

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis de investigación para optar al título de médico y cirujano general.

Tema

Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre citología cervical en las mujeres que acuden al centro de salud Gregoria González de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Autor: Br. Ramiro José Suazo Sáenz

Tutor: Dra. Reyna Hurtado Roblero
Especialista en Ginecoobstetricia

San Dionisio, 2016.

Dedicatoria

Dedico a Dios este trabajo, ya que él me da la vida y día a día va dándome la fuerza para lograr mis metas.

Con mucho amor se lo dedico a mis padres y en especial mi madre Sonia Sáenz quien desde un principio creyó en mí y gracias a sus esfuerzos he logrado transitar esta etapa de mi vida.

A mis queridas tías; Mary, Inocelia y Zenelia las cuales con su apoyo he logrado escalar este peldaño de mi vida, y en general al resto de mi familia que siempre estuvo disponible cuando más lo necesitaba.

A mi esposa Yadira siles la cual ha estado a mi lado en los momentos difíciles de este camino.

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por permitirme llegar hasta esta etapa de mi vida y darme la fuerza y la sabiduría al seguir este camino.

Agradezco además, de lo más profundo de mi corazón a mis padres, en especial a mi madre la cual ha estado apoyándome en cada etapa de mi vida, a mis tías las cuales sin su invaluable colaboración en mi carrera hoy no estuviera escribiendo esto, y a mis amigos y resto de familiares que me dieron el apoyo y creyeron en mí.

Y de manera especial agradezco a mi tutora la Dra. Reyna Hurtado, quien me ha apoyado desde el inicio de mi carrera y hoy tengo el privilegio que ella me guíe en este último paso para graduarme.

OPINION DEL TUTOR

Es de mi agrado que El Bachiller: Ramiro José Suazo Sáenz, este realizando este trabajo Monográfico para optar al Título de Médico y Cirujano, cuyo Tema es: *Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre Citología Cervical en las Mujeres que acuden al Centro de Salud Gregoria Gonzales de San Dionisio en el Periodo comprendido 16 de Septiembre al 16 de Octubre del 2016.*

Ya que es de especial interés para el Ministerio de Salud y los tomadores de decisiones, el tema de las Lesiones Premalignas como precursoras para el Cáncer Cervicouterino y para la prevención de este, es de vital importancia los conocimientos que tengan las pacientes acerca de la Citología Cervical como estrategia del Ministerio de Salud para la detección oportuna.

Es por esto que se debe orientar adecuadamente a la población vulnerable en este tema, ya que según los resultados que arrojan el estudio, los conocimientos, Actitudes y Practicas de la población en estudio no son los más alentadores a pesar de todo el interés que se le ha prestado al tema en cuestión, lo que servirá a las autoridades como base para enfatizar y adecuar las estrategias a la realidad de la población donde se implementen.

Resumen

El Cáncer de Cuello Uterino es la segunda neoplasia de mayor frecuencia para el sexo femenino en el mundo, y es una de las causas de muerte con alta incidencia en nuestra población femenina. El Papanicolaou es un test que ha demostrado detectar precozmente el cáncer de cuello uterino pudiendo entonces tratarlo oportunamente evitando decesos por esta causa, sin embargo, solo una pequeña parte de las mujeres se someten rutinariamente a este estudio.

El objetivo de este estudio es describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma de muestra del Papanicolaou de las mujeres que acuden a la consulta del centro de salud de san Dionisio, con el fin de optimizar el cumplimiento regular de este procedimiento en dicha población.

Fue un estudio de corte transversal, donde se analizaron las repuestas en base a frecuencias y porcentajes de 208 mujeres entrevistadas donde el mayor porcentaje fueron femeninas entre 21 a 35 años, al igual con mayor porcentaje fueron de origen urbano con un 63.95%, la mayoría eran casadas o en unión libre, con un 68%, y un 85.59% eran amas de casa.

Además podemos analizar que apenas el 50% de la población presento conocimiento adecuado, sin embargo el tipo de conocimiento no implico en la actitud ya que en general fue favorable, al igual que a pesar de tener buena actitud el nivel de práctica en general no fue bueno.

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico.....	20
Resultados.....	30
Discusión y análisis.....	32
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	39

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino es una de las patologías que se ha incrementado con el transcurrir de los años, siendo el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en vías de desarrollo y tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población general y el cual ocupa el segundo lugar de muerte por cáncer en las mujeres de Nicaragua (1). En contraste con la disminución de esta patología en mujeres que viven en países desarrollados, los cuales han logrado disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino debido a la implementación de programas de tamizaje con la citología cérvico uterina; la cual ha demostrado su eficacia. Por lo que organismos internacionales como la OMS, OPS, entre otros; fomentan políticas universales que orientan a los prestadores de servicios de salud a implementar medidas en este sentido.

En nuestro país se establecen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por decreto número 001. 2003 de la ley general de la salud por lo cual el ministerio de salud en el 2006 realiza una norma técnica para la prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino.

Esta investigación se realizara con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres que visitan el centro de salud Gregoria González del municipio de san Dionisio.

El estudio será de tipo descriptivo, y para la recolección de la información se utilizara una encuesta con preguntas cerradas que se realizara a las mujeres que acudan a la unidad de salud donde se realizara el estudio.

Antecedentes

Actualmente el cáncer cervicouterino es una de las patologías con alta incidencia y mortalidad en la población femenina, aunque exista una prueba (citología cervical) que es de fácil acceso y sin costo en el ministerio de salud la cual está destinada para detectar etapas tempranas de esta patología, sin embargo en el departamento de Matagalpa no existe un estudio previo que evalué los conocimientos, actitudes y practicas sobre el Papanicolaou, ni que describa la práctica periódica de la misma.

Aunque en nuestro departamento y más específico en el municipio de san Dionisio donde se realizará este estudio, no se han realizados estudios sobre esta temática, en el 2011 se realizó un estudio similar en el hospital amistad Japón - Nicaragua de la ciudad de Granada realizado por las doctoras Betania Espinoza y María Tijerino donde concluyeron que el nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue malo en todos los grupos etàreos, así mismo sobre la actitud ya que el 50 % de la población estudiada refirió no hacerse el Papanicolaou por vergüenza y en la práctica solo el 22 % se había realizado esta prueba.

Otro estudio realizado en el 2012 en un centro de salud del departamento de Boaco realizados por las doctoras Meza y Morales encontraron resultados similares concluyendo que el nivel de conocimiento fue malo exceptuando al grupo etàreo de mayor edad, así mismo las actitudes fueron regulares y practicas buenas ya que el 80 % se había realizado el Papanicolaou al menos una vez.

Justificación

La citología vaginal es el único método mediante el cual se detectan enfermedades y cambios ginecológicos anormales como el cáncer de cuello uterino, el VPH (virus del papiloma humano) y otras irregularidades causantes de un gran porcentaje de muertes en la población femenina.(2)

Este es un tema de una gran importancia e impacto social ya que el cáncer de cuello uterino es una de las patologías que tiene una gran incidencia en la población fémina ya que según Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refieren que medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas al año con cáncer cervical producido por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y 740 fallecen al día, de las cuales 80 por ciento vive en países de bajos ingreso como el nuestro y aunque disminuyó la incidencia del cáncer cérvico-uterino desde 2006 a la fecha, al pasar de 20 mil por cada 10 mil mujeres en edad fértil a 14 mil, no obstante a ese descenso y a las acciones adoptadas con tal de prevenir la enfermedad, esta sigue siendo la principal causa de muerte de las féminas en este país.(3)

Esta investigación pretende obtener información de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres que visitan el centro de salud Gregoria Gonzales del municipio de san Dionisio sobre la prueba de citología cervical, que aunque se han implementado numerosas estrategias en nuestro país por el nuevo modelo de salud familiar y comunitaria donde la salud es gratuita, imparcial y se ha tratado de llevar hasta las comunidades que tienen más difícil acceso a los centros urbanos por la lejanía, los cuales han sido los problemas encontrados en diversos estudios y a pesar de estas estrategias y cambios en el sistema de salud en nuestro municipio no se cumplen con las metas en cuanto a la toma de esta prueba.

Planteamiento del problema

Un análisis de la problemática del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, explica que este tipo de cáncer sigue siendo desde hace 40 años una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aun siendo la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. La enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento apropiado. De la misma forma se resalta que no se evidencian cambios en la situación, ya que, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco éxito.(4)

Es así como en el año 2008 se desarrolló en México, el encuentro: *"Hacia la prevención y el control integrados del cáncer cérvico-uterino"*, donde los asistentes de 21 países de Latino América, incluido Nicaragua formularon algunos aspectos a tener en cuenta al respecto del Cáncer de Cuello Uterino, dentro de las que se encuentran, la necesidad reconocer que el cáncer cervical es una de las principales causas de mortalidad en la mujer en Latinoamérica y el Caribe, estimando que, de continuar la tendencia actual, el número de muertes por cáncer cervicouterino se podría duplicar para el año 2030, teniendo como resultado una gran influencia en las tasas de mortalidad y un fuerte impacto económico para esta región.(5)

Del mismo modo han sido descritas por la Organización Mundial de la Salud las razones por las que los programas de tamizaje han tenido poco éxito en los países en vía de desarrollo, dentro de estas se encuentran, evidenciadas por la ausencia de prioridad de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la carencia de directrices apropiadas y políticas nacionales de control; las Barreras en la comunidad y el individuo que se relacionan con la falta de apropiación del cáncer cérvico uterino como un verdadero problema de salud y con el imaginario de creencias falsas que impiden hablar abiertamente sobre el aparato genital y sus enfermedades; las Barreras económicas que tienen que ver directamente con la falta de recursos en la población y las Barreras técnicas y de organización, las cuales se relacionan con una infraestructura sanitaria deficiente y mal organizado.(6)

De la misma forma diversos estudios relacionados al tema señalan estos mismos problemas y resaltan que los países en vías de desarrollo las que menos se realizan la citología cervical, son las mujeres del área rural con bajo nivel de

escolaridad y por supuesto bajo nivel económico(7). Aunque el nuevo modelo de salud implementado en nuestro país trata de vencer todas estas barreras y siendo la población del municipio mayoritariamente rural estudiaremos cual es la causa de no cumplir con las metas de la toma de esta prueba.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cervical en las mujeres que acuden el centro de salud Gregoria González de san Dionisio en el periodo comprendido del 16 septiembre a 16 octubre del 2016?

