



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
2008-2010

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

TEMA DE INVESTIGACION

CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRACTICAS SOBRE EL PAPANICOLAOU EN LAS USUARIAS EXTERNAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ROGER OSORIO, MUNICIPIO DE MANAGUA, MES DE JUNIO AL MES DE DICIEMBRE AÑO 2010.

AUTORA: IRINA TENORIO MORALES M.D.

TUTOR: DR.PABLO ANTONIO CUADRA

Especialista en epidemiología

MANAGUA, MES DE DICIEMBRE AÑO 2011.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>ii</i>
RESUMEN.....	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. ANTECEDENTES.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V. OBJETIVOS.....	12
VI. MARCO TEORICO.....	13
VII. DISEÑO METODOLÒGICO.....	30
VIII. RESULTADOS.....	37
IX. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	43
X. CONCLUSIONES.....	48
XI. RECOMENDACIONES.....	49
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
XIII. ANEXOS.....	55

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi tutor infinitamente, por su gran abnegación y dedicación a este trabajo de investigación científica.

A todas las personas que me brindaron apoyo incondicional y colaboraron para la conclusión de este trabajo.

A todas las mujeres usuarias externas del programa de planificación familiar que nos brindaron información con paciencia y abnegación, que contribuyeron con la investigación científica.

DEDICATORIA

Dedicado:

Agradezco a Dios, amándolo sobre todas las cosas, quien con su luz divina me ha servido de guía en el transcurso de mi vida y me ha escogido para la **misión más noble** de sanar las enfermedades y el dolor propio del ser humano.

Humildemente les digo me siento orgullosa de ser médico, gracias Señor.

A mi madre la **DRA. María Asunción Morales Barrantes** que me ha dado todo el apoyo y que me inspiro a estudiar con su ejemplo en su vocación por la salud pública.

A mi padre **DR. José Ronaldo Tenorio Bellanger** quien me ha brindado todo su apoyo, me ha heredado grandes valores y principios morales, lo que me inspiro a estudiar medicina.

A mi hija **Amy Layevska Valdivia Tenorio**, que me ha dado aliciente para continuar con mi superación personal, para alcanzar mis metas como mujer, profesional de la salud, que pueda en el futuro servirle de ejemplo.

A mis hermanos con amor **José Ronaldo Tenorio Morales, María Consuelo Tenorio Morales, Solveig Tenorio e ILona Tenorio**, siempre contando con el apoyo de ellos, sirviéndoles de ejemplo y de guía para su formación.

Dra. Irina Tenorio Morales

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal identificar los conocimientos, actitudes, prácticas que tienen las mujeres en edad fértil que acuden al programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, ubicado en el municipio de Managua, que depende del Silais Managua, en un período comprendido entre el mes de Junio al mes de diciembre del año 2010.

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal; se seleccionó al azar de una población total de 387 mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de planificación familiar, una muestra de 75 mujeres mediante una fórmula estadística. Se diseñó una encuesta para la evaluación del conocimiento, actitudes, prácticas de las usuarias en relación con la prueba de Papanicolaou, obteniendo los resultados de una fuente de información primaria. La información obtenida se procesó mediante el programa estadístico de EPI INFO, posteriormente representada en tablas y gráficos.

La mayoría de las mujeres del estudio son jóvenes con una media para la edad de 27 años, con un estado civil en su mayoría de unión estable, con un grado de escolaridad que en la mayoría tienen más de primaria completa, la mayoría son amas de casa, predominando las mujeres de origen urbano y la mayor parte de ellas profesan la religión católica.

Las mujeres del estudio presentaron en promedio 2 embarazos, la vía principal para el parto fue por vía vaginal, en su mayoría con un número de 1 a 2 partos. Una cantidad considerable de las mujeres en el estudio presentaron parto por vía cesárea, una minoría de las mujeres refiere haberse practicado al menos un aborto. Una cantidad de mujeres a considerar refieren que han presentado enfermedades de transmisión sexual, encontrándose con mayor frecuencia candidiasis vaginal, cervicovaginitis bacteriana, tricomoniasis vaginal e infección por virus del papiloma humano, en la mayoría de las mujeres predomina el uso de anticonceptivos inyectables.

En general el nivel de conocimiento es bueno, conocen la utilidad de la prueba, reconocen la importancia de la consejería previa a la toma de la muestra, conocen sobre las condiciones que deben de tener para realizarse la prueba de Papanicolaou, saben que toda mujer que inicio vida sexual activa debe de realizarse la prueba de Papanicolaou. La mayoría de las mujeres en el estudio presentaron un nivel de actitud adecuado.

La mayoría de las mujeres iniciaron vida sexual activa a la edad de 18 años, la mayoría de las mujeres refieren que solo han tenido un compañero sexual, la mayoría se ha realizado alguna vez la prueba de Papanicolaou, predominando con una periodicidad de 4 o más. En referencia a los factores asociados a la negación de la prueba del Pap encontramos con mayor frecuencia: el miedo a la prueba, la vergüenza, el descuido, no se lo realizan con personal de sexo masculino. La mayoría de las mujeres recogen los resultados y los conocen. En su mayoría las prácticas se clasificaron de riesgo intermedio.

Se encontró que las mujeres han obtenido información sobre el Papanicolaou por un médico, por un familiar o por una enfermera

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico-uterino (Cacu) es la neoplasia maligna más frecuente que se presenta en las mujeres en países en vía de desarrollo y el tercero en causar mortalidad relacionada con tumores malignos en la población en general.

En la población femenina ocupa el primer lugar dentro de las causas de muerte por neoplasias malignas, principalmente en las mujeres en edades comprendidas entre los 25 - 64 años¹.

En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan después de los 50 años de edad, representando un 9% de las causas de mortalidad en las mujeres, correspondiéndole a un 20% al cáncer cérvico-uterino; este tipo de neoplasia maligna tiene tendencia al incremento de los casos debido a una baja cobertura de las citologías cérvico-vaginales¹.

La mortalidad por cáncer en las mujeres es de un 45% para el cáncer cérvico uterino. La tasa de mortalidad por Cacu fue de 13.7% por cien mil mujeres mayores de 15 años para el año 2002. La tasa de mortalidad materna por Cacu en mujeres de 35 y más edad era de 28 por cien mil mujeres en edad fértil en el año 2003².

El Ministerio de Salud de Nicaragua 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 a los centros de salud de nuestro país.

El centro de salud "Roger Osorio" se encuentra ubicado en el barrio las Américas#2 perteneciente al municipio de Managua. Atiende una población total de 33,000 habitantes en total, que se encuentra ubicada en 4 zonas residenciales y 4 barrios, dentro de la atención a la población femenina, ofrece la prueba de citología cervical a todas las pacientes que solicitan el Papanicolaou y que tengan o han comenzado vida sexual activa³.

Durante las consultas las usuarias externas que acuden al servicio de planificación familiar, han expresado sus percepciones propias sobre la prueba de la citología cervical, algunas de ellas refieren temor a la realización de la prueba, y otras refieren que desconocen la importancia de la prueba de Papanicolaou.

La cobertura de las pruebas de citología cervical por primera vez es baja en comparación con las que se realizaron de forma subsecuente, estas en su mayoría son tomadas por auxiliares de enfermería y enfermeras.

En el año 2008 se realizó un total de 759 muestras de PAP, de las cuales 597 pertenecen al grupo etáreo de 15 a 49 años, a su vez se encontraron 287 muestras sin alteraciones, 265 muestras con reacción inflamatoria, 40 muestras con procesos infecciosos, 1 muestra que reporta atipia de células escamosas, 1 muestra que reporta Lesiones intraepiteliales de Bajo riesgo y 3 muestras con reporte de Lesiones intraepiteliales de alto riesgo⁴.

Debido a lo anterior mencionado el propósito del estudio es determinar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas influyen de manera importante en el comportamiento de los resultados obtenidos en las muestras de citología cérvico vaginal.

A nivel del Centro de Salud “Roger Osorio”, no se han encontrado estudios realizados sobre la prueba de Papanicolaou, podemos observar que los factores socio demográficos de las usuarias externas del programa de planificación familiar, la percepción errónea y la falta de conocimiento sobre la importancia de la prueba inciden en el nivel de cobertura de la citología cervical que se toma por primera vez.

El comportamiento observado en el resultado de las muestras de citología cervical refleja que las usuarias externas del programa de planificación familiar tienen prácticas de riesgo.

Las acciones desarrolladas han sido insuficientes, se ha dado más respuesta al daño que a la prevención, siendo pocos los recursos disponibles para el tratamiento. Se conoce poco sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres que acuden al programa de planificación familiar de esta unidad de salud sobre PAP.

Es por lo tanto importante investigar el conocimiento, prácticas y actitudes que poseen las usuarias externas del programa de planificación familiar, con el fin de detectar las necesidades de información sobre el tema que a la vez constituye en la base para mejorar la atención a la mujer y definir estrategias de intervención más efectivas.

