012 (Tasa/10,000 mujeres) FUENTE: SILAIS-Masaya.
2015



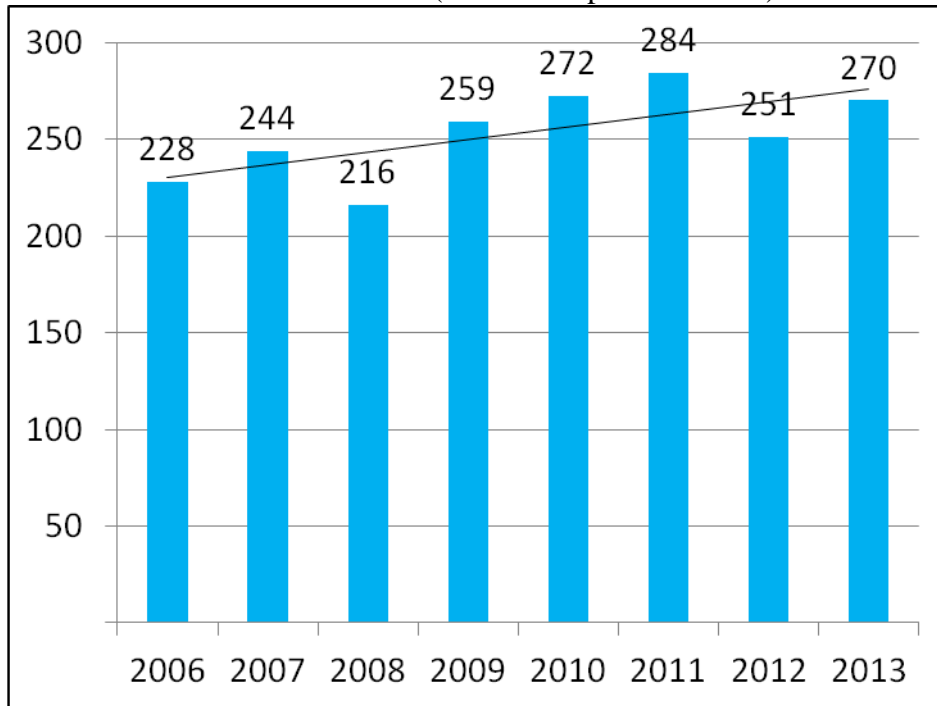
Incidence de cáncer cérvico uterino por SILAIS. Período: Años 2008 al 2012 (n= 5909) FUENTE: SILAIS-Masaya. 2015

Tasa de Incidencia de cáncer cérvico uterino por SILAIS Período: Años 2008 al 2012 (Tasa/10,000 mujeres).



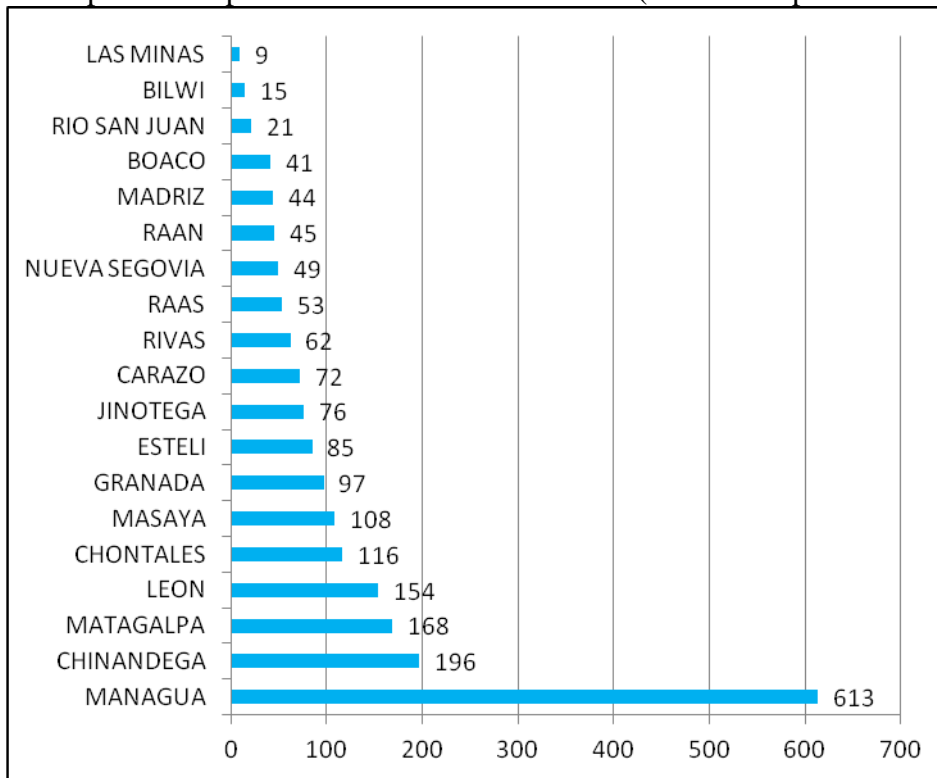
Fuente: SILAIS Masaya 2015.

Muertes por CaCU a nivel nacional
Años: 2006 – 2013 (Total en el período: 2024)



Fuente: SILAIS Masaya 2015

Muertes por CaCU por SILAIS Años: 2006 – 2013 (Total en el período: 2024)



Fuente: SILAIS Masaya 2015.

Anexo #2: Ficha de recolección de información.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Instrumento para la recolección de datos:

Hola, buenos días. El presente documento en sus manos es una entrevista cuyo fin es la elaboración de un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou (también conocido como PAP), que tienen las mujeres que acuden a los centros y Puestos de salud del municipio de Masaya – norte. Solicito su ayuda para el llenado de la misma de manera personal y sincera. No le tomara mucho tiempo, su entrevista será confidencial y anónima, por lo cual no necesita poner su nombre.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente y no deje preguntas sin contestar. Si tiene alguna duda, por favor hágamela saber. De antemano, gracias por su colaboración.

Fecha: _____

Número de encuesta: _____

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS.

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad: _____
2. Escolaridad
- | | | |
|-----------------------------|---------------|----------------|
| 1. No sabe leer ni escribir | 3. Secundaria | 5. Universidad |
| 2. Primaria | 4. Técnico | 6. Otro |
3. Estado Civil
- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Unión estable | 3. Divorciada |
| 2. Casada | 4. Soltera |
4. Procedencia
- | | |
|----------|-----------|
| 1. Rural | 2. Urbana |
|----------|-----------|
5. Religión
- | | | | |
|-------------|---------------|----------------------|----------|
| 1. Católica | 2. Evangélica | 3. Testigo de Jehová | 4. Otros |
|-------------|---------------|----------------------|----------|
4. Edad de inicio de vida sexual : _____
5. Número de compañeros sexuales: _____
6. Número de hijos: _____
7. Método de planificación
- | | | | | |
|------------|-------------|----------------|-----------|---------|
| 1. Ninguno | 2. Píldoras | 3. Inyectables | 4. Condón | 5. Otro |
|------------|-------------|----------------|-----------|---------|

B. CONOCIMIENTOS

1. ¿EN QUE CONSISTE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?