Objetivo general

Identificar cuáles son Conocimientos, actitudes y practicas sobre citología cervical en las mujeres que acuden al centro de salud Gregoria González de san Dionisio en el periodo comprendido del 16 septiembre a 16 octubre del 2016.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
- Determinar el nivel de conocimientos sobre citología cervical en las mujeres que acuden centro de salud Gregoria González en el periodo de estudio.
- Conocer las actitudes de las mujeres en estudio cuando se le oferta la realización de citología cervical.
- Valorar las prácticas de las mujeres en estudio sobre la realización de la citología cervical.

Marco teórico

CUELLO UTERINO

El cuello uterino es la parte más baja del útero, embriológicamente se origina de la fusión de los conductos de Muller, es de aspecto cilíndrico o cónico pero presenta amplias variaciones de forma y tamaño, aumenta en las mujeres multíparas entre 2.5 a 3.0 cm con respecto a las nulíparas. (8)

El cuello uterino está tapizado por dos tipos de epitelio, el exocervical, que es plano pavimentoso y el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor. El sitio de unión de ambos epitelios es muy variable, ya que está relacionado con la edad, y depende en gran parte de la acción de las hormonas ováricas, de la menarca, del coito y del embarazo. El sitio de unión de estos dos epitelios se llama zona de unión escamo-columnar y consiste en un área dinámica, sujeta a fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en epitelio pavimentoso.

El epitelio pavimentoso que recubre el exocérvix y la mucosa vaginal está constituido primordialmente por tres zonas, en donde hay igual número de tipos celulares con características morfológicas comunes a cada área.

La mucosa endocervical está tapizada por una hilera de células cilíndricas productoras de moco. Esta secreción tiene funciones específicas y suele modificarse por la influencia de las hormonas ováricas.

En el cuello uterino, el área donde colindan los epitelios pavimentoso y cilíndricos se denomina unión escamo-columnar original. Históricamente consiste en una unión neta bien definida.

La metaplasia es un fenómeno habitual, sobre todo en ciertas épocas de la vida y bajo determinadas circunstancias; esencialmente es un cambio fisiológico, normal y dinámico que se origina fundamentalmente en el orificio externo del cuello. (9)

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos; denominada neoplasia cervical intraepitelial (CIN) los cuales empiezan con displasia leve, llamada CIN I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. La coilocitocis se compone de hiperchromasia y angulación nuclear con vacualización perinuclear producida por el efecto citopático del VPH. En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogenicidad de la cromatina. El CIN III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración. (10)

El cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. En la Región de las Américas, se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. (11)

Cáncer Invasor. Factores determinantes y cofactores.

Estudios realizados con técnicas de biología molecular de alta sensibilidad y con muestras biológicas adecuadas, detectan VPH de alto riesgo en prácticamente el 100% de los casos de carcinoma escamoso de cérvix. Para HSIL (lesión intraepitelial escamosa de grado alto), se detecta en el 70-90% de los casos y en un 50-70% para LSIL (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado). La detección

para células epiteliales escamosas de significado incierto (ASCUS) es cercana al 50%.

La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix.

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

Factores dependientes del virus:

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

Factores ambientales:

- Anticoncepción hormonal oral. Cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.
- Conducta sexual de la población. Se ha observado que a mayor número se compañeros sexuales de la pareja, porque el hombre se comporta como transmisor de factores de riesgo de una mujer a otra y además puede ser portador en sí mismo de factores oncogénicos en el esmegma.
- Estrato socioeconómico. Las condiciones sociales y económicas en la población de estrato 1 y 2 denotan el bajo acceso a los planteles educativos, fuerza laboral informal, la prestación de servicios de salud por parte del régimen subsidiado; pero en su mayoría sólo cuentan con la encuesta del SISBEN. Sumado esto las precarias condiciones de vivienda y nutrición.
- Estados de depresión y ansiedad. Producen una inmuno depresión que facilita el desarrollo de la patología.

□ El virus VPH. Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papilomavirus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. – Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe. (12)

Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino

América Latina y El Caribe

Actualmente el cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las neoplasias más comunes en todo el mundo, la cual se considera con mayor potencial de curación en la etapa de prevención secundaria, siempre y cuando se tengan establecidos programas de tamizaje, tratamiento y seguimiento a las mujeres captadas oportunamente. También se ha podido establecer que dichas intervenciones harán que se disminuyan las muertes de manera rápida y costo efectiva en los países en vía de desarrollo (13).

La frecuencia y distribución de la enfermedad se encuentra relacionada con dos factores (14):

1. El grado de desarrollo: Se estima que más del 80% de los casos y muertes atribuibles al cáncer del cuello uterino ocurre en las regiones en desarrollo. Las tasas crudas de incidencia son de 16,6 casos nuevos por 100.000 mujeres-año en las regiones menos desarrolladas y de 13,6 por 100.000 en las más desarrolladas; mientras que las de mortalidad son de 9,5 y 6,4 muertes por 100.000, respectivamente.

2. según el país: Las tasas crudas de incidencia varían entre 1,4 (Siria) y 64,7 (Haití) casos nuevos por 100.000, mientras que las de mortalidad lo hacen entre 0,7 (Siria) y 37,6 (Lesotho) muertes por 100.000.

Es de notar que la región de las Américas (Tabla 1) tiene tasas de incidencia y de mortalidad casi tan altas como las zonas más pobres y con deficiencias en los servicios sanitarios como lo son África y Melanesia. Por otro lado se evidencian tasas muy bajas en América del Norte donde los programas de tamizaje, seguimiento y rehabilitación se han implementado exitosamente.

Tabla 1. Neoplasia maligna del Cuello Uterino: Tasas de Incidencia y Mortalidad Estandarizadas por Edades por Cada 100.000 Habitantes, Año 2000.

REGIÓN	TASA DE INCIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD
África Oriental	44,32	24,24
Melanesia	43,81	23,78
Centro América	40,28	17,03
Caribe	35,78	16,84
América del Sur	30,92	11,97
América del Norte	7,88	3,23

Fuente:OPS. Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe. Año 2004.

La relación entre incidencia y mortalidad en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe conserva una relación de 2:3, existen países como Haití en los que esta relación puede verse afectada no solo por una alta supervivencia de las

mujeres sino por dificultades en el registro de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y de las defunciones que suceden por esta causa(6).

Frente a este tema, algunos estudios afirman que los datos disponibles sobre tendencias de la incidencia muestran una reducción de casos en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Puerto Rico; sin embargo, no debe olvidarse que los

registros poblacionales de la región, con excepción de los de Costa Rica y Puerto Rico, cubren áreas urbanas de algunas ciudades y por lo tanto pueden no reflejar la situación general de las áreas con menor acceso a los servicios de salud que posiblemente tengan una mayor carga de enfermedad, es por esto que se encuentran datos distintos cuando se evalúan tendencias en la mortalidad por cáncer de cuello uterino(15).

Tasa estimada de Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, estandarizada por edad. Países de la Región de las Américas. Año 2008.

País	Incidencia Estandarizada x 100.000	Mortalidad Estandarizada x 100.000
Venezuela	31.44	14.37
Perú	34.51	16.25
Paraguay	34.96	16.61
Bolivia	36.38	16.69
El Salvador	37.18	18.2
Honduras	37.81	19.69
Nicaragua	39.88	20.57
Jamaica	45.69	20.22

Fuente: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008. Available at: <http://globocan.iarc.fr>; 2013.

Generalidades sobre la Prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou hace parte de las pruebas de detección que se utilizan actualmente en los programas de cribado, el cual se considera como una intervención de salud pública que se efectúa en una población en riesgo o población destinataria, y cuya implementación se realiza por decisión de los representantes sanitarios de cada Nación(16).

El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou. Este es un examen citológico que permite la detección de la neoplasia del cerviz; una buena muestra requiere de la toma de células vivas, metabólicamente activas, de dos sitios: la superficie del ectocervix y el canal endocervical. La toma ectocervical debe ser la inicial para evitar la desecación de la mucosa y su posible contaminación con sangre proveniente del canal endocervical; se realiza raspando en forma circular, con una espátula; a fin de desprender células de toda la zona de transformación. La toma endocervical debe hacerse con cepillo para que la muestra sea de todo el canal endocervical; ambas tomas deben desprender células vivas sin provocar sangrado que contamine la muestra, lo que dificultaría su lectura.

Por sus características anatómicas, la mucosa endocervical sangra mucho más fácilmente que la ectocervical, por lo que es obligado que sea la segunda toma.