ANTECEDENTES

El cáncer cérvico-uterino es una de las neoplasias malignas más frecuentes que afecta a la población de mujeres de los países en vías de desarrollo, ocupando el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad en relación con tumores malignos que afectan a la población en general.

En el año 2002 se realizó un estudio analítico, de tipo caso-control, basado en 59 mujeres negadas a realizarse la prueba citológica (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control), con la finalidad de identificar los factores que condicionaban la conducta de negación hacia el examen. La investigación se llevó a cabo en el Policlínico Docente "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba y los principales datos recopilados se referían a características socio demográficas de la muestra, conocimientos sobre la prueba y temores que despertaba su ejecución. Los resultados obtenidos revelaron un predominio de los siguientes factores predisponentes: temor a la prueba en sí, temor ante el posible diagnóstico positivo de cáncer cérvico-uterino y la realización del examen en locales inadecuados⁵.

En octubre en el año 2003, en la ciudad de Sucre en Bolivia se inició un proyecto en el cual se realizó una primera fase de investigación sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre cáncer cérvico-uterino en mujeres indígenas y en situación de pobreza encontrándose los siguientes resultados: dentro del perfil básico de las mujeres el 90% habla castellano y quechua, el 63% tiene grado primario o ninguno, 62% provienen del área rural, el 61,4% iniciaron su vida sexual activa entre los 15 a 20 años, es importante mencionar que 6 de cada 100 personas iniciaron vida sexual ante de los 15 años. Por otro lado el promedio de hijos tenidos es de 3.48 hijos por mujer frente al promedio de hijos deseados que alcanza el 2.61 por mujer, un 12% de las mujeres han tenido 8 hijos o más embarazos.

Un 75% de las mujeres entre 20 a 25 años conocen poco o nada respecto al cáncer cérvico-uterino, en el grupo de 14 a 19 años el desconocimiento es mayor y asciende al 82%.

El 72% de las mujeres en general desconocen cómo se detecta el cáncer cérvico uterino y en el caso de los hombres el 82% desconocen los métodos de detección del cáncer cérvico-uterino, solo el 25 % de la población sabe cómo se detecta el cáncer cérvico-uterino aunque el 66% conocen para qué sirve la prueba de Papanicolaou.

De acuerdo con las actitudes el 21% de las mujeres refieren que a sus parejas no les importa que ellas se realicen la prueba de Papanicolaou, solo el 10% de las mujeres refieren que sus parejas están totalmente de acuerdo a que se realicen la prueba de Papanicolaou, 90 de cada 100 hombres están en total desacuerdo.

En relación a las prácticas el 45.5% de las mujeres que iniciaron vida sexual activa nunca se han realizado un Papanicolaou, dentro de las causas más frecuentes encontraron los siguientes resultados: por miedo a la prueba un 14.2%, por falta de información un 6.5% y por falta de acceso a los servicios 5.8%.

El 80% de las mujeres que alguna vez se realizaron el Papanicolaou lo hicieron 3 o menos veces, el 18% de las mujeres que se hicieron Papanicolaou se lo realizaron con intervalo de 1 año o menos. Solo el 88% de las mujeres alcanzaron a recoger sus resultados y según sus parejas este porcentaje disminuye a un 71% de las mujeres que recogen los resultados.

Por otro lado el 57% de las mujeres que se hicieron Pap no saben para que sirva la prueba de Papanicolaou, el 85% de las mujeres que no se hicieron Pap no se saben para que sirva.

En promedio la mayoría de las mujeres que se realizaron Pap lo hicieron con una frecuencia de 4 años y muy pocas se lo hacen según las normas.

El 87% que se hicieron Pap indican que recibieron una buena atención; dentro de los establecimientos que le brindaron mejor atención fueron en la iglesia con un 100% y en las ONGS con un 92.2%⁶.

En Nicaragua se han realizado estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou:

En el año 2000 Cárdenas Blass, Chavarría Valdivia realizaron un estudio de conocimiento, actitudes, practicas sobre Papanicolaou en mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 49 años, en el municipio de Belén Rivas, se encontraron los siguientes resultados:

La mayoría de las mujeres se encontraban entre las edades de 20 a 29 años con 46.8%, de estado civil acompañadas 58.3%, escolaridad primaria 56.1%, procedencia rural un 2.6%, con ocupación ama de casa el 74.1% y de religión católica 78.4%.

La mayoría de las mujeres que iniciaron vida sexual comenzaron entre los 15 a 19 años con un 63.3%, en su mayoría (52.5%) habían tenido solo un compañero sexual. El tipo de método de planificación familiar más utilizado era el hormonal (48.9%), predominaron las multigestas (30.3%), las que habían parido de 2 - 3 hijos (33.8%) y las que no habían tenido aborto (79.1%).

El 93.5% de las mujeres habían recibido información sobre Papanicolaou, y el medio de obtención fue a través de la enfermera y el médico.

El 62.6% de las mujeres tenían un buen nivel de conocimiento, el 89.2% presentaban adecuada actitud y el 69.8% presentaban practicas incorrectas sobre Papanicolaou⁷.

En el año 2001 López Gonzales realizó un estudio sobre conocimiento, actitudes, practicas sobre la Importancia del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años que

demandaron atención ginecológica en el Centro de Salud “Manuel Orozco”, del municipio de San Isidro Matagalpa, se encontraron los siguientes resultados:

La mayoría de las mujeres se encontraron entre las edades de 25 a 29 años con un 22.6% (24), con escolaridad primaria en un 48.1% (51), estado civil acompañadas con 53.7% (57), con ocupación de ama de casa en un 94.3% (100), procedencia urbana con un 70% (74), de religión católica un 56.6% (60) y de nivel socioeconómico medio con un 54.7% (58).

Las mujeres que iniciaron vida sexual activa entre los 15 a 19 años en un 73.6% (78), el 50% (53) solo había tenido un compañero sexual, un 67.9% (72) manifestó que planificaban con gestágenos orales, un 83.9% negó haber presentado alguna vez ITS, predominaron las multigestas con un 33.9% y con una paridad de 2 a 3 hijos en un 42.8%.

De acuerdo con el conocimiento sobre el Papanicolaou fue catalogado como bueno en un 56.6% y las prácticas que presentaron hacia este fueron consideradas incorrectas en un 66%. El 61.32% manifestaron un interés propio por la realización del Pap, dentro de las causas de negación hacia la prueba de Papanicolaou se encontraron: pudor en un 82.07%. Se manifiestan como las principales fuentes de Información a médicos (61.3%) y enfermeras (30.14) respectivamente⁸.

En el año 2003 Baltodano Rodríguez realizó un estudio descriptivo sobre conocimientos, actitudes, prácticas sobre la importancia del Papanicolaou en mujeres que acuden al centro de salud Carolina Osejo en el municipio de Villa Nueva Chinandega, en el cual se encontraron los siguientes resultados: en relación a las características socio demográficas el 34.1% se encontraba en las edades entre 20 a 29 años, 55% se encontraban acompañadas, con escolaridad primaria 58.3%; el 81.6% eran amas de casa, con religión católica 45% y procedencia rural 65%. En cuanto a los antecedentes ginecobstétricos predominaron las mujeres multigestas, las cuales en un 53.3% habían tenido más de 4 hijos, a su vez predominaron las que no habían tenido abortos y legrados con 80 y 81.6% respectivamente.

El 70% habían iniciado vida sexual activa entre los 13 - 19 años, con un solo compañero sexual (61.6%); habían tenido infección vaginal (61.6%) y la infección más frecuente fue candidiasis vaginal con un 30%.

En cuanto al nivel de conocimiento 34.1% tenía un conocimiento bueno, otro 34.1% tenía un conocimiento regular, un 31.6% el conocimiento era malo; un 62.1% tenía practicas correctas y un 96.6% actitudes adecuadas sobre Papanicolaou⁹.

Cedeño Izaguirre, Morales Ramírez realizaron un estudio sobre conocimiento, actitudes, prácticas acerca de la utilidad del Pap en pacientes sexualmente activas que asisten al programa de atención integral a la mujer en el centro de salud “Héroes y mártires de El Cuá”, municipio de Jinotega en el año 2003, encontrándose los siguientes resultados:

La mayoría de las pacientes se encontraban en las edades comprendidas entre 15 - 24 años (39.4%), en cuanto al estado civil las mujeres acompañadas corresponden al 50.5%, escolaridad primaria incompleta un 27.2%, de procedencia rural corresponde un 62.5%, dedicadas a actividades en el hogar el 51.5%, religión católica el 50% y de bajo nivel socioeconómico el 66.8%.