- a) Examen de sangre
- b) Examen del cuello del útero
- c) Examen de orina
- d) Es un examen radiológico
- e) No sé

2. La prueba de Papanicolaou se toma en:

- a) Cuello de útero
- b) Vagina
- c) Ovarios
- d) Abdomen
- e) No sé

3. ¿PARA QUÉ CREE UD. QUE SIRVE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?

- a) Detectar el cáncer de cuello uterino
- b) Detectar cáncer de ovario
- c) Detectar infección urinaria
- d) Detectar infecciones vaginales
- e) Detectar VIH/SIDA
- f) Detectar embarazo
- g) No sé

4. Con que Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou?:

- a) Mensual
- b) Cada seis meses
- c) Cada año
- d) Entre dos y tres años
- e) Sólo cuando una mujer se siente enferma
- f) No sé

5. Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou?

- a) Todas las mujeres que se sienten enfermas
- b) Hombres y mujeres en edad reproductiva
- c) Mujeres que han iniciado relaciones sexuales
- d) Solo las mujeres que ya han tenido hijos

6. ¿CUÁNDO DEBERÍAS REALIZARTE EL EXAMEN DE

- a) Cuando tengo molestias en mi vagina
- b) Cuando haya iniciado las relaciones sexuales. c.
- c) Cuando siento que se salen mis partes (se me baja la vejiga)
- d) Cuando tengo dolor de cabeza
- e) No sé

7. ¿CONSIDERA UD. QUE EL PAP ES UN EXAMEN DAÑINO PARA LA SALUD DE a) No____ b)Si

7.1. ¿Por que

8. QUÉ REQUISITOS O RECOMENDACIONES DEBES TOMAR EN CUENTA PARA

F / V / No Sabe

- a) Se puede realizar la prueba de PAP cuando se anda con la regla (menstruación) _____
- b) Se deben realizar duchas vaginales antes de realizarse la prueba _____
- c) Esperar tres días después de la última relación sexual para acudir a realizarse el PAP _____

9. Ha recibido información acerca de la toma del Papanicolaou? a)No____ b)Si

10. ¿Por qué medio la recibió? (Puede marcar más de una opción)

- | | | | |
|--|-------|-------------------------------|-----|
| Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital público | _____ | Charlas en el centro de salud | ___ |
| Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital privado | _____ | Charlas en una ONGs | |
| Consejería por un trabajador de la salud (médico o enfermera) | _____ | Información en el periódico | ___ |
| Visita de brigadistas o delegados de salud en la casa | _____ | Información en la TV | |
| Folleto, revistas o boletines del MINSA | _____ | Información en la radio | ___ |
| Folleto, revistas o boletines de una ONG | _____ | Información en Internet | ___ |
| Pláticas con amigos o familiares | _____ | Otros | ___ |

Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou

D. ACTITUDES		TD A (1)	DA (2)	I (3)	A (4)	TA (5)
a)	¿Cree Ud. que el examen del PAP es doloroso?					
b)	¿Cree Ud. que el examen del PAP es muy caro (cuesta bastante dinero)?					
c)	¿Recomendarías el examen de PAP a una amiga?					
d)	¿Considera Ud. que solo las trabajadoras sexuales se deben realizar el examen del PAP?					
e)	¿Cree Ud. que es importante la realización del examen de PAP?					
f)	¿Cree Ud. que el examen de PAP solo debe ser realizado por un profesional de sexo femenino?					
g)	¿Si el profesional de salud le brindara suficiente confianza accedería a realizarse el PAP?					
h)	¿Considera Ud. que la opinión de su pareja interfiere en su decisión para que Ud. no se realice el PAP?					
i)	¿Cree Ud. que la realización del examen del PAP va en contra de sus principios religiosos?					
j)	¿Le gustaría recibir más información sobre el examen de PAP?					

TDA: TOTALMENTE EN DESACUERDO

DA: EN DESACUERDO

I: INDIFERENTE

A: DE ACUERDO

TA: TOTALMENTE DE ACUERDO

C. PRÁCTICAS

1. Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou a) No____ b)Si _____
2. Cuando fue la última vez que se la practico
 - a Este año____
 - b Hace más de un año (pero menos de tres años)
 - c Hace más de tres años
3. Con que frecuencia se la ha practicado:
 - a Cada 6 meses
 - b Cada años
 - c Cada 3 años
 - d Ocasionalmente
4. Por qué se practico la prueba del Papanicolaou
 - a Por sugerencia de un familiar o amigo
 - b Por sugerencia de un brigadista de salud
 - c Por sugerencia de una enfermera o enfermero
 - d Por indicación del médico general
 - e Por indicación del especialista en Gineco-Obstetricia
 - f Por iniciativa propia
 - g Otra razón
5. Reclamo los resultados a) No____ b)Si _____
6. Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud a) No____ b) Si____

Anexo #3: Cuadros y gráficos

CUADRO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

		n	%
N		130	100%
EDAD	15-19 AÑOS	17	13.1
	DE 20 -24 AÑOS	26	20.0
	DE 25 - 29 AÑOS	31	23.8
	DE 30 -34 AÑOS	23	17.7
	DE 35 A 39 AÑOS	19	14.6
	DE 40 A 44 AÑOS	8	6.2
	DE 45-49 AÑOS	4	3.1
	DE 50 AÑOS A MÁS	2	1.5
PROCEDENCIA	URBANA	118	90.8
	RURAL	12	9.2
ESTADO CIVIL	CASADA	30	23.1
	UNION ESTABLE	41	31.5
	SOLTERA	51	39.2
	DIVORCIADA	8	6.2
ESCOLARIDAD	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	1	0.8
	PRIMARIA	22	16.9
	SECUNDARIA	73	56.2
	TÉCNICO	11	8.5
	UNIVERSIDAD	23	17.7
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	37	28.5
	ESTUDIANTE	38	29.2
	PROFESIONAL	17	13.1
	COMERCIANTE	32	24.6
	OTROS	6	4.6