El material obtenido debe aplicarse de inmediato, sobre una lámina de vidrio, buscando obtener una capa delgada, uniforme y sin grumos, de inmediato, debe fijarse teniendo en cuenta las recomendaciones del producto en aerosol (25-30 cm de distancia) para evitar que la fuerza propelente aglutine el material o lo dañe.(17)

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NIC I) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda.(18)

Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda.(19)

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica
Lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios koilocíticos Neoplasia intra-epitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intra epitelial de alto grado (HSIL)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

Indicaciones para el tamizaje (PAP) (1)

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

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

Recomendaciones a la usuaria:

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

Consideraciones Especiales

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la usuaria para realizar el examen.

En estos casos se puede tomar la citología si primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endocervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o esperma y nos permita tomar la muestra adecuada con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo.

Las usuarias portadoras de VIH/SIDA, se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia.

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa tomarse la citología, se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto.

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

- Mujeres con 5 o más frotis negativos previos sometidas a HTA por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años.

Frecuencia de la Prueba

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

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

Errores que deben evitarse

- Identificación inadecuada de la lámina.
- Toma de muestra de las paredes o fondos de saco vaginal.
- Utilización de porta objeto sucio.
- Que el talco de los guantes contamine la laminilla o el espejulo.
- La desecación de las células por excesivo tiempo de exposición al ambiente antes de la fijación de la muestra, que debe ser inmediata.
- Fijar la muestra con alcohol etílico con dilución menor al 70%.

- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- No colocar, ni transportar muestras de citologías con muestras de biopsias.

Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas) Son estudios que brindan el marco general frente a conocimientos, actitudes y prácticas de una comunidad determinada frente a un tema social específico (salud, educación, participación ciudadana, entre otros) para la aplicación de un programa orientado a brindar orientación y mejorar la calidad de vida en relación a dichos aspectos. Las principales áreas temáticas que se pueden conocer por medio de estos estudios son (30):

- ✓ Identificación del grupo objetivo, sus necesidades, deseos, conocimientos, actitudes, comportamientos, costumbres, etc.
- ✓ Reconocimiento de la existencia de creencias o prácticas equivocadas con respecto a determinado tema.
- ✓ Determinación en términos de conocimientos actitudes y prácticas, situación actual (línea de base) para saber a dónde se debe llegar.
- ✓ Permite, mediante la información obtenida, estar alerta a la presentación de problemas que pudieran presentarse durante el desarrollo de la intervención.
- ✓ Se realizan cuando no se posee la información del grupo objetivo, o esta se encuentra dispersa o incompleta.

Estudios tipo CAP

Los estudios tipo CAP se han usado en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud (20).

Las encuestas CAP investigan el proceso por medio del cual el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) se transforman en comportamientos o estilos de vida en una población; y como esta misma tiene conductas individuales y colectivas en razón de prácticas de auto-cuidado y las que impiden a otras realizarlo. Se basa en un cuestionario de preguntas cerradas y/o abiertas, aplicado a una muestra representativa de la población estudiada (21).

Conocimientos

Se hace referencia a datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación (20).

Actitudes

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). La actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación y permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra (22).

Prácticas

Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (20).

Es por todo esto que los estudios CAP pueden evidenciar algunas perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres que pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Ya que se ha encontrado que entre los obstáculos a la participación de las mujeres dentro de los programas de Detección de Cáncer de Cuello Uterino, destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales (4).

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte trasversal. Estudio CAP.

Universo

El universo estuvo constituido por todas las mujeres que acudieron a la unidad de salud Gregoria Gonzales durante el periodo de estudio.

Muestra

Estará constituido por todas las mujeres que deseen participar en el estudio.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Unidad de análisis

Mujeres que acudan a la unidad de salud Gregoria Gonzales.

Criterios de inclusión.

Mujeres mayores de 15 años.

Mujeres que ya hayan iniciado vida sexual.

Criterios de exclusión

Mujeres menores de 15 años

Mujeres que no hayan iniciado vida sexual activa

Mujeres que no deseen participar en el estudio.

Técnicas y Procedimientos.

Se recolecto la información a través de: 1) **Actores claves:** por medio de una entrevista con preguntas abiertas. 2) **A mujeres del estudio** a través de una encuesta con preguntas cerradas, la cual estarán basada en los objetivos específicos del estudio, pero antes se le pidió al encuestado que firme el consentimiento informado el cual hará constar su libre participación.

Se procedió a un mecanismo de validación, por medio de 5 informantes claves el cual estuvo constituido por: 2 médicos generales, 2 licenciados de enfermería y un auxiliar de enfermería, la cual abarco los siguientes acápite:

- Que es la citología cervical
- Objetivo del tamizaje de citología cervical
- De qué área se toma la citología cervical
- Que es el cáncer cervicouterino.
- Mitos sobre la realización del Papanicolaou.

Procesamiento y análisis de la información.

Una vez recolectada la información se utilizará la escala de Likert para la medición de la actitud, el resto de la información se analizó a través de tablas de frecuencias y porcentajes utilizando Microsoft Excel.

Listados de variables

Objetivo # 1

Describir las Características sociodemográficas de la población en estudio

Variables

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Estado civil

Objetivo # 2

- Determinar el nivel de conocimientos sobre citología cervical en las mujeres que acuden centro de salud Gregoria González en el periodo de estudio.

Variables

Conocimientos de las mujeres
Nivel de conocimiento

Objetivo # 3

- Conocer las actitudes de las mujeres en estudio cuando se le oferta la realización de citología cervical.

Variables

Actitud de las mujeres ante la realización de la citología cervical
Tipo de actitud

Objetivo # 4

- Valorar las prácticas de las mujeres en estudio sobre la realización de la citología cervical.

Variables

- Prácticas de las mujeres
- Nivel de práctica

Operacionalización de las variables

Objetivo # 1

Describir las Características sociodemográficas de la población en estudio.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual de la entrevista.	Años	<15 16-20 21-35 >36
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de donde procede el sujeto en estudio.	Area	Urbano Rural
Escolaridad	Ultimo año lectivo aprobado.	Nivel	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico medio Universidad Profesional
Ocupación	Realización de un ejercicio u obra que genera remuneración económica.	Tipo de trabajo	Desempleado Comerciante Técnico Profesional Ama de casa
Estado civil	Situación de la mujer como persona física, determinada por su vínculo con otro individuo, que establece ciertos derechos y deberes.		Soltera Casada Viuda Unión Libre Separada

Objetivo # 2**Determinar el nivel de conocimientos que tienen las mujeres sobre citología cervical.**

Variable	Concepto	Indicador	Escala / valor
Conocimiento sobre la prueba	Es el conocimiento que tiene la mujer sobre qué clase de examen es el Papanicolaou	Según repuesta	Examen de sangre Examen del cuello del útero Examen Radiológico Un examen médico No sé
Lugar del aparato reproductor donde se toma el examen	Es el conocimiento que tiene la mujer sobre en qué lugar del aparato reproductor se toma la muestra	Según repuesta	Cuello del útero Vagina Ovarios No sé
Utilidad de la toma del examen	Se relaciona con el beneficio que tiene la toma de la prueba, en relación con la salud de la mujer	Según repuesta	Detectar el cáncer de cuello uterino. Detectar cáncer de ovario. Detectar cáncer en la vagina. Detectar infecciones vaginales.
Frecuencia de la toma de la prueba	Es el conocimiento que tiene la mujer frente a la toma del examen según el periodo de tiempo.		Mensual. Cada 6 meses. Cada año. Entre 2 y 3 años. Sólo cuando una mujer se siente enferma.
Quienes se deben tomar la	Es el conocimiento		Todas las mujeres que se

prueba	que tiene la mujer frente a qué población va dirigida la toma de la prueba.		sientan enfermas. Mujeres en edad reproductiva. Mujeres que han iniciado relaciones sexuales. No sé
Sintomatología relacionada con la enfermedad	Se relaciona con lo que saben las mujeres acerca de los síntomas que aparecen en las primeras etapas del cáncer de cuello uterino.		Sangrado vaginal fuera de la menstruación Dolor vaginal Flujo Vaginal No presenta ningún síntoma
Fuentes de suministro de información	Se relaciona con el medio físico o humano por el que la mujer recibió información acerca de la toma de la prueba.		Amigos Familiares Médicos Enfermeras Brigadistas Medios de comunicación Otros

Objetivo # 3

Conocer las actitudes de las mujeres en estudio.

Variable	Concepto	indicador	Escala o valor
Actitud que toman las mujeres cuando les ofrecen la prueba	Predisposición a reaccionar ante la oferta del examen citológico	Escala de Likert	Definitivamente sí. Probablemente sí. Indeciso. probablemente no. definitivamente no
Tipo de actitud	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no ante la oferta de este examen	Según puntuación	Favorable Desfavorable

Objetivo # 4**Valorar las prácticas de las mujeres en estudio.**

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Escala o Valor
Practica de las mujeres	Acciones que realizan las mujeres para la toma del Papanicolaou	<ol style="list-style-type: none">1. Realización del pap2. Frecuencia de la realización3. Realización por indicación medica4. Retiro de resultado5. Explicación del resultado	Según repuesta	Si No A veces
Nivel de conocimiento	Grado de aplicación de los conocimientos		Puntuación	Buena Regular Mala

Plan de tabulación

1. Características sociodemográficas
2. Fuente de información
3. Nivel de conocimiento
4. Nivel de actitud
5. Nivel de práctica
6. Edad /nivel de conocimiento
7. Escolaridad /nivel de conocimiento
8. Procedencia / nivel de conocimiento
9. Nivel de conocimiento /tipo de actitud
10. Nivel de conocimiento/ tipo de practica
11. Tipo de actitud / nivel de práctica.