La mayoría de las mujeres iniciaron vida sexual activa temprana entre los 15 y 19 años (64.4%), un 55% con un promedio de 2 a 3 compañeros sexuales, el método anticonceptivo más utilizado fue el Hormonal (54.4%), el 51.5% habían tenido de 1 a 3 embarazos, el 49.4% entre 1 a 3 partos y el 63.4% no presentaron abortos.

En relación con los conocimientos el 100% de las pacientes habían oído hablar sobre Papanicolaou, siendo su principal fuente de información los médicos (61%), de enfermeras 33.3%, 43.7% presentaron un nivel de conocimiento regular, el 55% una actitud regular y el 38.2% prácticas de riesgo; dentro de las principales razones por las que no acuden a las unidades de salud para la toma del Papanicolaou es por pudor o vergüenza(52.5%) y la principal razón por la que alguna vez se lo habían realizado fue por orden medica 51%¹⁰.

En el año 2006 Silva Bustos realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en adolescentes de 15 a 19 años de edad en el municipio de Camoapa, departamento de Boaco. Se encontraron los siguientes resultados: el 55% de las adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular seguido del conocimiento malo con 33%. El 58% obtuvo una actitud desfavorable hacia la realización de la prueba de Papanicolaou que se explica con la baja promoción de este examen y se traduce con baja cobertura. El 57% de las adolescentes atribuyen como principal causa de negación a la prueba el pudor o vergüenza.

La mitad de las adolescentes han utilizado algún método anticonceptivo, solo un 48% de las adolescentes se habían realizado al menos un Papanicolaou al momento del estudio y el 53.3% no, por lo que se concluye con un nivel malo en cuanto a las prácticas.

El 78% habían escuchado hablar del Pap, 50.5% de las adolescentes han obtenidos la información del personal de salud y el lugar donde la han adquirido en su mayoría (56.3%) en un centro de salud. El 62.1% sabe la utilidad del Pap y solamente 52.8% de las mujeres que se practicaron el examen reclamaron los resultados¹².

En el año 2006, Soza Noel realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del hospital en donde se obtuvo los siguientes resultados:

La mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, solo el 42% de ellas se lo habían hecho.

Los **conocimientos, actitudes y prácticas** de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou.

Los **conocimientos** se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y al aumentar la edad de las pacientes.

Las **actitudes** y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar ¹³.

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 la primera 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.

El Ministerio de Salud en Nicaragua en el año 2002 reportó tasas de muerte por cáncer cérvico-uterino en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, la cual supera el doble de las tasas por mortalidad materna el 6.5 por cien mil mujeres mayores de 15 años ¹².

Los programas de detección temprana han contribuido a reducir la morbi-mortalidad por esta patología, mediante la realización de una prueba sencilla y de bajo costo como la prueba de la citología cervical, sin embargo las bajas coberturas de la prueba de Papanicolaou por primera vez son bajas en nuestras unidades de salud.

Las acciones y estrategias desarrolladas que son disponibles no son suficientes para el control de la enfermedad, existe poca promoción de la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que acuden a consulta al Centro de Salud "Roger Osorio" expresan temor, desconocimiento, algunas creencias erradas sobre la prueba de Papanicolaou, lo que nos impide su realización.

Con esta investigación se pretende conocer aspectos importantes propios de la conducta de las mujeres que acuden al programa de planificación familiar que tiene relación estrecha con la enfermedad, que posteriormente nos permitirá el diseño de nuevas intervenciones sobre todo de promoción y prevención que nos de una respuesta más eficaz a este problema de salud pública.

Los resultados del estudio permiten modificar y mejorar los procesos educativos dirigidos a las mujeres, para elevar sus conocimientos y crear conciencia social

sobre la importancia de la prueba de citología cervical y la detección temprana del cáncer cérvico-uterino, para asegurar la mayor cobertura posible de atención, así mismo sirve de utilidad a instituciones como el MINSA y a otros proveedores de servicios de salud de naturaleza pública o privada como base para crear líneas estratégicas de intervención educativas, brindando una atención de calidad a la mujer con un enfoque integral.

La intención principal es crear una línea de base que sirva como un punto de partida para implementar acciones mediante la planificación de programas que permitan la promoción de la citología cervical para disminuir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou que tienen las usuarias externas del programa de planificación familiar del Centro de Salud “Roger Osorio”, municipio de Managua, mes de junio al mes de Diciembre, año 2010?

Del problema principal se derivan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las usuarias externas sobre el Papanicolaou?
2. ¿Cuáles son las actitudes que las usuarias externas tienen sobre el PAP?
3. ¿Qué tipo de prácticas tienen las usuarias externas en relación a la prueba de Papanicolaou?
4. ¿Cuál es la prevalencia de los antecedentes gineco-obstétricos?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el conocimiento, actitudes y prácticas de las usuarias externas que acuden al programa de planificación familiar sobre la prueba de Papanicolaou, Centro de Salud “Roger Osorio”, municipio de Managua, del mes de junio al mes de diciembre del año 2010.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características socio demográficas de las usuarias externas/que acuden al programa de planificación familiar.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tiene las usuarias externas del programa de Planificación Familiar sobre el Papanicolaou.
3. Establecer las actitudes que tienen las usuarias externas/que acuden al programa de planificación familiar.
4. Evaluar las prácticas de las usuarias externas/que acuden al programa de planificación familiar.
5. Identificar los principales antecedentes gineco-obstétricos de las usuarias externas que acuden al programa de planificación familiar.

MARCO TEORICO

Conceptos generales

El conocimiento implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que se debe hacer o se puede hacer ante una situación determinada¹⁴. El termino conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis, la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

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. El tipo de conocimiento es el que estimula el autoanálisis y es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas.

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera" determinada"¹⁴.

Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, entre otros.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas por tanto su desarrollo implica socialización y habito.

El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad tiene influencias sobre las actitudes y las creencias.

Las actitudes pueden ser confundidas fácilmente con los hábitos y motivos. La diferencia fundamental es que aquellas, además de ser una disposición de conducta, incluyen también el conocimiento y la visión del mundo de una persona.

Las creencias son preposiciones simples de manera consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace, que puede ir precedida de la fase yo creo que...

El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo¹⁴.

Las practicas se refieren al comportamiento que está conformado por conductas, procedimientos, reacciones; es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, las practicas regulares se llaman hábitos, y se definen como una respuesta establecida para una situación común¹⁴.

En términos generales, **riesgo** es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud¹⁵.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud¹⁵.

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños de salud.

Según **John M. Last** el término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

- a) Un atributo ó exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- b) Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.
- c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable.

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice¹⁵.

Los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos
- Ambientales
- De comportamiento
- Relacionados con la atención de la salud
- Socios culturales
- Económicos

Factores de riesgo según el CLAP

Como se señaló anteriormente, no todos los individuos tienen el mismo riesgo de padecer los problemas. Por lo tanto se lograra mayor impacto si en los subgrupos más afectados los problemas se controlan preferentemente en los individuos que tiene mayor riesgo de padecerlos.

Riesgo significa la mayor probabilidad de padecer un daño; es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinado.

Factor de riesgo es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.

Situación del cáncer cérvico-uterino en Latino América y el Caribe

En la región de las Américas se presenta alrededor de 68,000 casos nuevos de cáncer cérvico-uterino por año. Las tasas de registros más bajas se presentan en Canadá y los Estados Unidos y las más altas corresponden a Perú y Uruguay¹⁶.

Para el año 2000, se calculó que habría 470,606 casos nuevos y 233,372 defunciones por carcinoma del cuello uterino en mujeres alrededor del mundo entero. El 80% de esta carga corresponde a los países en vías de desarrollo donde esta enfermedad ocupa el primer lugar de las neoplasias malignas que afectan a las mujeres¹⁶.

En la región de las Américas se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cérvico-uterino de los cuales 83.9 % y 81.2% corresponderían a América Latina y el Caribe¹⁶.

El cáncer cérvico-uterino produce altas tasas de mortalidad en la población femenina, sin embargo es una patología que se puede prevenir y curar a través de la detección oportuna con la prueba de la citología cervical, cuando se cuenta con los métodos de tamizaje en las mujeres asintomáticas; sin embargo los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco éxito.

En México hay un programa de tamizaje que se puso en marcha desde hace 20 años se han evitado menos del 13 % de los casos potencialmente prevenibles de manera igual en Costa Rica ninguno de los programas de tamizaje han tenido repercusión sobre la incidencia y la mortalidad.

En Cuba existe un programa de tamizaje desde 1968, observándose en los registros estadísticas incrementos en la incidencia y mortalidad, especialmente entre mujeres jóvenes.

Midiendo la carga de morbilidad en años de vidas ajustados en función de la discapacidad (AVAD), tomando en cuenta que un AVAD es igual a la pérdida de un año de vida saludable; los cálculos recientes hechos por la OMS sugieren que en las Américas, el cáncer cérvico-uterino causa 471,000 AVAD al año.