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 2: COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

		n	%
N	n	130	100
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	NO HA INICIADO	2	1.5
	ANTES DE LOS 10 AÑOS	23	17.7
	DE 10-14	43	33.1
	DE 15-19	55	42.3
	DE 20 A MÁS	7	5.4
NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	NINGUNO	2	1.5
	DE 1 A 3	49	37.7
	DE 4 A 6	60	46.2
	DE 7 A 9	11	8.5
	DE 10 Ó MÁS	8	6.2
NÚMERO DE HIJOS	NINGUNO	16	12.3
	UNO	32	24.6
	DOS	39	30.0
	TRES	24	18.5
	CUATRO	12	9.2
	MÁS DE CUATRO	7	5.4
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	NINGUNO	25	19.2
	PÍLDORAS	31	23.8
	INYECTABLES	24	18.5
	DIU	19	14.6
	CONDÓN	15	11.5
	RITMO	11	8.5
	OTROS	5	3.8

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 3: CONOCIMIENTO SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

	n	%
N	130	100
1. ¿EN QUE CONSISTE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?		
Examen de sangre	31	25.8
Examen del cuello del útero	70	58.3
Examen de orina	5	4.2
Es un examen radiológico	4	3.3
No sé	20	16.7
2. La prueba de Papanicolaou se toma en:		
Cuello de útero	54	45.0
Vagina	42	35.0
Ovarios	7	5.8
Abdomen	11	9.2
No sé	16	13.3
3. ¿PARA QUÉ CREE UD. QUE SIRVE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?		
Detectar el cáncer de cuello uterino	41	34.2
Detectar cáncer de ovario	12	10.0
Detectar infección urinaria	24	20.0
Detectar infecciones vaginales	19	15.8
Detectar VIH/SIDA	11	9.2
Detectar embarazo	8	6.7
No sé	15	12.5
4. Con que Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou?:		
Mensual	14	11.7
Cada seis meses	31	25.8
Cada año	24	20.0
Entre dos y tres años	21	17.5
Sólo cuando una mujer se siente enferma	25	20.8
No sé	15	12.5
5. Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou?		
Todas las mujeres que se sienten enfermas	33	27.5
Hombres y mujeres en edad reproductiva	25	20.8
Mujeres que han iniciado relaciones sexuales	41	34.2
Solo las mujeres que ya han tenido hijos	26	21.7
No sé	5	4.2
6. ¿CUÁNDO DEBERÍAS REALIZARTE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?		
Cuando tengo molestias en mi vagina	54	45.0
Cuando haya iniciado las relaciones sexuales. c.	49	40.8
Cuando siento que se salen mis partes (se me baja la vejiga)	6	5.0
Cuando tengo dolor de cabeza	5	4.2
No sé	16	13.3

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 4: PROPORCIÓN DE MUJERES QUE CONSIDERAN EL PAP DAÑINO, DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

¿CONSIDERA UD. QUE EL PAP ES UN EXAMEN DAÑINO PARA LA SALUD DE LA MUJER?		
	N	%
SI CONSIDERA	7	5.4
NO CONSIDERA	123	94.6
TOTAL	130	100

RAZONES		
ME PUEDEN HERIR	3	42.9
NO CAMBIAN LOS MATERIALES	2	28.6
ME LASTIMAN SI ANDO ALGUNA LESION	2	28.6
TOTAL	7	100.0

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 5: PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDEN CORRECTAMENTE SOBRE LOS REQUISITOS O RECOMENDACIONES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA REALIZAR EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU, EN MUEJRES ENCUESTADAS QUE FUERON ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

		n	%
N		130	100
Se puede realizar la prueba de PAP cuando se anda con la regla (menstruación)	CORRECTA	71	59.2
	INCORRECTA	59	49.2
Se deben realizar duchas vaginales antes de realizarse la prueba	CORRECTA	68	56.7
	INCORRECTA	62	51.7
Esperar tres días después de la última relación sexual para acudir a realizarse el PAP	CORRECTA	73	60.8
	INCORRECTA	57	47.5

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 6: PROPORCIÓN DE MUJERES DE MUJERES QUE REFIEREN HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU Y FUENTE DE INFORMACIÓN, DE MUJERES ENCUESTADAS QUE FUERON ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

	n	%
	130	100
HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PAP	112	93.3
Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital público	65	58.0
Durante la consulta con el médico en el C/S u Hospital privado	32	28.6
Consejería por un trabajador de la salud (médico o enfermera)	67	59.8
Visita de brigadistas o delegados de salud en la casa	81	72.3
Folletos, revistas o boletines del MINSA	33	29.5
Folletos, revistas o boletines de una ONG	21	18.8
Pláticas con amigos o familiares	46	41.1
Charlas en el centro de salud	51	45.5
Charlas en una ONGs	19	17.0
Información en el periódico	11	9.8
Información en la TV	7	6.3
Información en la radio	9	8.0
Información en Internet	21	18.8
Otros	33	29.5

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 7: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

Nivel de conocimiento	F	%
Alto (Bueno)	14	10.8
Regular	54	41.5
Bajo (Malo)	62	47.7
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 8: TENDENCIA DE LAS ACTITUDES SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

	n	%
ACTITUDES FAVORABLES ANTE EL PAP	98	75.4
ACTITUDES DESFAVORABLES ANTE EL PAP	32	24.6
TOTAL	130	100.0

Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 9: PRÁCTICAS SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

		n	%
N		130	100
Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou	SI	81	62.3.
	NO	49	37.7.
Cuando fue la última vez que se la practico	Este año	26	32.1
	Hace más de un año (pero menos de	31	38.3
	Hace más de tres años	24	29.6
Con que frecuencia se la ha practicado:	Cada 6 meses	14	17.4
	Cada años	42	51.8
	Cada 3 años	25	30.8
Por qué se la practico la prueba del Papanicolaou	Por sugerencia de un familiar o amigo	6	7.4
	Por sugerencia de un brigadista de	12	14.8
	Por sugerencia de una enfermera o	13	16.0
	Por indicación del médico general	28	34.6
	Por indicación del especialista en	17	21.0
	Por iniciativa propia	5	6.2
Reclamo los resultados	SI	45	55.6
	NO	36	44.4
Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud	SI	29	35.8
	NO	52	64.2