Aspectos éticos

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Br **Ramiro José Suazo Sáenz** medico en servicio social de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN – Managua). La meta de este estudio es Identificar los Conocimientos Actitudes y Prácticas de mujeres mayores de 15 años que acuden a consulta al centro de salud Gregoria González de san Dionisio en los meses septiembre a octubre del 2016. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas y posteriormente se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Resultados

En el presente estudio se valoró los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres que acudieron a la consulta del centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo de 15 de septiembre al 15 de octubre del año 2016 encontrando los siguientes resultados.

Objetivo 1

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que las edades por grupo etareó prevaleció el de 21 a 35 años con el 39.90% seguido de mayor de 36 años con 30.30%, posteriormente con el grupo de 16 a 20 años con el 19.71% y la minoría representado por el 10.09% el grupo etareó menor de 15 años. Siendo la procedencia mayoritariamente urbano con un 63.95% en relación a un 36.05% que representa la población rural.

En cuanto a las escolaridad el analfabetismo representa el 1.92%, primaria el 45.69%, secundaria el 43.75%, técnico medio el 4.80%, el universitario el 1.44% y lo profesional el 2.40%.

En relación a la ocupación el comerciante represento el 7.21%, ama de casa el 85.58%, profesional con un 2.40%, el técnico con un 3.85% y el desempleo con un 0.96%.

En relación al estado civil, las solteras representaron el 26.85%, casada el 19.23%, unión libre con un 45.67%, separada representa el 15.86% y viuda el 2.45%.

Objetivo 2

En cuanto al conocimiento se encontró que el 50% tenían conocimiento bueno, el 22.60% tenían conocimiento regular y el 27.40 tenían conocimiento malo.

Al realizar el cruce de variables edad / nivel de conocimiento se encontró que del grupo atareó , menor de 15 años el 23.80% tenían conocimiento bueno, el 42.86% conocimiento regular y 33.34% conocimiento malo. Del grupo de 16 a 20 años el 36.59% tienen conocimiento bueno, el 43.90% conocimiento regular y el 19.51% conocimiento malo. El grupo de 20 a 35 años el 43.37% el conocimiento fue bueno, el 12.46% fue regular y 42.17% el conocimiento fue malo. Del grupo mayor de 35 años el 76.19% el conocimiento es bueno, el 12.70% regular y el 11,11% malo.

En el cruce edad / nivel de conocimiento se encontró: Del grupo analfabeta el 75% tenían conocimiento malo y el 25% conocimiento regular. Las que cursaron algún grado de primaria el 47.37% el conocimiento es bueno, 15.78% regular y 36.85% malo. Secundaria el 45.06% fue buen conocimiento, 34.06% regular y 20.88 malo. Técnico medio, universidad y profesional el 100% tenían conocimiento bueno.

En el cruce de variables procedencia / nivel de conocimiento: las de procedencia urbano el 65.41% tenían conocimiento bueno, 27.06% regular y 7.52% malo. Las de procedencia rural el 22.66% bueno, 14.67% regular y el 62.67% fue conocimiento malo.

Objetivo 3

En cuanto a la actitud el 91.35% fue favorable y el 8.65% desfavorable.

Al cruzar las variables nivel de conocimiento tipo de actitud se encontró que: del grupo que presento conocimiento bueno y regular el 100% tenían buena actitud. Y el grupo con mal conocimiento el 68.42 % tiene actitud favorable y el 31.58% actitud desfavorable.

Objetivo 4

En relación al nivel de practica el 45.68% presento buen nivel, 32.21% regular y el 22.11% mal nivel de práctica.

Al realizar el cruce de variable nivel de conocimiento / nivel de práctica, de los que presentaron buen nivel de conocimiento el 71.15% presento buen nivel de práctica, 18.27% regular y el 10.58% mala práctica. De los que tuvieron conocimiento regular el nivel de practica fue; 38.29% bueno, 25.54% regular y 36.17% malo. Y los que presentaron mal conocimiento el 5.26% la práctica fue buena, 63.16% regular y el 31.58% mala.

En el cruce tipo de actitud / nivel de práctica del grupo que presento actitud favorable el 48.42% el nivel de practica fue bueno, 33.69% regular, 17.89 fue malo y del grupo con actitud desfavorable el 16.67 % la práctica fue buena e igual porcentaje el regular, y el 66.67 % fue práctica mala.

Análisis y discusión de los resultados

Al realizar el análisis del siguiente estudio encontramos: en cuanto a las características sociodemográficas el grupo etareó que prevaleció fue el de 21-35 años con el 39.90%, seguido del de mayor de 36 años, sin embargo las menores de 20 años representan casi el 30%, lo que indica el inicio temprano de vida sexual activa y la importancia de insistir en lo imprescindible de esta prueba para garantizar la salud de la mujer.

En cuanto a la escolaridad más del 80% curso al menos un grado de la primaria y la secundaria, con un analfabetismo de apenas el 1.92%, lo que indica nuestra población está más apta para recibir y captar el mensaje de esta prueba.

En cuanto a la procedencia el mayor fue urbano con un 63.95%, aunque el municipio es mayoritariamente rural, el estudio se realizó en centro urbano y con nuevas sedes de sectores a nivel de la comunidad, justifica mayor población urbana.

En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje lo representa las amas de casa con un 85.58% lo que indica que son mujeres que dependen de su pareja y por consiguiente más predispuesta a la infidelidad de sus parejas y consecuentemente la exposición del VPH. En relación al estado civil el 16.82% es soltera pero con vida sexual activa lo que indica que pueden tener más de una pareja sexual y por consiguiente mayor riesgo de exposición al VPH. Aunque el 45.67 % refirió estar en unión libre, casi siempre son las amas de casa los que las lleva al riesgo antes mencionado.

Con respecto de donde se obtuvo la información del Papanicolaou el 90% refirió haberlo recibido del personal de salud y el resto de los brigadistas lo que nos indica que estamos informando a la población del tema, sin embargo no estamos utilizando los medios de comunicación para difundir más el tema y nos indica que no es un tema que se toque en la familia o en la comunidad.

En relación al nivel de conocimiento la mitad de la población estudiada presenta buen nivel de conocimiento y la otra mitad dividido entre el conocimiento regular y malo siendo mayor este último, lo que nos indica que una mayoría no está captando la información o la estamos transmitiendo de una manera inadecuada o no utilizamos los medios a nuestro alcance.

En el cruce de variables edad/ nivel de conocimiento el grupo que tuvo mejor nivel de conocimiento fue el de mayor de 36 años con un 48%, seguido del 20-35 años con un 43.37% , sin embargo este grupo presento el más alto porcentaje de conocimiento malo con un 42.17 %, seguido del grupo etareo de menor de 20

años, los que nos indica que las mujeres más adultas son las que presentan mejor conocimiento, tal vez por la frecuencia de consultas médicas o son las más interesadas en su salud o no los estamos enfocando en el grupo de menos de 20 años.

En el cruce escolaridad nivel de conocimiento nos indica que entre mejor escolaridad es mejor el nivel de conocimiento en relación al tema de estudio, ya que las que ya tenían un estudio mayor que la secundaria el 100% tenían buen nivel de conocimiento, no así las analfabetas las cuales el 75% tenían mal conocimiento y las de primaria y secundaria más del 50% tenían conocimiento regular y malo lo que nos indica que debemos tener más sutileza al dar la charla a las mujeres con nivel educativo bajo.

En relación a la procedencia/ nivel de conocimiento las que viven a nivel urbano presentaron mejor nivel de conocimiento con un 65.41% en relación a la rural que solo presento el 22.66% bueno y con un 62,67% conocimiento malo, esto se debe al mejor acceso a la salud los que nos indica que en los puestos de origen rural se debe mejorar las charlas educativas.

En cuanto a la actitud la mayor parte con un 91.35% presento actitud favorable con tan solo un 8.65% actitud desfavorable y al cruzarla con la variable nivel de conocimiento nos demostró que al tener algo de conocimiento la actitud será favorable, sin embargo un alto porcentaje de las que tenían mal conocimiento tenían una actitud favorable con el 68.42%, los que nos indica que indispensablemente del conocimiento la actitud es buena.

En relación al nivel de practica apenas el 45.68% presento buen nivel, seguida del regular con un 32.21% y mala con un 22.11% y al cruzarla con el nivel de conocimiento nos demostró que apesar de tener buen conocimiento ese grupo no tenían un cien por ciento de practica ya que el 10.58 % no se realizan el Papanicolaou y el 18.27% con practica regular. Y los que tenían conocimiento regular el 36.17% tenían nivel de practica malo y juntando los de conocimiento bueno y regular, el nivel de mala práctica representan casi el 47% los que nos indica que a pesar de tener conocimiento de la prueba no se están realizando la citología cervical. Y que la población de mal conocimiento regularmente se realiza dicha prueba.

Y el cruce tipo de actitud / nivel de practica encontramos que al tener actitud favorable no siempre se realizaran la citología ya que apenas el 48.42% tenían buena práctica siendo peor las que tenían actitud favorable ya que el 66.66% tenían nivel de practica mala con apenas un 16.67% bueno, sin diferencia en nivel de practica regular.