En América Latina y el Caribe las tasas de incidencia se mantienen por arriba de 20 por cada 100.000 mujeres en el año.

Los datos recientes de mortalidad estandarizada por edades (TMEE) persistentemente en Nicaragua, El Salvador y Perú.

En el año 1995 murieron de cáncer cérvico-uterino 6.065 mujeres entre los 35 y 64 años de edad en 16 países lo cual ocasiono una pérdida de de 183,487, si se hace una esperanza de vida al nacer de 75.8 años. Con base a los datos más recientes proporcionados a la OPS, entre los años 1996 y 2001, 74,855 mujeres de 13 países latinoamericanos murieron por cáncer cérvico-uterino, de estas mujeres 50,032 tenían entre 25 y 64 años de edad y su muerte prematura significo más de 1.56 millones de años de vida potencialmente perdidos.

El cáncer cérvico-uterino ocasiona una mayor proporción de muertes por cáncer en la mujer en América Latina y el Caribe que en América del Norte. Si se consideran las defunciones por todas las neoplasias (excluyendo las de piel) en mujeres en las Américas, la mortalidad proporcional por cáncer cérvico-uterino

varía desde menos de 2,5 por ciento en América del norte hasta 49,2 por ciento en Haití.

Las cifras de la relación o cociente entre la incidencia y mortalidad del cáncer cérvico-uterino en la mayoría de los países en América Latina y el Caribe generalmente parecen mantenerse estables alrededor de 2:3; Haití tiene la relación más baja, con 1:7. Si bien las altas cifras de la relación entre incidencia y mortalidad pueden reflejar una elevada supervivencia en las pacientes con cáncer, un registro insuficiente de las defunciones por cáncer cérvico-uterino también podría hacer que este cociente más alto del esperado¹⁶.

Una baja comprobación de los casos, derivada de la variabilidad en la precisión del diagnóstico, o la falta de registro apropiado de los casos de cáncer, así como las altas tasas de incidencia, también puede repercutir en la magnitud de este parámetro. Sin embargo una baja relación entre incidencia y mortalidad puede reflejar tasas elevadas de letalidad en las pacientes, así como diferencias reales en la incidencia.

Las variaciones entre la incidencia y la mortalidad pueden relacionarse con las diferencias en el acceso a los servicios y la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socio económica, así como aspectos culturales y psicosociales.

Las tasas de supervivencia al cáncer son significativamente más bajas en los países en desarrollo. En un estudio multisectorial por Internacional Agency for Reserch on Cáncer (IARC), las tasas de supervivencias estandarizadas para el cáncer cérvico-uterino por edades (SREE) variaron entre 28 y 64. 9 % en 10 poblaciones tomadas de 5 países en desarrollo, entre ellos Cuba.

Los análisis encontraron diferencias entre las tasas de supervivencia entre países en desarrollo y países desarrollados en cuanto a las tasa de supervivencia relativa en cáncer cérvico-uterino. La supervivencia decreciente a mayor edad fue más notable para el cáncer cérvico-uterino en los diez registros que se examinaron, tomados de 5 países en desarrollo.

Al igual que en otras enfermedades crónicas las tasas de incidencia o mortalidad aumentan con la edad. Un análisis de los datos por mortalidad por cáncer cérvico-uterino notificados por los países de América Latina y el Caribe indica que las mujeres entre 35 a 54 años de edad conforman reiteradamente la mayor proporción de las defunciones anuales.

Aspectos de la calidad de los métodos citológicos del tamizaje

Una deficiencia grave en los programas de prevención del cáncer cérvico-uterino en América Latina y el Caribe radica en la calidad y cobertura de los métodos de tamizaje mediante citología del cuello uterino por ejemplo problemas de calidad en la toma, recolección, preparación, e interpretación de los frotis de Papanicolaou.

Como respuesta a este problema la OPS puso en marcha un sistema externo de control de calidad a fin de mejorar la efectividad de los laboratorios de citología en determinados países de América Latina.

Esta red panamericana de citología actualmente consta de 45 laboratorios en 7 países latinoamericanos. Mediante el sistema de ReDPAC, demuestra que si bien, hubo mejoras en algunos laboratorios en cuanto a la concordancia de sus diagnósticos con los del panel de expertos entre series de pruebas de pericia, no ocurrió lo mismo en todos los laboratorios.

Como parte de las normas y directrices nacionales, muchos países han identificado una determinada población de mujeres como destinataria de los métodos de tamizaje para el cáncer cérvico-uterino, sin embargo en la mayoría de los países una cobertura persistentemente baja es ubicuo; aún cuando se analiza la cobertura por edades se hace evidente que las mujeres más jóvenes están sometiéndose a tamizajes de manera desproporcionada y con mayor frecuencia.

Situación del cáncer cérvico-uterino en Nicaragua

En la mayoría de los países la iniciativa para la detección del cáncer cérvico-uterino está vinculada con los programas de planificación y atención prenatal. En cuanto a la situación sobre el cáncer cérvico-uterino, este constituye una de las causas más frecuentes de defunciones por tumores cancerígenos en Nicaragua y se ha observado un aumento en las tasas de mortalidad y el número de casos por este tipo de neoplasia maligna, a pesar de existir un sub-registro importante. En Nicaragua el cáncer cérvico-uterino es la primera causa de muerte en las mujeres, constituyendo el grupo etáreo más afectado por Cáncer las mujeres de 50 años, Más del 80% de las pacientes llegan al CNR en estadios avanzados.

En el año 1990 se reportó 141 casos de muertes por Cáncer por 100,000 mujeres y para el año 2005 se encontraron 205 casos 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 fueron de 20.6 por cada 100,000 mujeres en 1992 y en el año 2005 se reporta una tasa 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.

En los casos reportados por cáncer cérvico-uterino en el año de 1990 en mujeres de 15 a 34 años se encontraron 14 casos, en mujeres de 35 a 49 años aproximadamente 53 casos y en mujeres de 50 años y de más edad alrededor de 74 casos.

De acuerdo con las coberturas de citología cervical para el año 1999 se alcanzó el 12% y 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.

En Nicaragua para el año 2004 se realizó un análisis comparativo entre las tasas de defunciones, el número de defunciones y la cobertura de PAP encontrándose los siguientes datos: 240 defunciones, con una tasa de 18.7 por 100,000 mujeres y con una baja cobertura de un 9%, para el año 2007 se reportaron 244 casos de muertes por cáncer cérvico-uterino.

Los casos de cáncer cérvico-uterino según la edad se observan que en los grupos de 15 a 34 años se reportaron 21 casos, de 35 a 49 años se reportaron 78 casos, en mujeres de 50 años y de más edad se reportaron 145 casos para el año 2007.

De acuerdo con las tasas de muertes reportadas según la edad se observó para las edades de 15 a 34 años una tasa de 2 por 100,000 mujeres, de 35 a 49 años se reportó una tasa de 18.5 casos y en las mujeres de 50 años o más una tasa de 44.3 para el año 2007.

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 Cacú 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, Río 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.

En el SILAIS Managua se reportó 69 casos de defunciones por cáncer cérvico-uterino y se encontró una cobertura baja de un 10%. El SILAIS Managua reportó 288 casos de Cacú, al investigar la cobertura de Pap se encontró que es de 8.9% para el año 2008.

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 número de 7 casos y una tasa de mortalidad de 31.7, Edgard Lang con un número 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 2007¹⁶.

El centro de salud Roger Osorio se encuentra ubicado en el barrio las Américas #2, perteneciente al municipio de Managua, constituye una unidad de lectura de muestras en el país, las cuales proceden de las diferentes unidades de salud del departamento de Managua, cuenta con una cito tecnóloga y realiza 48 lectura por día.

Para el año 2007 establecieron como meta para la unidad de salud, 757 tomas de citología cervical (8%) en mujeres de todas las edades que ya iniciaron vida sexual activa, con un cumplimiento de 491 muestras que corresponde al 64% de la cobertura establecida.

En el año 2008 se han realizado 876 muestras de citologías cérvico vaginales, de las cuales 756 son satisfactorias, 112 muestras son adecuadas pero limitadas y 2 de ellas son insatisfactorias para un total de 876 citologías cérvico-vaginales.

El personal de salud que ha tomado más muestras en el año corresponde al personal de enfermería con 784 muestras, seguido de 220 muestras por parte de los médicos y 71 muestras por parte de los auxiliares de enfermería¹⁶.