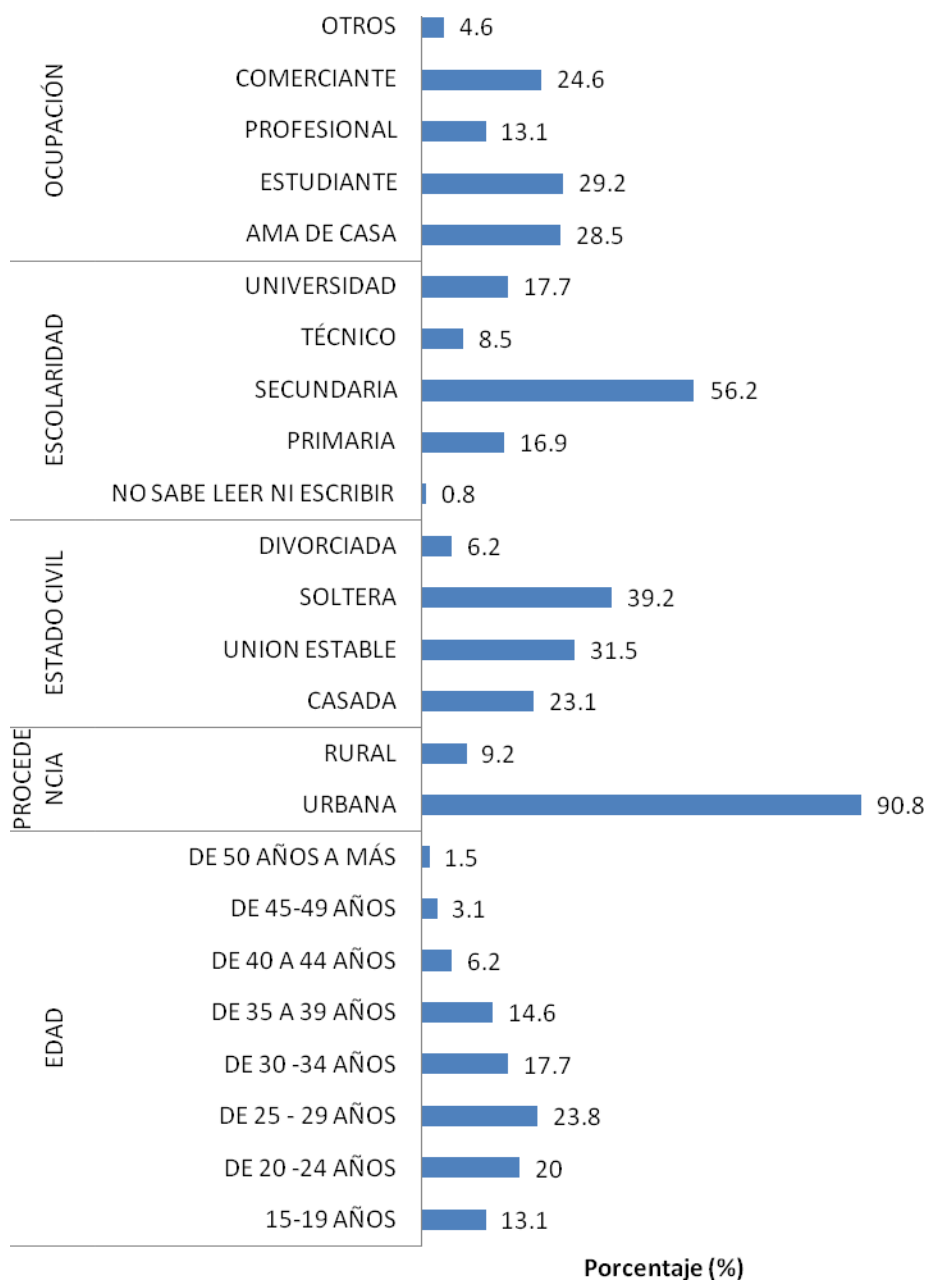
Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

CUADRO 10: TENDENCIA DE PRÁCTICAS SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

TENDENCIA DE PRÁCTICAS SOBRE PAP EN MUJERS DEL C/S A.D.B.		
	No. de mujeres	%
Riesgo alto	75	58%
Riesgo bajo	55	42%
Total.	130	100%

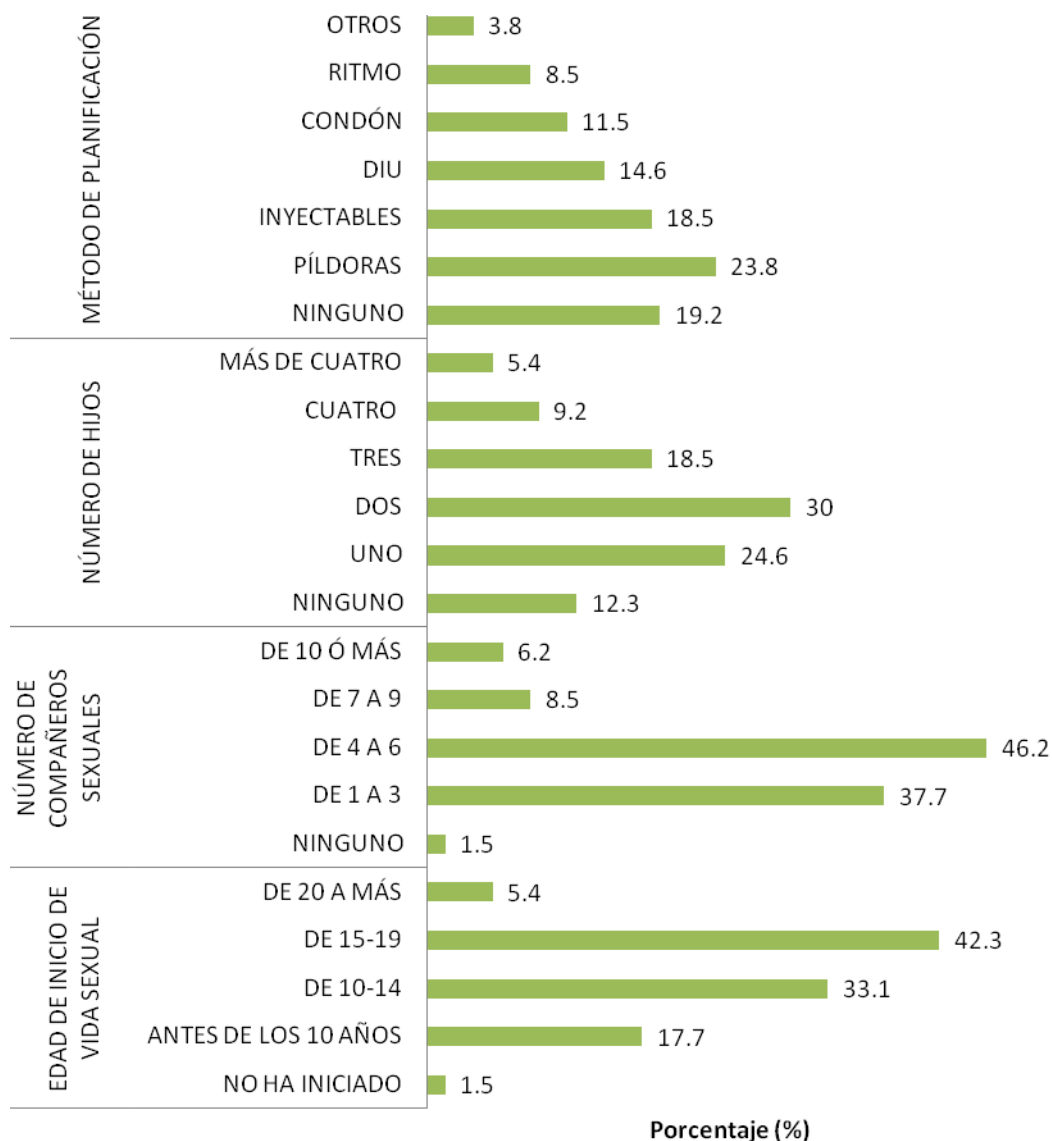
Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAP, 2015.