Conclusiones:

Con respecto a las características sociodemográficas de la población en estudio la mayoría es del grupo etareo de 21 a 35 años, las cuales han cursado al menos la primaria y la secundaria, mayoritariamente urbanas, amas de casa y están en unión libre.

La mayoría de la población tiene buena fuente de información ya que la obtuvieron del personal de salud.

Se encontró que apenas el 50 % de las mujeres tenían buen conocimiento, seguido de un conocimiento malo.

Tener buen conocimiento o no, no afectó la actitud de las entrevistadas, ya que en general fueron favorables.

Al igual se reflejó en la práctica ya que en general fue mala, pues menos del 50% alcanzó buen nivel de práctica, a pesar de tener buenas actitudes.

Recomendaciones:

Se recomienda al Equipo de Docencia del Centro de Salud de San Dionisio capacitar más en Temas como la prevención, detección y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas, e implementar Estrategias adecuadas para que el Mensaje llegue claro adecuándolo al nivel educativo de la población vulnerable.

Que se implementen más estrategias de promoción en salud con énfasis en el tema de citología cervical, usando herramientas prácticas (maquetas) donde la mujer pueda entender de donde se le toma la muestra.

Que el personal de salud explique mejor a la usuaria en que consiste el cáncer cérvico uterino, insistiendo que al iniciar la enfermedad no se presenta ningún síntoma.

Afianzar más los conocimientos en los grupos vulnerables, que según la epidemiología el Cáncer Cervicouterino se está detectando predominantemente en las usuarias mayores de 35 años y en las pacientes jóvenes con vida sexual activa enfocarnos más en los factores de Riesgo: Edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, partos traumáticos, infecciones vaginales a repetición, multiparidad para evitar tener lesiones pre malignas después de los 35 años, según la evolución natural de la enfermedad.

Bibliografía

1. Ministerio de salud de Nicaragua. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. Febrero 2006.
2. CORTES PUENTES Gustavo Andrés, OSORIO QUINTERO Carlos Enrique. La importancia de la citología vaginal como método de tamizaje y nuevas tendencias. Departamento de ginecología y obstetricia. Universidad Sur colombiana, NEIVA, mayo- 2007- pdf.
3. BAZAN, Fernando, POSSO, Margarita y GUTIERREZ, César. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An. Fac. med., ene./mar. 2007, vol. 68, no.1, p. 47-54. ISSN 1025-5583.
4. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. [Online].; 2004 [cited 2011 Junio 30. Available from:
<http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&ReclD=7639>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamerica de la Salud - Comunicado de Prensa Cáncer de Cuello Uterino. [Online].; 2008 [cited 2011 Junio 29. Available from:
<http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps080514.htm>.
6. Organización Mundial de la Salud. Control Integral de Cáncer Cervico Uterino. Guía de Prácticas Esenciales. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 20. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
7. Lucumi Cuesta DI, Gómez Guitierrez Lf. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. [Online]. Bogotá: Revista Española de Salud Pública; 2004 [cited 2012 Junio 17. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000300006&script=sci_arttext.
8. COLOMBIA. Seguro Social. Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino, 1997 Santafé de Bogotá, D.C. p. 161.
9. ALONSO de RUIZ Patricia, Lazcano Ponce Eduardo, Hernández Ávila Eduardo. Cáncer Cérvico Uterino, Diagnostico, Prevención Y Control. 2da edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. 2005. Pág. 385
10. KUMAR, Vinay, ABBAS Abul, FAUSTO Nelson. Robbins Patología Humana 8ª edición. Editorial Elsevier España. 2008. a. Pág. 730-734.
11. LEWIS, Merle J., Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Abril- 2009). Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>.

12. DIESTRO TEJEDA, SERRANO VELASCO, Gómez Pastrana, Nieto, F..
Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología (Barc.)* [online]. 2007, vol. 30, n.2, p. 14-31. Disponible en Internet:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352007000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0378-4835.
13. Organización Mundial de la Salud. Control Integral de Cáncer Cervico Uterino. Guía de Prácticas Esenciales. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 20].
14. Castro Jiménez MÁ, Vera Cala LM, Posso Valencia H. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino: Estado del Arte. 2006; 57(1).
15. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Revista de Salud Pública de México*. 2010 Noviembre - Diciembre; 52(6): p. 544 - 559.
16. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 20]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
17. OPS. *Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ª. edición 2002*. Op.cit., p. 11.
49 ALONSO de RUIZ Patricia, Lazcano Ponce Eduardo, Hernández Ávila Eduardo. Cáncer cérvico uterino, diagnóstico, prevención y control. 2da edición. Op.cit., p.124-125.
18. SOSA MONTIEL, Max; RIVERA LÓPEZ, Roberto. Importancia de la citología vaginal (papanicolau) para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de una Clínica Privada. *Rev Med Hond* 2000; 68:86-88 <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2000/pdf/Vol68-3-2000-3.pdf>
19. LARIZGOITIA, Itziar. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Op.cit., p. 7.
52 OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ª. edición 2002. Op.cit., p. 11.
20. Laza Vásquez C, Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enfermería Global*. 2012 Abril; 1(26).
21. Figueroa Solano N. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO, EN EL BARRIO LAS

FLORES; SECTOR CAGUAN, CHIPI Y TAMBOS; DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. 2010. [Online].; 2011 [cited 2012 Junio 25. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/>.

22. MORET VENTURA, Carmen. Actitudes de los adolescentes hacia la realidad multicultural en el principado de Andorra. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Departamento de teoría e historia de la educación. Facultad de Educación. 2008, p. 85-89.

Anexo 1

Universidad nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
Encuesta sobre conocimientos actitudes y practicas frente a la toma de
Papanicolaou.

La información suministrada en esta encuesta es de carácter confidencial y será utilizada sólo con los fines de la investigación.

En las preguntas marque con una X en la casilla correspondiente o diligencie según lo indique la pregunta. Cada pregunta sólo debe tener una respuesta.

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

BLOQUE 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad _____ en años cumplidos.
2. Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Unión Libre _____ Separada _____.
3. Procedencia: urbano _____ Rural _____
4. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico medio _____ Universidad _____ Profesional _____
5. Ocupación: Desempleado _____ Comerciante _____ Técnico _____ Profesional _____ Ama de casa _____

BLOQUE 2: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

6. Para usted el Papanicolaou es: Examen de sangre _____ Examen del cuello del útero _____ Examen Radiológico _____ Un examen médico _____ No sé _____.
7. Según usted la prueba de Papanicolaou se toma en: Cuello del útero _____ Vagina _____ Ovarios _____ No sé _____.
8. La utilidad de la prueba de Papanicolaou es para: Detectar el cáncer de cuello uterino _____ Detectar cáncer de ovario _____ Detectar cáncer en la vagina _____ Detectar infecciones vaginales _____.
9. ¿Con qué frecuencia se debe de tomar el Papanicolaou? Mensual _____ Cada 6 meses _____ Cada año _____ Entre 2 y 3 años _____ Sólo cuando una mujer se siente enferma _____.
10. Según usted que mujeres deben de tomarse el Papanicolaou: Todas las mujeres que se sientan enfermas _____ Mujeres en edad

reproductiva_____ Mujeres que han iniciado relaciones sexuales_____ No sé_____.

11. ¿Cuál de los siguientes síntomas es el más frecuente al inicio del cáncer de cuello uterino? Sangrado vaginal fuera de la menstruación_____ Dolor vaginal_____ Flujo Vaginal_____ No presenta ningún síntoma_____.
12. ¿Quién le ha brindado información sobre la prueba del Papanicolaou? Amigos_____ Familiares_____ Médicos_____ Enfermeras_____ Brigadistas_____ Medios de comunicación_____ Otros_____.

BLOQUE III: ACTITUDES FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Las siguientes afirmaciones están referidas a la toma del Papanicolaou, lea cada una y marque con una "X" su respuesta en la columna respectiva. No existe respuesta buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad para alcanzar el objetivo de este estudio. Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proposiciones: **DS:** definitivamente sí; **PS:** Probablemente sí; **I:** Indeciso; **PN:** probablemente no ; **DN:** definitivamente no.

PROPOSICIONES	DS	PS	I	PN	DN
13. solicita usted que le realicen la prueba del Papanicolaou					
14. La prueba debe realizarse cada año					
15. Debe hacerse la prueba solo cuando este enferma					
16. Debe prepararse antes de realizarse la prueba de Papanicolaou					
17. Solo las embarazadas deben hacerse el Papanicolaou					
18. Todas las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales deben hacerse la prueba.					

BLOQUE IV: PRACTICAS FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

19. Se realiza usted el Papanicolaou. Si_____ no_____ a veces_____ si la respuesta es **NO** de por terminada la encuesta.
20. Se realiza anualmente el Papanicolaou. Si _____ no_____ a veces_____
21. Si se lo indica el personal de la salud se realiza usted el Papanicolaou si_____ no_____ a veces_____
22. Si se realiza el Papanicolaou solicita el resultado. Si_____ no_____ a veces_____.
23. Solicita usted que le expliquen el resultado. Si_____ no_____ a veces_____

Gracias por su participación.

Anexo 2

Resultados.