En el año 2008 de acuerdo con los resultados de las citologías cérvico vaginales y en relación con la edad de las usuarias de los servicios del centro de salud/ en las mujeres de 10 a 14 años encontramos una muestra que reporta inflamación. En las mujeres de 15 a 49 años 287 muestras con resultados normales, 265 muestras reportadas con proceso inflamatorio, 40 muestras reportadas con infecciones cérvico vaginales, una muestra con atipia escamosa, una muestra con lesión intraepiteliales de bajo grado y 3 muestras con lesiones intraepiteliales de alto grado. En las mujeres de 50 y más años de edad se encontró 116 muestras sin alteraciones, 38 muestras con procesos inflamatorios, 6 muestras que reportan procesos infecciosos.

La frecuencia de procesos infecciosos e inflamatorios en mujeres de 10 a 49 años es representativa, lo que se puede explicar por un probable inicio temprano de vida sexual activa lo que constituye una práctica sexual de riesgo de presentar posteriormente cáncer cérvico-uterino.

En el grupo de 15 a 49 años se han reportado muestras con alteraciones celulares y lesiones pre invasoras, constituyendo a este grupo de edad el más afectado.

Percepción de las usuarias que acuden a consulta al centro de salud Roger Osorio

La satisfacción de las usuarias que demandan la consulta y los servicios de salud de este centro asistencial se ve afectada por las largas horas de espera, por la alta demanda de la población y por el corto tiempo que se debe dar a cada consulta con cada paciente.

Los mitos y creencias de las usuarias que tienen sobre el examen de la citología cervical representan una barrera cultural para la realización del PAP; algunas pacientes durante la consulta expresan sus temores sobre la realización de esta prueba por las creencias de que perderán o se le extraerá algo que es parte de su cuerpo, en otras creencias que son comunes entre ellas es que la toma de la muestra produce mucho dolor o quedaran incapacitadas para tener hijos; por otro lado siente temor de que se les encuentren enfermedades que para ellas son "incurables como el cáncer".

La mayoría de las mujeres que acuden al centro de salud proviene de barrios marginales, de la zona rural por lo tanto tienen niveles socioeconómicos bajos, baja escolaridad y pobre nivel cultural, inician vida sexual activa de manera precoz, con un gran número de hijos a cargo y en condición de madres solteras o sufriendo de violencia intrafamiliar. Durante la consulta algunas pacientes refieren que sus compañeros de vida o esposos pueden estar en desacuerdo sobre el hecho de que acudan a la consulta que brinda el servicio de planificación familiar y tener acceso a métodos anticonceptivos.

Los conocimientos sobre la importancia de la prueba de la citología cervical, así como el procedimiento para la toma de la muestra son insuficientes por parte de la población en general que acude al centro de salud.

Por otro lado tanto los hombres como las mujeres presentan prácticas sexuales de riesgos que comprometen la salud, es poco usual planificar con el preservativo, se observa en una parte de la población una conducta con tendencia a la promiscuidad sobre todo en los pacientes de género masculino; estos comportamientos son factores de riesgo de gran relevancia que comprometen la salud de la población, que no solo afecta y predispone a las mujeres a padecer de Cáncer, también a enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA.

Dentro de los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino encontramos como causa principal la infección por el virus del papiloma humano y es una enfermedad de transmisión sexual, encontrado en aproximadamente un 93% de los casos de cáncer invasor y de lesiones precursoras. El inicio de vida sexual activa a edad temprana, el número de compañeros sexuales que han tenido, los antecedentes de infección de transmisión sexual y otras características sobre las prácticas sexuales se relacionan con la probabilidad de contraer una infección por VPH. La infección por virus de herpes simple tipo II predispone a la aparición de cáncer invasor.

La paridad elevada, los antecedentes de aborto en la historia clínica de una paciente son cofactores para la aparición de cáncer cérvico-uterino, las mujeres multíparas que han tenido 4 hijos o más tienen mayor riesgo de presentar cáncer cérvico-uterino en relación a las mujeres nulíparas.

La historia familiar de cáncer, el tabaquismo, uso de anticonceptivos como gestágenos orales y las antecedentes enfermedades de transmisión sexual son factores de riesgo para presentar cáncer cérvico-uterino.

Citología cervical o Papanicolaou: La citología cervical es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, siendo un examen simple, barato e inocuo, que consiste en la exfoliación de células del cuello uterino.

Indicaciones para el tamizaje (Pap):

Todas las mujeres que hayan Iniciado vida sexual activa con énfasis en:

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

Recomendaciones a las usuarias:

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

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

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

En Usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha de parto o cuando la usuaria rehúsa a realizarse la prueba pese a una buena consejería, se aconseja retrasar la toma de la prueba hasta 8 semanas después del parto.

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

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

Frecuencia de la prueba

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1 -1 -1 – 3 anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza 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.

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

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

Toma de la muestra

Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.

Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir.

Obtener el consentimiento informado de la usuaria.

El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lamina.

Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros estén disponibles: especulo estéril, fuente estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc.

Preparación de las laminas, tocarla solo por los bordes.

Previa evacuación de 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 tener las manos libres. Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix.

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

La muestra se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.

Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente porque tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.

Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce al canal y rotarlo 360°. La muestra de endocervix se extiende longitudinalmente a la otra mitad de la lámina.

Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células.

No se recomienda la utilización de fijadores para el cabello ya que contienen otras sustancias que oscurecen la lámina y dificultan la lectura, tampoco se recomienda la inmersión de la lámina por el peligro de contaminación, si se usa alcohol al 95%, se deberá utilizar un atomizador para rociar la lámina.

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

Después que se seque la lámina (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que se contamina con hongos del ambiente.

Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado, v Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días.

Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco.

Recomendaciones:

No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.

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

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

Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o post-

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

Errores que deben evitarse:

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

Informe de los resultados:

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de las decisiones para el manejo adecuado de las usuarias que acceden al tamizaje.

Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. En caso de que la usuaria no llegue a recoger su resultado, y presente una alteración que se sospeche de malignidad se debe realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Interpretación de los resultados de la citología cervical.

Conducta a seguir según los resultados de citología cervical en el primer nivel de atención.

Cuando el reporte de la citología es negativo para lesión intraepiteliales y células malignas, la unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En la cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería. Es de suma importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas del esquema 1-1-1-3.

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

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

Si la citología reporta negativo para la lesión intraepitelial y células malignas, asociada a proceso inflamatorio severo, que son cambios benignos, se analizan las causas, deben tomarse exudados y cultivos cérvico-vaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología.

Se programa el examen de control en 4-6 meses, posteriormente se da igual seguimiento al de una usuaria con citología **normal**, continua el esquema de tamizaje. Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix sea sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo(a).

En usuarias embarazadas si el resultado es negativo para lesión intraepitelial y células malignas se debe dar seguimiento de citología normal.

Las usuarias embarazadas con menos de doce semanas de gestación, con citología que reporta proceso inflamatorio severo o infección vaginal esperar a que cumpla las 12 semanas de gestación, para dar tratamiento y control posterior al puerperio.

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

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

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

DISEÑO METODOLÒGICO

Se realizó un estudio en mujeres que acuden al programa de planificación familiar del Centro de Salud “Roger Osorio” del municipio de Managua, del mes de junio al mes de diciembre del año 2010, en que se le aplicó una encuesta a un grupo seleccionado.

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal.

Universo de estudio: 387 mujeres en edad fértil que pertenecen al programa de planificación familiar

Muestra: 75 mujeres

El cálculo de la muestra se realizó mediante esta fórmula

$$n = \frac{Za^2PqN}{e^2(N - 1) + Za^2Pq}$$

N=UNIVERSO: 387

Za²=Intervalo de confianza de un 5% (1.96)

P=Proporción (0.5)

q= (1-p)

e²=Precisión (10%)

n=75

Tipo de muestra:

Muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres entre 15 y 49 años de edad de nuevo ingreso y subsecuentes del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio.
- Mujeres que viven o residen actualmente dentro de las áreas cubiertas por la atención que brinda el Centro de Salud “Roger Osorio”.
-

Criterios de exclusión:

- Se excluye a las mujeres QUE NO ACEPTARON participar en el estudio.
- Se excluyen a todas las mujeres del personal de salud que se encuentran como usuarias internas del programa de planificación familiar.

Unidad de observación:

Centro de salud Roger Osorio, Distrito VI, Managua.

Unidad de análisis:

Mujeres en edad fértil del programa de planificación familiar durante el segundo semestre del año 2010, cumpliendo con los criterios de inclusión.

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.

Trabajo de terreno:

Búsqueda y aplicación de la encuesta a las usuarias inasistentes del programa de planificación familiar de acuerdo a los criterios de inclusión.

Fuente de información:

Primaria, obtenida en forma directa de las usuarias externas del programa de planificación familiar.

Validación del instrumento:

Se aplicó una encuesta piloto a un grupo de mujeres entre 15 y 49 años que acuden a consulta de morbilidad general del centro de salud Roger Osorio.