Gráfico 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



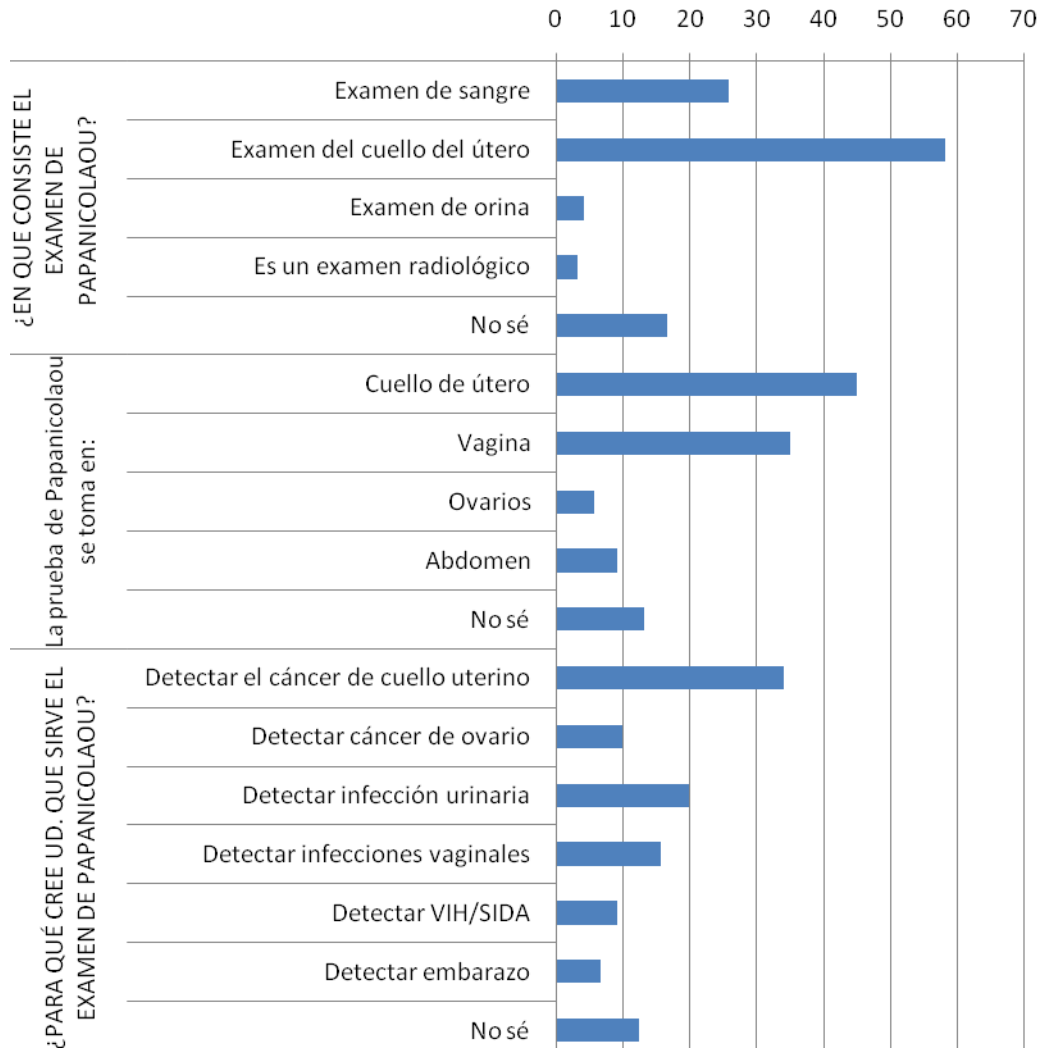
Fuente: cuadro 1

CUADRO 2: COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



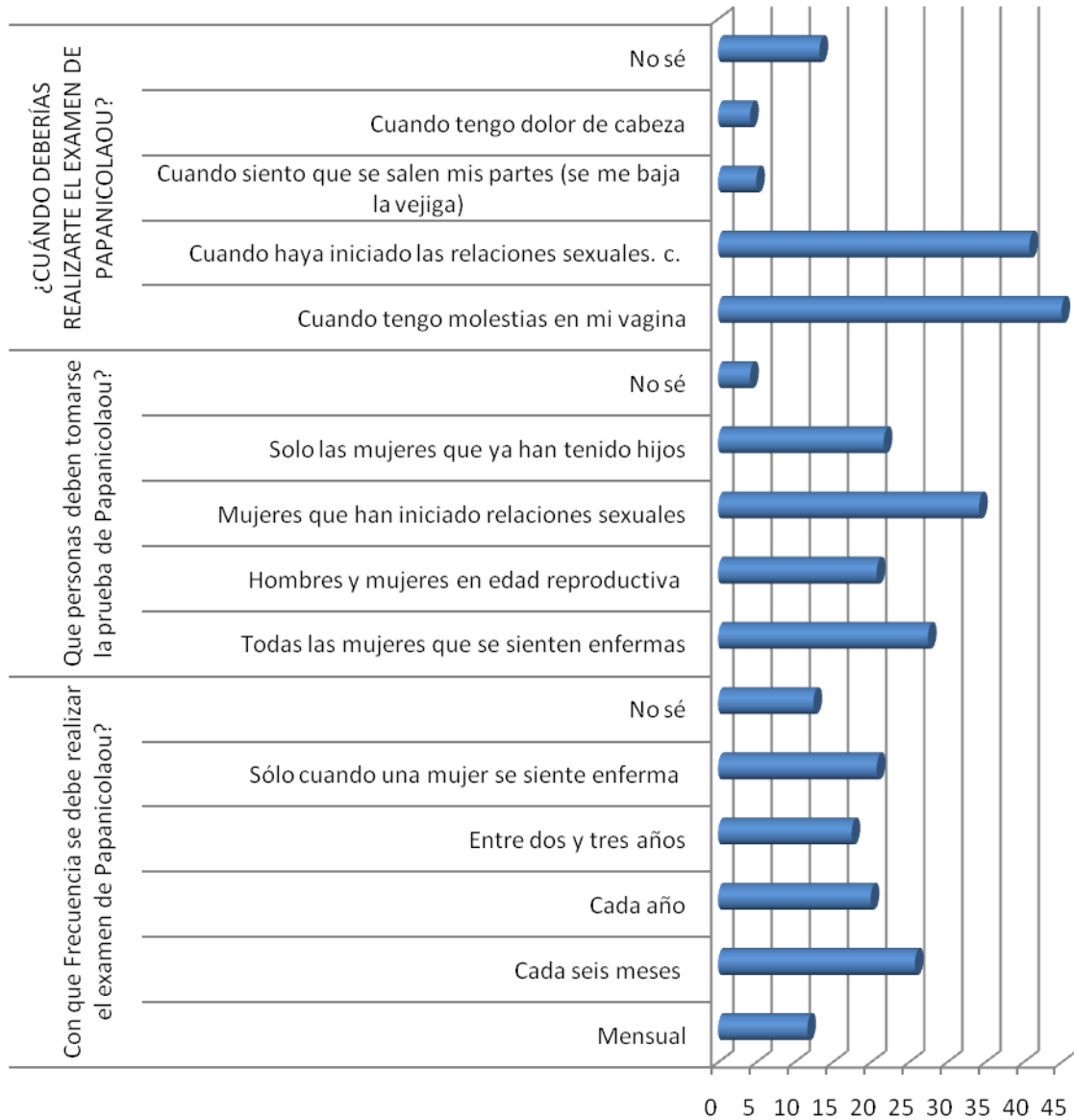
Fuente: Cuadro 2

Gráfico 3a: CONOCIMIENTO SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



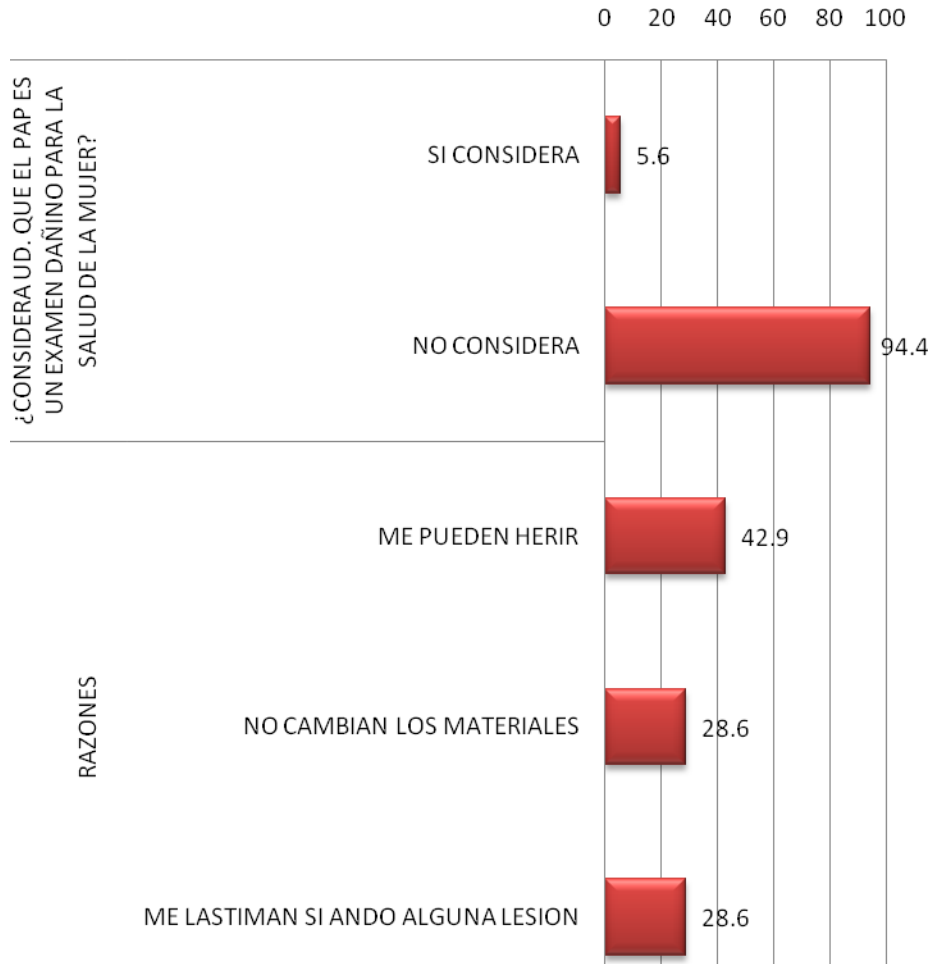
Fuente: Cuadro 3

Gráfico 3b: CONOCIMIENTO SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