El Cuadro # 1

Características sociodemográficas de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad del tutor		
< 15 años	21	10.09%
16 - 20 años	41	19.71%
21 - 35 años	83	39.90%
> 36 años	63	30.30%
Total	208	100.00%
Escolaridad		
Analfabeta	4	1.92%
Primaria	95	45.69%
Secundaria	91	43.75%
Técnico medio	10	4.80%
Universidad	3	1.44%
Profesional	5	2.40%
Total	208	100.00%
Procedencia		
Urbano	133	63.95%
Rural	75	36.05%
TOTAL	208	100.00%
Ocupación		
Desempleado	2	0.96%
Comerciante	15	7.21%
Técnico	8	3.85%
Profesional	5	2.40%
Ama de casa	178	85.58%
Total	208	100.00%
Sexo		
	208	
Femenino		100.00%
Total	208	100.00%

Estado civil		
Soltera	35	16.82 %
Casada	40	19.23 %
Viuda	5	2.45 %
Unión libre	95	45.67 %
separa	33	15.86 %
total	208	100%

Cuadro # 2

Bloque sobre conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

La prueba de Papanicolaou es un		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Examen del cuello del útero	200	96.16%
Examen radiológico	0	0.00%
examen medico	1	0.48%
No se	7	3.36%
Total	208	100.00%
La prueba de Papanicolaou se toma en		
Cuello del útero	105	50.49%
Vagina	85	40.86%
Ovarios	0	0.00%
No se	18	8.65%
Total	208	100.00%
La utilidad de la prueba es para		
Detectar cáncer uterino	180	86.54%
Detectar Cáncer de ovario	0	0.00%
Detectar cáncer en la vagina	5	2.40%
Detectar infecciones vaginales	23	11.05%
Total	208	100.00%
Con que frecuencia se debe tomar el Papanicolaou		
Mensual	0	0.00%
Cada 6 meses	96	46.16%

Cada año	104	50.00%
Cada 2 a 3 años	0	0.00%
Solo cuando una mujer se siente enferma	8	3.84%
Total	208	100.00%

¿Qué mujeres deben tomarse el Papanicolaou?		
Todas la que se sienten enfermas	2	0.96%
Mujeres en edad reproductivas	27	12.98%
Mujeres que iniciaron vida sexual activa	178	85.58%
No se	1	0.48%
Total	208	100.00%
¿Cuál es el síntoma más frecuente al inicio de cáncer de cuello uterino?		
Sangrado vaginal fuera de la menstruación	87	41.83%
Dolor vaginal	19	9.13%
Flujo vaginal	60	28.84%
No presenta ningún síntoma	42	20.19%
Total	208	100.00%
¿Quién le ha brindado información sobre Papanicolaou?		
Amigos	0	0.00%
Familiares	0	0.00%
Médicos	156	75.00%
Enfermeras	32	15.39%
Brigadistas	20	9.61%
Medios de comunicación	0	0.00%
Otros	0	0.00%
Total	208	100.00%

Cuadro # 3

Actitudes de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nº	Preposiciones	DS		PS		I		PN		DN		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
1.	Solicita usted que le realicen la prueba de Papanicolaou	97	46.64	73	35.09	23	11.05	0	0	15	7.21	208	100
2.	La prueba debe realizarse cada año	104	50.00	95	45.68	0	0.00	9	4.32	0	0.00	208	100
3.	Debe hacerse la prueba solo cuando se enferma	8	3.84	0	0.00	0	0.00	0	0.00	20	96.16	208	100
4.	Debe prepararse antes de realizarse la prueba de Papanicolaou	208	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	208	100
5.	Solo las embarazadas deben hacerse el Papanicolaou	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	208	100	208	100
6.	Todas las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales deben hacerse la prueba	185	88.95	23	11.05	0	0.00	0	0.00	0	0.00	208	100

Cuadro # 4

Prácticas de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

N ^a	Preposiciones	si		no		A veces		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Se realiza usted el Papanicolaou	135	64.90	46	22.12	27	12.98	208	100
2	Se realiza anualmente el Papanicolaou	95	58.65	67	41.35	0	0.00	162	100
3	Si se lo indica el personal de salud se realiza usted el Papanicolaou	162	100.00	0	0.00	0	0.00	162	100
4	Si se realiza el Papanicolaou solicita el resultado	162	100.00	0	0.00	0	0.00	162	100
5	Solicita usted que le expliquen el resultado	162	100.00	0	0.00	0	0.00	162	100

Anexo 3

Tabla 1.

Conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	porcentaje
Bueno	104	50.00%
Regular	47	22.60%
Malo	57	27.40%
Total	208	100.00%

Tabla 2.

Actitud de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nivel de actitud	Frecuencia	porcentaje
Favorable	190	91.35%
Desfavorable	18	8.65%
Total	208	100.0%

Tabla 3.

Nivel de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nivel de practica	Frecuencia	porcentaje
Buena	95	45.68%
Regular	67	32.21%
Mala	46	22.11
Total	208	100.00%

Tabla 4.

Edad / Nivel de conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Edad. de las mujeres en estudio.	Nivel de conocimiento.							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 15 años.	5	23.80	9	42.86	7	33.34	21	100
16 - 20 años	15	36.59	18	43.90	8	19.51	41	100
20 - 35 años.	36	43.37	12	14.46	35	42.17	83	100
> 36 años.	48	76.19	8	12.70	7	11.11	63	100
Total.	104	50.00	47	22.60	57	27.40	208	100

Tabla 5.

Escolaridad / nivel Conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Escolaridad de los tutores	Nivel de Conocimiento.							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	0	0.00	1	25.00	3	75.00	4	100.00
Primaria	45	47.37	15	15.78	35	36.85	95	100.00
Secundaria	41	45.06	31	34.06	19	20.88	91	100.00
Técnico medio	10	100.00	0	0.00	0	0.00	10	100.00
Universidad	3	100.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
Profesional	5	100.00	0	0.00	0	0.00	5	100.00
Total	104	50.00	47	22.60	57	27.40	208	100.00

Tabla 6.

Procedencia / nivel Conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Procedencia	Nivel de Conocimiento.							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Urbano	87	65.41	36	27.06	10	7.52	133	100.00
Rural	17	22.66	11	14.67	47	62.67	75	100.00
Total	104	50.00	47	22.60	57	27.40	208	100.00

Tabla 7.

Nivel Conocimiento / tipo de actitud de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nivel de Conocimiento.	Tipo de actitud					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	104	100.00	0	0.00	104	100.00
Regular	47	100.00	0	0.00	47	100.00
Malo	39	68.42%	18	31.58%	57	100.00
Total	190	91.35	18	8.65	208	100.00

Tabla 8.

Nivel de Conocimiento/ tipo de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.

Nivel de Conocimiento.	Nivel de Practica							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	74	71.15	19	18.27	11	10.58	104	100.00
Regular	18	38.29	12	25.54	17	36.17	47	100.00
Malo	3	5.26	36	63.16	18	31.58	57	100.00
Total	95	45.68	67	32.21	46	22.11	208	100.00

Tabla 9.

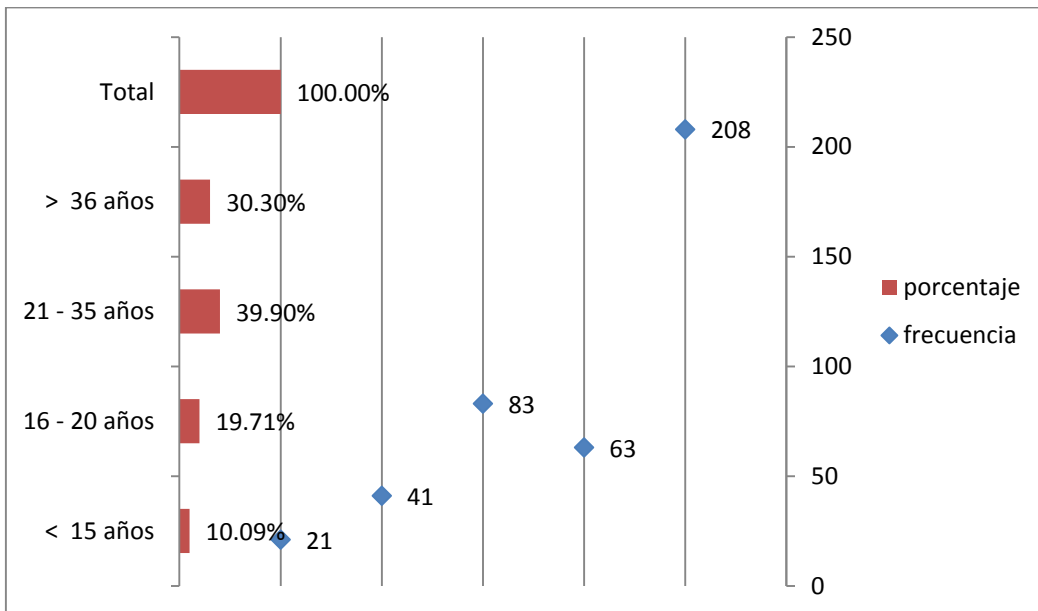
Actitud/Nivel de práctica de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016

Actitud de los tutores.	Nivel de Practica							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorable.	92	48.42	64	33.69	34	17.89	190	100.00
Desfavorable	3	16.67	3	16.67	12	66.66	18	100.00
Total.	95	45.68	67	32.21	46	22.11	208	100.00