Procesamiento de datos:

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

Variables:

I. datos generales:

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

Antecedentes gineco – obstétricos

- Número de gestaciones
- Número de partos por vía vaginal
- Realización de cesárea
- Prácticas de legrado
- Antecedentes de ITS/frecuencia
- Tipo de ITS por la descripción de la sintomatología
- Método de planificación familiar

II. Nivel de conocimiento

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

III. Actitudes sobre la prueba de Papanicolaou

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

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

- Inicio de vida sexual activa (IVSA)
- Número de compañeros sexuales
- Se ha realizado o no el Papanicolaou
- Factores de negación para realizarse el PAP
- Número de Papanicolaou realizados
- Recolección de los resultados
- Conocimientos sobre sus resultados
- Edad en que se realizó por primera vez la prueba de Papanicolaou
- Fuente en la que se obtuvo la información

Escala de conocimiento de las usuarias externas del servicio de planificación familiar (escala sumatoria y porcentual)

Bueno	(7 a 10 puntos)
Regular	(5 a 6 puntos)
Malo	(0 a 4 puntos)

Escala sumatoria de actitudes:

Utilizamos la escala de Likert para medir actitudes.

Actitudes Positivas: De 6 a mas respuesta correctas.

Actitudes Negativas: De 5 o menos respuestas correctas.

Escala de clasificación de las prácticas:

De alto riesgo

De riesgo intermedio

De bajo riesgo

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES	ESCALA
Edad de la paciente	Número de años desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Edad	¿Cuál es la edad de la paciente?	Cuantitativa Discreta
Escolaridad	Grado académico que tiene en el momento de la encuesta.	Referido por la paciente.	Analfabeta Alfabeta Primaria Incompleta Mas de Primaria Completa	Ordinal
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones de la sociedad civil.	Referido por la paciente.	Soltera Casada Acompañada Viuda	Nominal
Ocupación	Actividad que es realizada por la paciente en un determinado establecimiento.	Referido por la paciente.	Profesional Ama de Casa Domestica Comerciante Otros Ninguna	Nominal
Procedencia	Lugar de origen o donde vive la paciente.	Rural: Corresponde el 5% de la población en general. Urbano: 95%.	Urbano Rural	Nominal
Religión	Conjunto de creencias, normas o prácticas relacionadas con un Dios o dioses.	Referido por la paciente.	Católica Evangélica Ninguna	Nominal

Descriptor	Concepto	Dimensión	Indicador	Valores	Escala
Conocimiento	Idea o noción acerca de la realidad y el mundo que nos rodea, lo que permite que actuemos de determinada manera ante una situación.	Respuestas correctas a los enunciados	<p>Importancia.</p> <p>Condiciones para realizarse la prueba de Papanicolaou.</p> <p>Continuidad/periodicidad de la prueba de Papanicolaou.</p> <p>Mujeres que deben hacerse el PAP</p>	<p>BUENO: de 7 a 10 puntos</p> <p>REGULAR: de 5 a 6 puntos</p> <p>MALO: de 0 a 4 puntos</p>	Ordinal
Actitud	Predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable o desfavorable ante una situación.	Respuestas correctas a los enunciados	Preposiciones relacionadas con la prueba del Papanicolaou.	<p>POSITIVA: de 7 a 10 respuestas correctas</p> <p>NEGATIVA: de 0 a 6 respuestas correctas</p>	Nominal
Prácticas	Conjunto de formas concretas de actividades a alcanzar un objetivo.	Respuestas correctas a los enunciados	<p>Inicio de vida sexual activa</p> <p>Factores de negación para realizarse el Pap</p> <p>Recolección de los resultados</p> <p>Conocimiento sobre los resultados</p> <p>Edad en la que se realizó la primera prueba de Pap</p> <p>Fuente de la que se obtuvo la información</p>	<p>Según los siguientes criterios. (reúne al menos 2)</p> <p>Alto riesgo:</p> <p>4 compañeros sexuales</p> <p>No se ha realizado un Pap IVSA antes de los 15 años No recoge los resultados No conoce los resultados.</p> <p>Riesgo intermedio:</p> <p>2 a 3 compañeros sexuales 1 a 2 Papanicolaou IVSA entre 15 a 19 años Conoce los resultados del Pap.</p> <p>Bajo riesgo:</p> <p>IVSA a los 20 años 1 compañero sexual 3 o más Papanicolaou Recoge los resultados</p>	Ordinal

.VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES	ESCALA
Antecedentes ginecobstétricos	Elementos que constituyen parte de la historia clínica relacionada con la salud sexual y reproductiva de las pacientes.	Número de gestaciones	Ninguna 1 2 3 4 o mas	Cuantitativa discreta
		Número de partos por vía vaginal	Ninguna 1 2 3 4 o mas	Cuantitativa discreta
		Realización de cesárea	No se ha realizado 1 2 3	Cuantitativa discreta
		Número de abortos	No ha tenido 1 2 3	Cuantitativa discreta
		Prácticas de legrado	No ha tenido 1 2 3	Cuantitativa discreta
		ITS	Si No	Nominal
		Tipo de ITS por la descripción de la sintomatología	Tricomoniasis Candidiasis Sífilis Gonorrea Condilomatosis No sabe	Nominal
		Método de planificación familiar	Géstatenos orales, inyectables Preservativo DIU Ninguno	Nominal

RESULTADOS

I. Características socio demográficas

Según la edad de las mujeres en estudio que pertenecen al programa de planificación familiar, las edades están comprendidas entre 16 y 42 años, la media es de 27 años, con un valor para una moda de 26 años, con una mediana de 26 años. (Ver anexo tabla no 1).

De acuerdo con el grado de escolaridad el 84%(63) de las mujeres en estudio con más de primaria completa, un 12% (9) se encontraron con primaria incompleta, 2,7%(2) saben leer, 1,3%(1) es analfabeta. (Ver anexo tabla no 2)

Un 48%(36) de las mujeres en estudio se encuentran acompañadas, un 37,3%(28) son casadas, un 14,7% (11) son solteras. (Ver anexo tabla no 3)

Al investigar la ocupación de las mujeres en estudio que un 77,3% (58) son amas de casa, comerciantes 4% (3), profesionales 4% (3), de otro tipo 14,7% (11). (Ver anexo tabla no 4)

Las mujeres son predominantemente de origen urbano 89,3%(67), de origen rural 10,7% (8). (Ver anexo tabla no 5)

De acuerdo con la religión que profesan, en su mayoría son católicas 40%(30), evangélicas 34,7% (26), no practican ninguna religión en un 24% (18), pertenece a otra religión 1,3% (1). (Ver anexo tabla no 6)

II. Antecedentes gineco-obstetricos.

En relación al número de embarazos predominaron las mujeres que tenían 2 embarazos en un 32% (24), seguida de las primigestas en un 26,7%(20), trigestas con un 18,7% (14), nulíparas con un 12%(9) y las múltiparas que corresponden a un 10,7%(8). (Ver anexo tabla no 7)

De acuerdo con la cantidad de partos por vía vaginal, un 36% (27) de las mujeres presentaron partos por vía vaginal, de 1 a 2 partos con un 22,7%(17) respectivamente, entre 3 y 4 o más con 9,3% (7) respectivamente. (Ver anexo tabla no 8)

En el comportamiento según el número de cesáreas, un 17,3%(13) de las mujeres tuvieron una cesárea, un 13,3%(10) presentó 2 y solo el 1,3% (1) se realizó 3. (Ver anexo tabla no 9)

Se realizó la investigación sobre la práctica en relación al aborto, se encontró que un 84% (63) no han presentado abortos, un 13,3%(10) reconocieron la pérdida de un producto, un 2,7% (2) tuvieron 2 abortos. (Ver anexo tabla no 10)

De acuerdo con la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el 62,7% (47) de las mujeres respondieron que no han presentado ningún tipo de ITS, sin embargo el 37,3% (28) reconocieron haber tenido este tipo de enfermedad. (Ver anexo tabla no 11)

Según el tipo de enfermedades de transmisión sexual, se encontró que un 42,9% (12) de las mujeres entrevistadas presentaron candidiasis vaginal, un 35,7% (8) tuvieron cervico-vaginitis bacteriana, un 10,7% (3) de las mujeres reconocieron que habían sufrido de infección por ITS pero no reconocen el tipo, un 3,6% (1) presentó tricomoniasis vaginal, se encontró que un 7,1%(2) de las mujeres entrevistadas habían tenido infección por VPH. (Ver anexo tabla no 12)

La mayoría de las mujeres entrevistadas 40% (30) refieren que planifican con métodos anticonceptivos inyectables, un 25% (19) no utilizan ningún método anticonceptivo, un 9,3% (7) utilizaban preservativos, un 8 % usaban gestágenos orales y otro 8% se realizaron esterilización quirúrgica, solo un 4%(3) utilizaban el DIU. (Ver anexo tabla no 13)