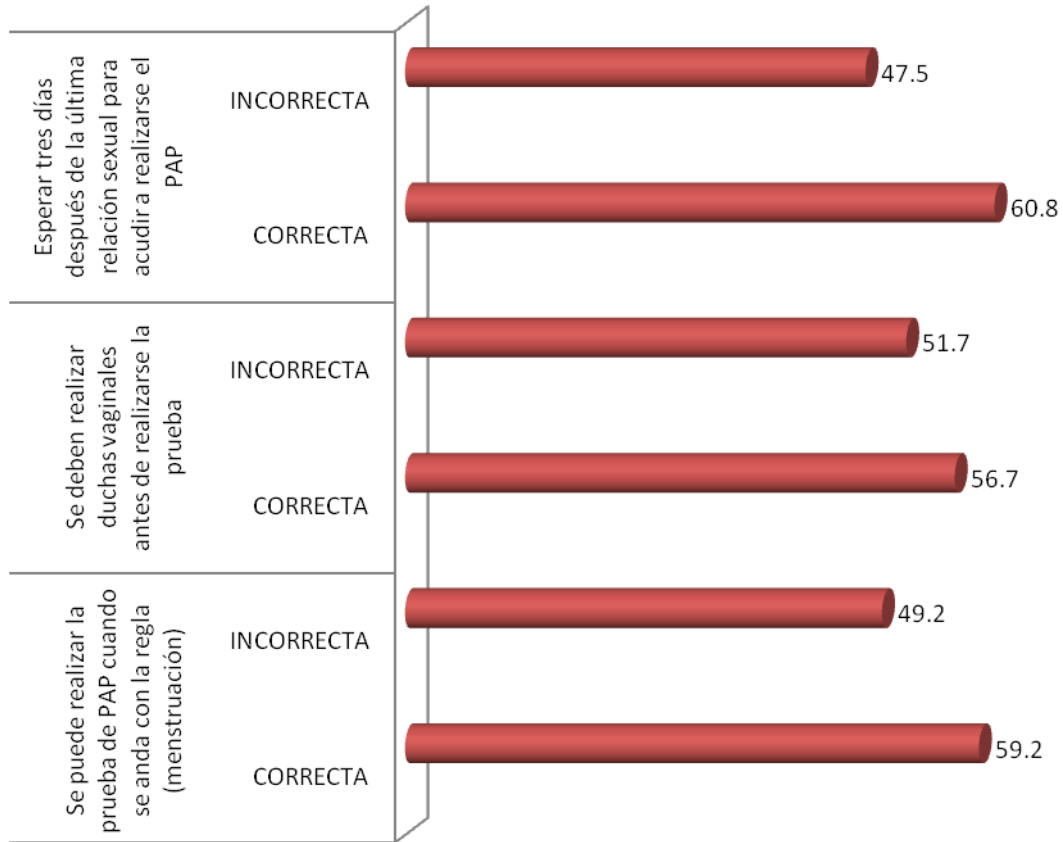
Fuente: Cuadro 3

GRÁFICO 4: PROPORCIÓN DE MUJERES QUE CONSIDERAN EL PAP DAÑINO, MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



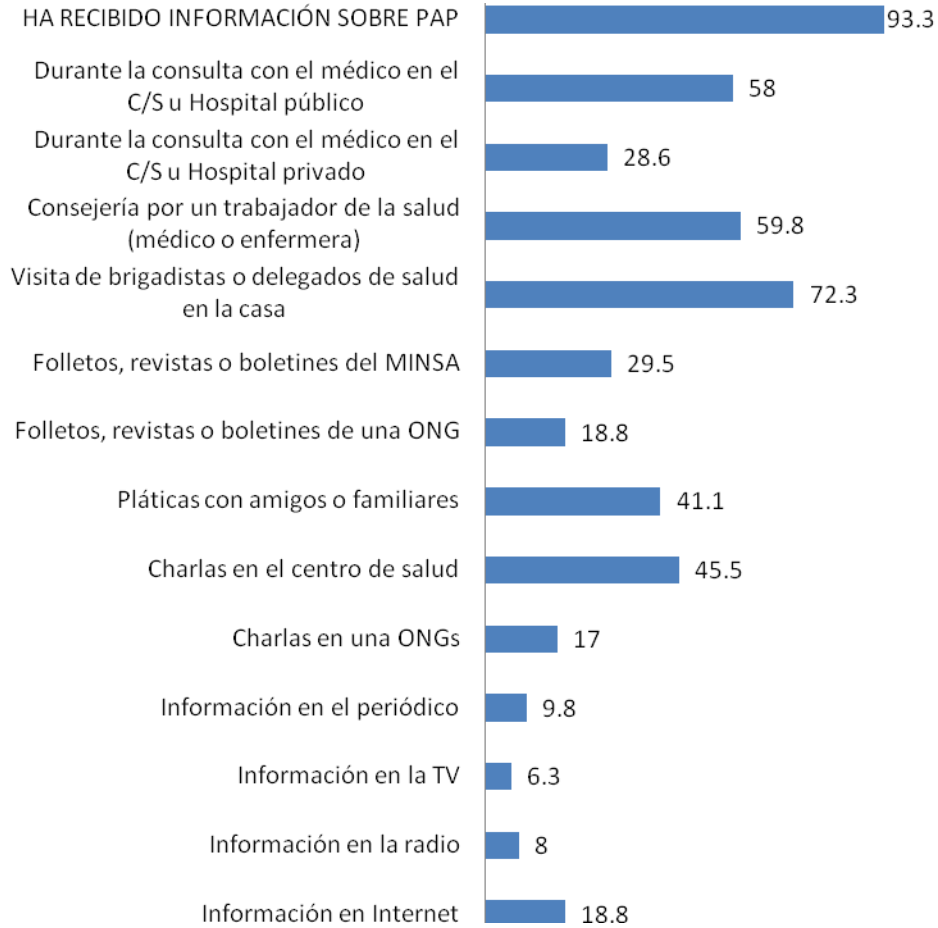
Fuente: Cuadro 4

Gráfico 5: PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDEN CORRECTAMENTE SOBRE LOS REQUISITOS O RECOMENDACIONES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA REALIZAR EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU, EN MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



Fuente: Cuadro 5.

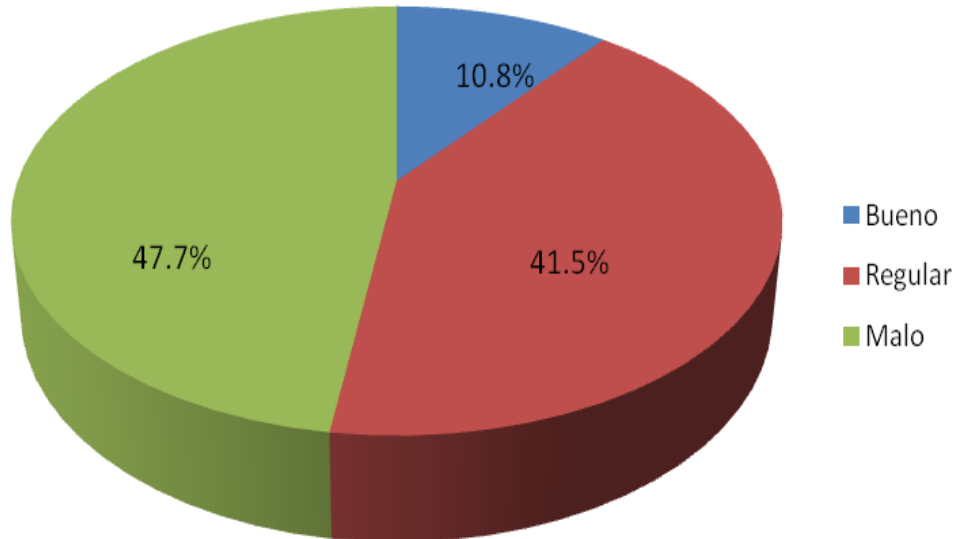
Gráfico 6: PROPORCIÓN DE MUJERES DE MUJERES QUE REFIEREN HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU Y FUENTE DE INFORMACIÓN, DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



Fuente: Cuadro 6

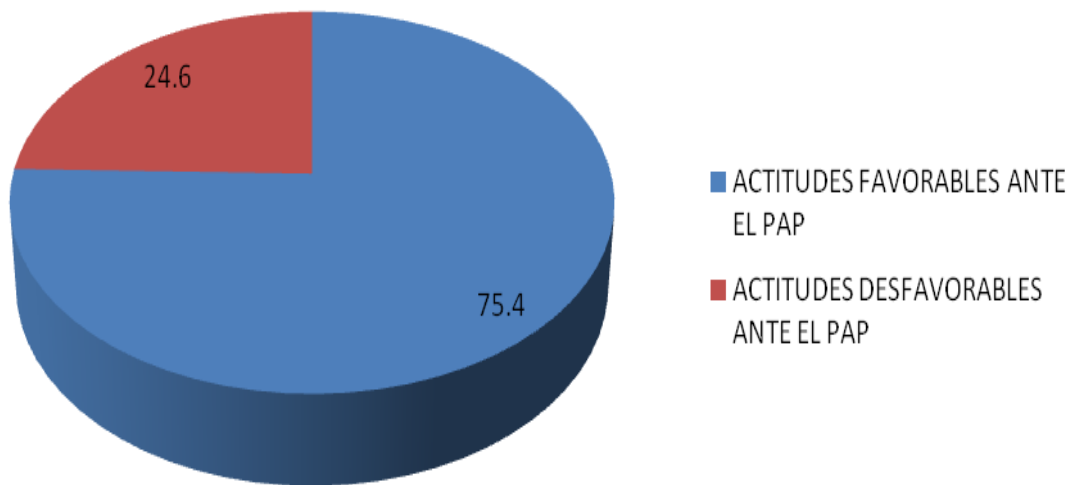
Gráfico 7: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015