Anexo 4

Grafico 1

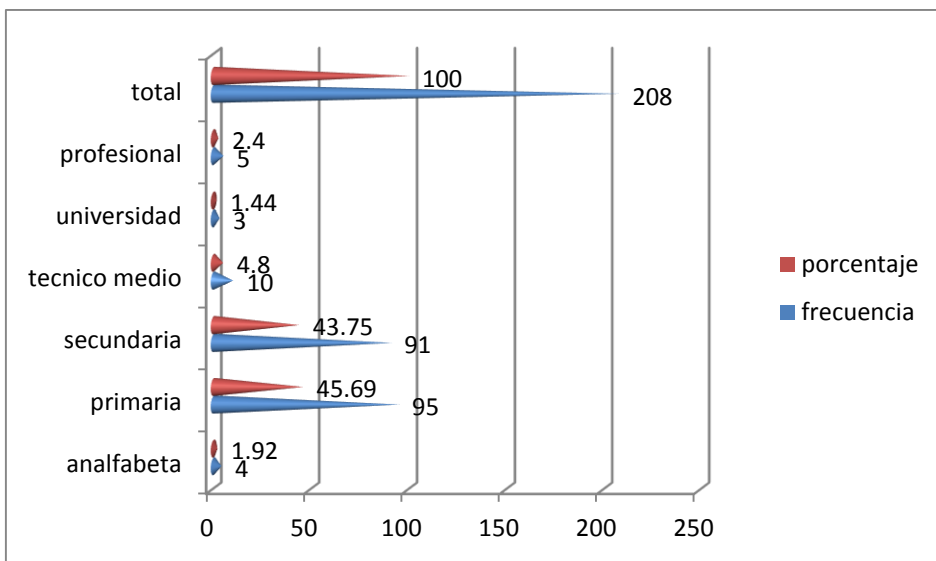
Edad de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: cuadro N°1.

Grafico 2

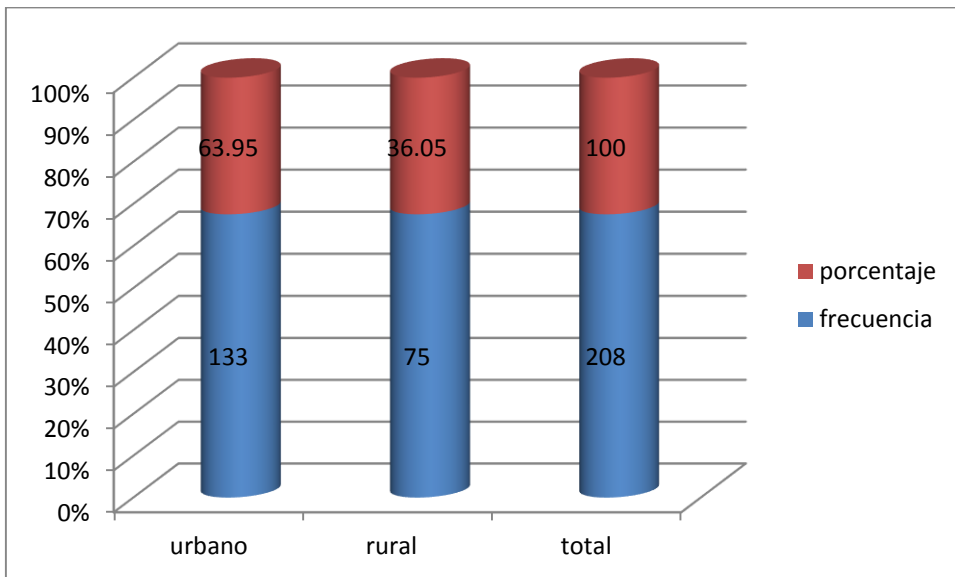
Escolaridad de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: cuadro N° 1

Grafico 3

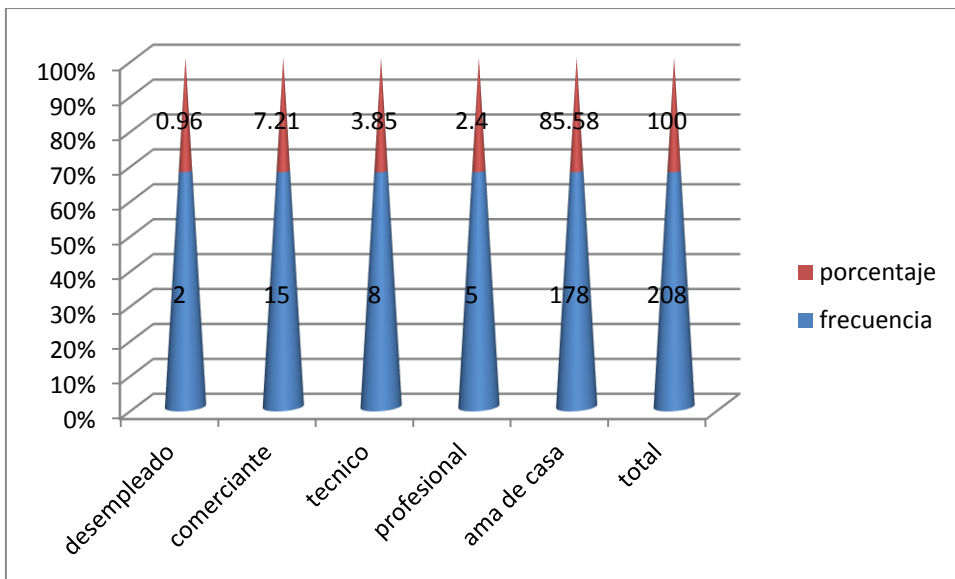
Procedencia de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: cuadro N° 1

Grafico 4

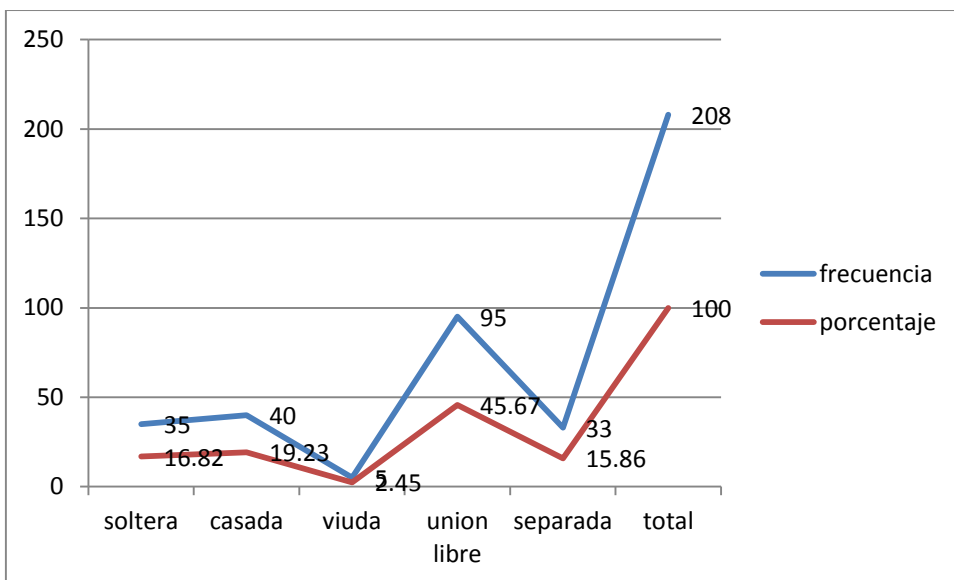
Ocupación de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: cuadro N° 1

Grafico 5

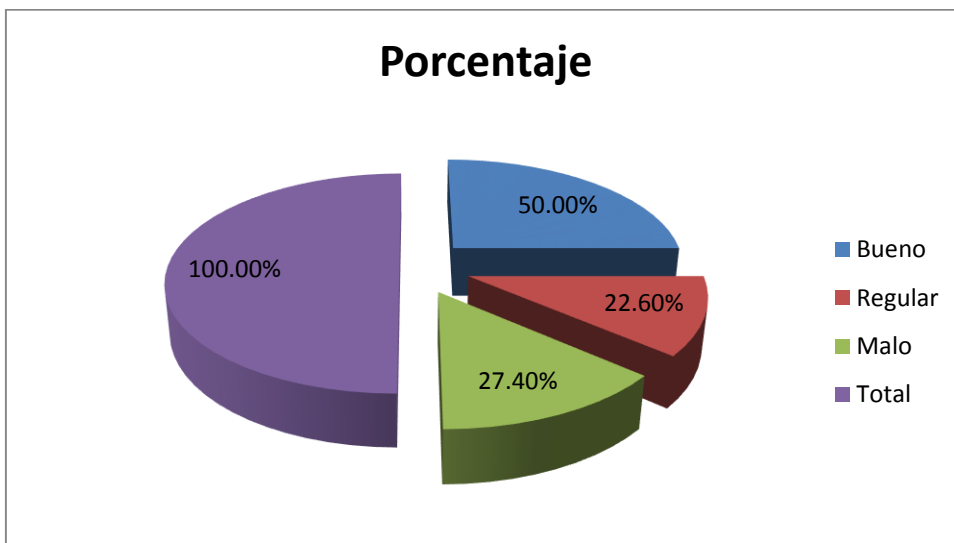
Estado civil de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: cuadro N° 1

Grafico 6.