En relación al conocimiento que las mujeres en estudio tienen sobre la prueba de citología cervical se encontró:

Con respecto al conocimiento de la utilidad de la prueba de citología cervical, el 57,3% (43) de la mujeres entrevistadas respondieron que la prueba sirve como método diagnóstico para la detección de cáncer cervico-uterino, un 41,3% (31) respondieron que no conocen la utilidad de la prueba y un 1,3% (1) refirió que sirve para detectar un embarazo. (Ver anexo tabla no 14)

Referente al conocimiento sobre las condiciones para realizarse la prueba de Papanicolaou, un 84% (63) de las mujeres saben que la prueba no se debe realizar durante el periodo menstrual, un 16% (12) de las mujeres no reconocen esta condición. Un 40% (30) respondieron que es importante la abstinencia sexual 48 horas previa a la realización de la prueba, el 60% (45) de las mujeres no sabían de la condición. (Ver anexo tabla no 14)

Con respecto al uso de lavados vaginales o uso de medicamentos por vía vaginal, el 60% (45) de las mujeres no reconocen esta condición, el 40% (30) de ellas saben que esta práctica está contraindicada de forma previa a la prueba de Papanicolaou. (Ver anexo tabla no 14)

Con respecto al conocimiento que las mujeres tienen sobre la periodicidad con la que se debe de realizar la prueba de Papanicolaou un 61,3% (46) respondieron que se debe de realizar una vez al año, un 24% (18) no saben cuánto es el tiempo esperado entre una prueba y otra, un 10,7% (8) respondieron que se debe de realizar cada 3 meses, un 4% (3) refieren que se realiza de manera mensual. (Ver anexo tabla no 14)

El 78,7%(59) de las mujeres entrevistadas respondieron que la prueba de Papanicolaou se debe de realizar en toda mujer que ya inicio vida sexual activa, un 13,3% (10) de las mujeres no saben, un 5,3% (4) respondieron que solo las mujeres al llegar a una edad adulta y un 2,7%(2) respondieron que la prueba se la deben de realizar solo las mujeres que han tenido enfermedades de transmisión sexual. (Ver anexo tabla no 14)

El 60,4% (44) de las mujeres en el estudio refiere que la prueba de citología cervical se puede realizar en toda mujer embarazada, un 39,7% (29) de las mujeres refieren que no se debe de realizar durante el embarazo. (Ver anexo tabla no 14)

El 92% (69) de las mujeres entrevistadas refieren que la prueba de Papanicolaou puede detectar enfermedades transmisión sexual, solo un 8% (6) de las mujeres refieren que la prueba no tiene esta utilidad. (Ver anexo tabla no 14)

El 42,7% (32) de las mujeres refieren que el Papanicolaou puede producir abortos, un 52,3 (43) respondieron que no. (Ver anexo tabla no 14)

El 90,4% (66) de las mujeres entrevistadas reconocen que es importante la consejería previa a la toma de la muestra, solo un 9,6% (7) de las mujeres no lo saben. (Ver anexo tabla no 14)

Un 64% (48) de las mujeres en el estudio refieren que si el resultado de la citología cervical aparece con infección u otra enfermedad, esta se debe de repetir a los 6 meses, un 36% (27) de las mujeres refieren que no se debe de repetir la prueba. (Ver anexo tabla no 14)

Un 93% (70) de la mujeres, respondieron que el Papanicolaou se debe de realizar en todas la mujeres que ya iniciaron vida sexual activa sin tomar en cuenta la edad, un 6,7% (5) respondieron que no es una condición para realizarse la prueba. (Ver anexo tabla no 14)

En relación con el tipo de conocimiento, se encontró que un 60% (45) de la mujeres en estudio tienen un buen nivel de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou, un 29,3% (22) obtuvieron conocimientos regulares y un 10,7% (8) obtuvieron conocimientos malos. (Ver anexo tabla no 15)

Referente a las actitudes que tienen las mujeres en edad fértil sobre la prueba de citología cervical.

Con respecto a la falta de aceptación para realizarse la prueba de citología cervical, un 12% (9) de las mujeres están totalmente de acuerdo en no realizarse la prueba, un 5,3%(4) están de acuerdo en no realizarse la prueba. (Ver anexo tabla no 16)

Un 56% (42) están en desacuerdo con la poca aceptación de la toma del Papanicolaou y un 26,7% (20) está totalmente en desacuerdo con el rechazo de este examen. (Ver anexo tabla no 16)

En relación de que el interés de realizarse la prueba de Papanicolaou es solo la de mujer, un 34,7% (26) de la mujeres están de acuerdo, un 32% (24) están totalmente de acuerdo, un 28% (21) están en desacuerdo y un 5,3%(4) están totalmente en desacuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

De acuerdo con que el Papanicolaou no se debe de realizar porque produce dolor y sangrado un 42,7% (32) de la mujeres en estudio opinaron que están en desacuerdo, un 38,7%(29) están totalmente en desacuerdo, un 13,3% (10) están de acuerdo y un 4% (3) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

Al investigar el hecho de que solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deben hacerse el Papanicolaou, encontramos que un 48% (36) de la mujeres en estudio están en desacuerdo, un 38,7% (29) están totalmente en desacuerdo, un 9,3%(7) están de acuerdo y un 4% (3) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

Al investigar si la religión no le permite a la mujeres realizarse el Papanicolaou, el 52%(39) opinaron que están en desacuerdo, un 40%(30) están totalmente en desacuerdo, un 4%(3) están totalmente de acuerdo y otro 4% (3) están de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

En relación a que si la pareja influye en la decisión de hacerse el Papanicolaou, un 52% (39) de las mujeres en estudio están en desacuerdo, un 28%(21) están totalmente en desacuerdo, un 13.3% (10) están de acuerdo, 6.7% (5) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

En relación al hecho de que solo las mujeres con enfermedad en sus genitales deben hacerse el Papanicolaou, un 58.1% (43) de las mujeres entrevistadas opinaron que están en desacuerdo, un 32.4% (24) están totalmente en desacuerdo, un 6.8% (5) están de acuerdo, un 2.7% (2) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

De acuerdo con el hecho de que la prueba de Papanicolaou debe de realizarse solo y únicamente cuando el medico lo ordene en la consulta, el 46.7% (35) de la mujeres en estudio opinaron que están en desacuerdo, un 22.7% (17) están de acuerdo, un 21.3% (16) están en desacuerdo, un 9.3%(7) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

Referente a que el Papanicolaou debe de realizárselo solo las mujeres que usan un método de planificación familiar, un 54.7% (41) opinaron que están en desacuerdo, un 34.7%(26) están totalmente en desacuerdo, un 5.3% (4) están de acuerdo y otro 5.3% (4) están totalmente de acuerdo. (Ver anexo tabla no 16)

Al valorar las actitudes de la mujeres del estudio, encontramos que en su mayoría (88%) son de tipo adecuadas y un 12% (9) son inadecuadas. (Ver anexo tabla no 17)

De acuerdo con las prácticas de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou se encontró los siguientes resultados:

En el comportamiento con el inicio de la vida sexual activa, las mujeres del estudio iniciaron vida sexual entre los 16 y los 26 años, con un promedio a la edad de 18 años. (Ver anexo tabla no 18)

Al investigar el número de compañeros sexuales que han tenido, un 56%(42) de las mujeres refiere haber tenido solo un compañero sexual, un 28%(21) han tenido 2 compañeros sexuales, un 8% (6) respondieron haber tenido 3 compañeros sexuales y otro 8% (6) 4 o más. (Ver anexo tabla no 19)

Según el número de mujeres que se han realizado la prueba de Papanicolaou, el 81.3% (61) se ha hecho la prueba de citología cervical y un 18.7% (14) nunca se habían realizado un Papanicolaou. (Ver anexo tabla no 20)

De acuerdo con el número de pruebas de Papanicolaou que se han hecho a las mujeres en el estudio se encontró que un 40% (30) se ha realizado 4 o más Papanicolaou, un 18.7%(14) no se han realizado ninguno, un 16% se han realizado 2, un 13.3% (10) se ha realizado solo uno y un 12 % (9) se ha realizado 3. (Ver anexo tabla no 21)

Se investigó las razones principales por las cuales las mujeres en estudio no se han realizado la prueba de Papanicolaou, encontrándose que un 24.3%(9) refieren que sienten vergüenza, otro 24.3% (9) refieren que sienten miedo a la prueba, un 16.2%(6) respondió que por descuido, un 13.5%(5) de las mujeres entrevistadas refieren que no se lo realizan con personal del sexo masculino, un 8.1% (3) refieren que por falta de interés y otro 8.1%(3) por miedo a los resultados , un 5.4%(2) refiere que no se realizan la prueba porque produce dolor.(Ver anexo tabla no 22)