Nivel de Conocimiento



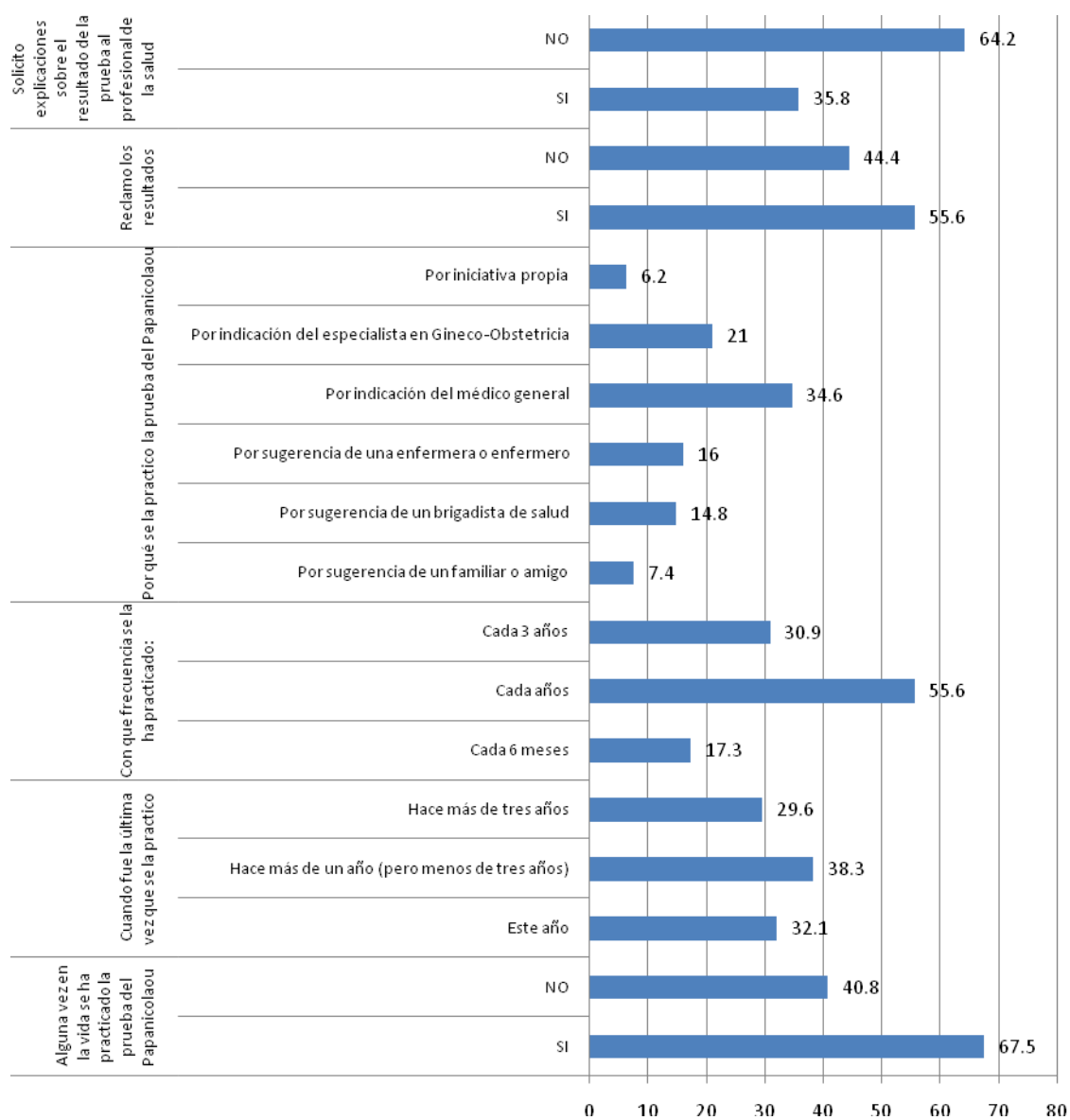
Fuente: Cuadro 7

Gráfico 8: TENDENCIA DE LAS ACTITUDES SOBRE PAP EN MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



Fuente: Cuadro 8

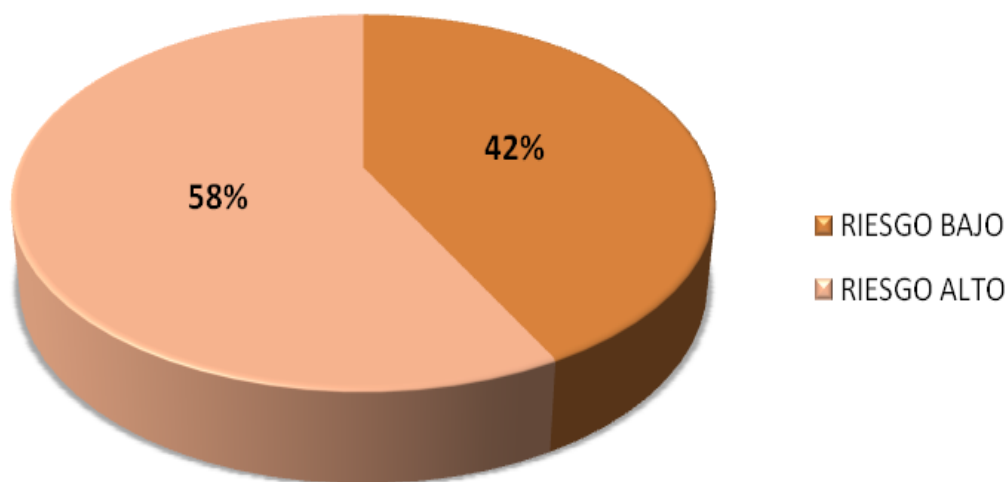
Gráfico 9: PRÁCTICAS SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.



Fuente: Cuadro 9.

CUADRO 10: TENDENCIA DE PRÁCTICAS SOBRE PAP DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, SILAIS MASAYA, PARTICIPANTES (n=130) EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PAP, 2015.

Prácticas en mujeres con respecto a realización de Pap.



Fuente: Cuadro 10.