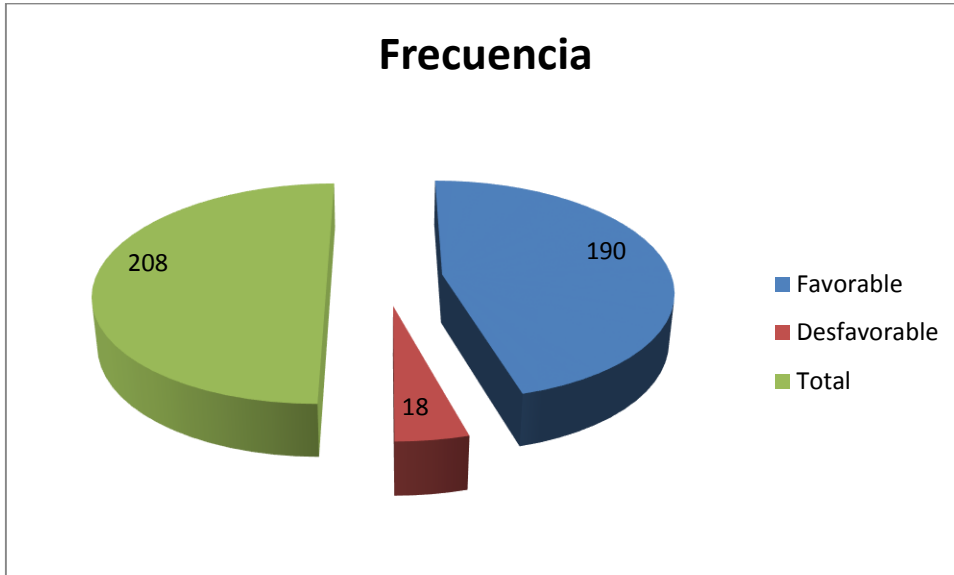
Conocimiento de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: Tabla número 1.

Grafico 7.

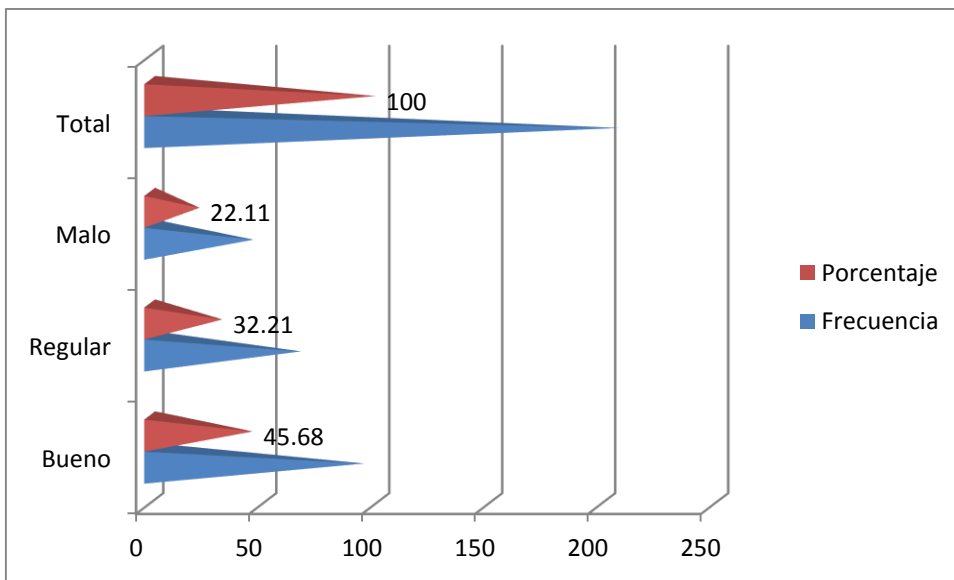
Actitud de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: Cuadro número 2.

Grafico 8.

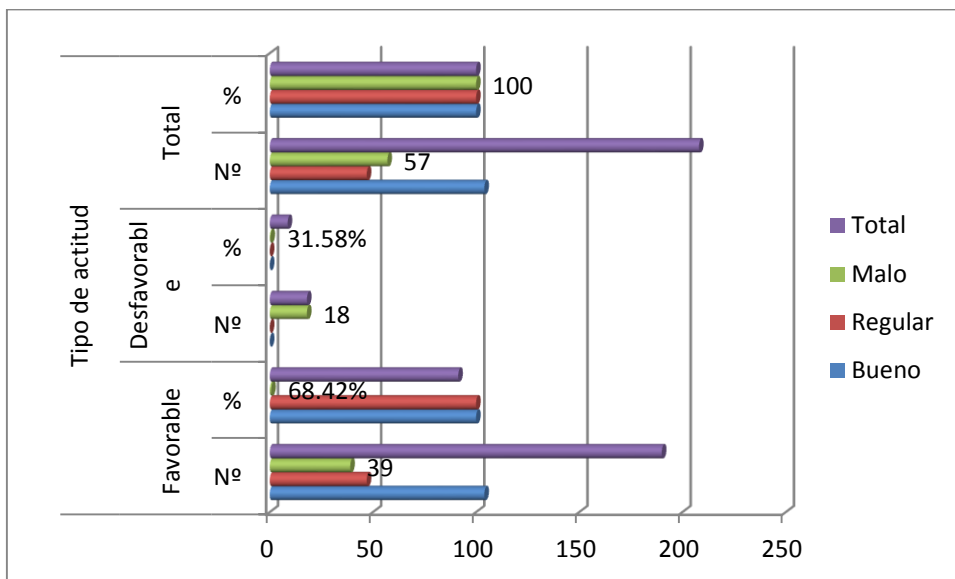
Nivel de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: tabla número 3.

Grafico 9.

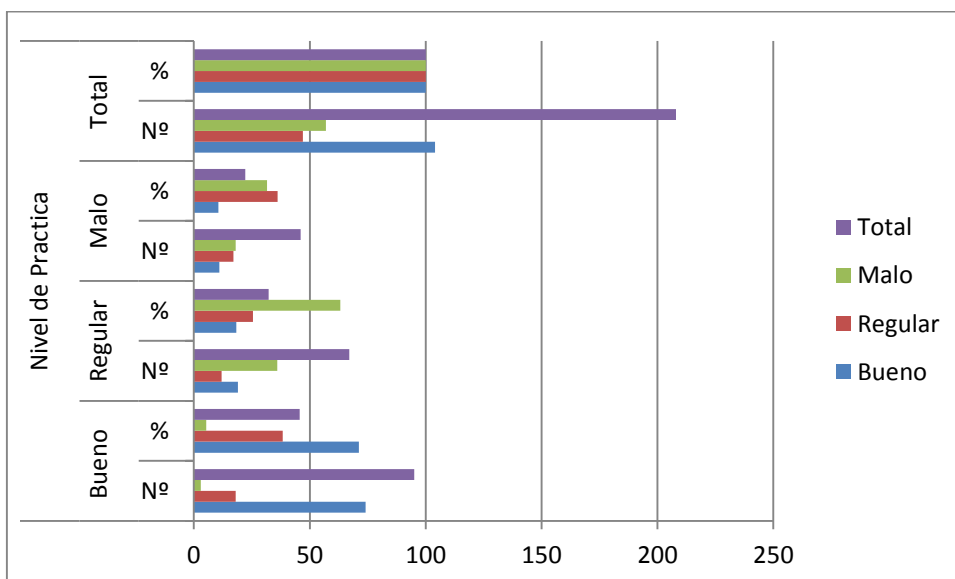
Nivel Conocimiento / tipo de actitud de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: tabla N° 7.

Gráfico 10.

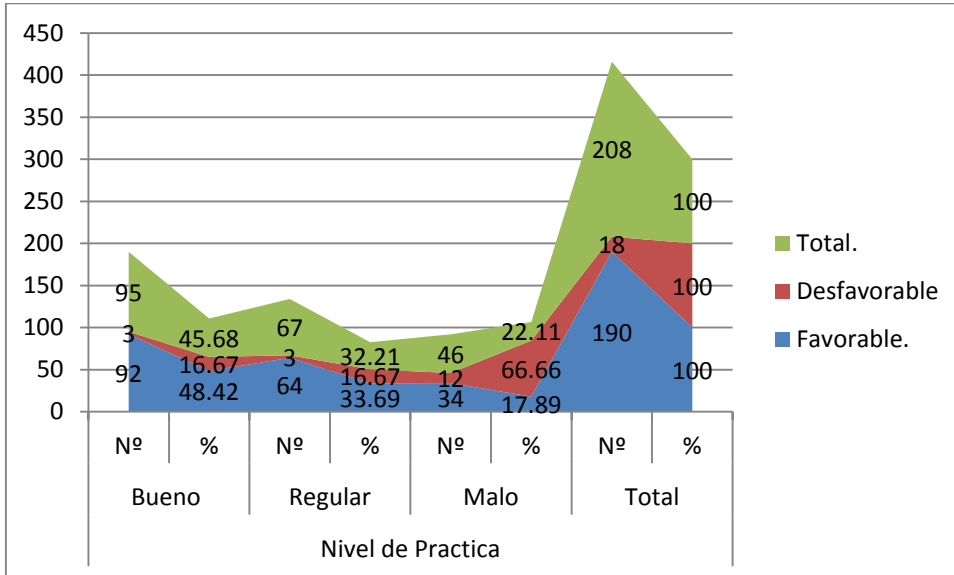
Nivel de Conocimiento/ tipo de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016.



Fuente: tabla N° 8.

Grafico 11.

Actitud/Nivel de práctica de práctica de las mujeres que acudieron al centro de salud Gregoria Gonzales de san Dionisio en el periodo comprendido 16 de septiembre a 16 de octubre del 2016



Fuente: tabla N° 9