En el comportamiento sobre recoger los resultados de la prueba de Papanicolaou el 76.1%(54) de las mujeres recogen los resultados de la prueba, un 23.9%(17) no recogen los resultados de la prueba. (Ver anexo tabla no 23)

El 74.6% (53) conoce los resultados de la prueba de Papanicolaou y un 25.4%(18) no conocen los resultados. (Ver anexo tabla no 24)

La edad promedio en que las mujeres entrevistadas se realizaron por primera vez la prueba de Papanicolaou fue de 20 años. (Ver anexo tabla no 25)

De acuerdo con la clasificación de las prácticas que tienen las mujeres entrevistadas se encontró que el 78.4% (58) son de riesgo intermedio, un 10.8% (8) son de alto riesgo y un 10.8% (8) son de bajo riesgo. (Ver anexo tabla no 26)

Se encontró que el 46.7% (35) de las mujeres en el estudio habían sido informadas sobre la prueba de Papanicolaou por un médico, un 28% (21) obtuvieron información de su familia, un 13.3% (10) de una enfermera, un 4% (3) de una amiga, un 4% (3) de un brigadista de salud, un 2.7% (2) de la televisión y un 1.3% (1) de un promotor de salud. (Ver anexo tabla no 27)

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La población de mujeres en el estudio corresponde a mujeres jóvenes entre 16 y 42 años, con una media para la edad de 27 años, que acuden al programa de planificación familiar de este centro de salud, lo que coincide con las encuestas nacionales (Endesa 2006/07), observándose que las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años representan más de la mitad de la población femenina con un poco más de la mitad de los casos.

Al analizar el nivel de escolaridad alcanzado por la mujeres entrevistadas, la mayoría cursa con más de primaria completa, sin embargo no han logrado completar los estudios de secundaria, no han alcanzado un nivel técnico medio ni universitario y una minoría de las mujeres no han alcanzado los estudios de primaria completa, por lo tanto el nivel de escolaridad es bajo, este hecho coincide con el nivel de la población joven de nuestro país, encontrándose que una parte son analfabetas o menos de primer grado de primaria, menos de la mitad alcanza primaria completa y una minoría alcanza a completar los estudios de la secundaria; siendo evidente que es poca la población joven con años aprobados en carreras técnicas y en las universitarias.

En el estudio, en su mayoría las mujeres se encuentran acompañadas o en unión de hecho y estable lo que coincide con las encuestas realizadas a nivel nacional (Endesa 2006/07) en relación a la población nicaragüense femenina, donde la mayoría de ellas practican este tipo de relación conyugal, que en un futuro estas mujeres podrían sumarse a la población de madres solteras.

De acuerdo con la ocupación la mayoría de las mujeres entrevistadas son amas de casa, seguidas de las mujeres que se dedican a ventas y otros servicios, comparándose este resultado con encuestas realizadas por Endesa 2006/07, encontrándose que la minoría de la población femenina es profesional, indicando que solo 2 de cada diez mujeres acceden a empleos que requieren de algún tipo de calificación y formación profesional, por el que reciben mayor ingreso que el resto de las categorías.

La mayoría de las mujeres entrevistadas son de procedencia urbana, lo que se explica porque la población rural migra a las grandes ciudades y a la capital en busca de empleo y de mejorar sus condiciones de vida.

En relación con la práctica religiosa se encontró un predominio de las mujeres católicas , seguidas de las mujeres evangélicas y solo una minoría pertenecen a diversas sectas, encontrándose similitud con las encuestas nacionales (Endesa 2006/2007) donde se encontró que en su mayoría profesan la religión católica en la población nicaragüense.

Referente al comportamiento de los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que en relación a la paridad, las mujeres del estudio en su mayoría tenían un promedio de 2 hijos, seguidas por las mujeres que solo han tenido un hijo, sin embargo menos de la mitad de las mujeres han tenido 3 hijos y una minoría han tenido de 4 a más, siendo estos dos últimos grupos los que tiene mayor riesgo de presentar cáncer cervico-uterino, debido a que la paridad elevada es un cofactor para la aparición de Cáncer¹⁷.

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma *in situ* (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervico-uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor¹⁸.

Con relación a la vía del parto en las mujeres entrevistadas, la mayoría de ellas presentaron partos por vía vaginal, con un numero de 1 a 2 hijos respectivamente, sin embargo consideramos que existe una cantidad considerable de mujeres las cuales se les ha realizado cesárea, por lo que es una práctica muy difundida en la actualidad que se basa en la diversidad de complicaciones que las mujeres presenta durante el embarazo y el periodo del parto.

En las mujeres entrevistadas la mayoría de las mujeres del estudio refieren que nunca han presentado aborto y se encontró que una minoría de las mujeres han tenido entre 1 a 2 abortos sin tomar en cuenta su naturaleza.

En un estudio realizado por Toruño A en la población nicaragüense, se observó una tasa de 1.3 abortos inducidos al año por cada mil mujeres en edad fértil, tomando en cuenta que existe un número de mujeres que se mostraron reticentes para responder cuando se le pregunto la naturaleza de sus abortos y realizo una comparación con un estudio de la población en Brazil por Olinto y Moreira basándose en cuestionarios auto administrados, pidiéndole a las mujeres que los depositaran en cajas cerradas, obteniendo cifras de frecuencia de abortos que duplican las obtenidas en las encuestas convencionales, por lo tanto es probable que esto ocurre de manera similar en Nicaragua, las cifras de frecuencia de aborto en este estudio pueden ser mayores,

siendo el aborto sin importar su naturaleza un factor de riesgo que predispone a la aparición de cáncer cérvico-uterino debido a que se produce traumatismo cervical¹⁹.

En relación al comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres entrevistadas un 62.7% refieren que no han presentado ITS, sin embargo cabe considerar que el 37.3% de las mujeres presentaron en algún momento de la vida enfermedades de transmisión sexual, las que se reflejaron en los resultados de las pruebas de citología cervical realizadas y que se observaron en los expedientes clínicos, tomándose en cuenta que existen problemas dentro del centro de salud para garantizar la calidad en la toma de la muestra, vinculadas a las condiciones en que trabaja el personal de salud, a la técnica empleada y a otros factores, lo que trae como resultados la presencia de reporte con frotis inadecuados, con ausencia de células endocervicales, frotis hemorrágicos, por lo tanto podría encontrarse una cantidad de pacientes con resultados seronegativos, por lo se espera que las cifras de frecuencia para enfermedades de transmisión sexual sean mayores¹⁸.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual que encontramos con mayor frecuencia tenemos candidiasis vaginal, cervico-vaginitis, infección con virus del papiloma humano, tricomoniasis vaginal, tomando en cuenta que existe un grupo de mujeres que refieren haber sufrido de infección por ITS pero no saben a qué tipo corresponde, estas mujeres tienen conductas sexuales de riesgo incluso para infectarse con VIH SIDA, por lo tanto podemos decir que este grupo de mujeres tienen predisposición de padecer cancer cervicouterino en un futuro.

Las mujeres con co-infección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis*, virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico-uterino que las mujeres sin co-infecciones¹⁸.

Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV-2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cérvico-uterino, después del ajuste para posibles variables de confusión¹⁸.

Dentro de los métodos anticonceptivos con mayor aceptación encontramos en un 40% los hormonales inyectables, lo que coincide con las encuestas nacionales sobre anticoncepción encontrándose que el método moderno más empleado alguna vez por todas las mujeres sigue siendo la píldora (45%), seguido con la inyección con un 42%, constituyendo un grupo de riesgo considerable, se conoce que los anticonceptivos inyectables combinados y los anticonceptivos orales con su uso prolongado predisponen a la aparición de esta enfermedad. Se observa que existe poca aceptación

por el uso de preservativos, es un método muy conocido si embargo es el único método que te protege del contagio con cualquier enfermedad de transmisión sexual incluyendo la infección con virus del papiloma humano¹⁸.

Al analizar el conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou encontramos que predominan los conocimientos buenos en las mujeres del estudio, este dato coincide con los resultados encontrados en la población de la ciudad de Sucre en Bolivia donde más de la mitad de la población obtuvo conocimientos buenos sobre el cáncer cervicouterino; un estudio realizado por Soza en el hospital Alemán-Nicaragüense se encontró que las mujeres obtuvieron un nivel de conocimiento insuficiente con conocimientos buenos en menos de la mitad ; otro estudio realizado por Silva Bustos en el municipio de Camoapa del departamento de Boaco se encontró que las mujeres adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular seguido del conocimiento malo , por lo que podemos observar que a nivel de Latinoamérica , aún en nuestro país existe un grupo considerable de la población que tiene un conocimiento insuficiente sobre la prueba de Papanicolaou y sobre el cáncer cérvico-uterino.

Predominaron las actitudes positivas en su mayoría sobre la prueba de Papanicolaou, es un aspecto positivo a tomar en cuenta para aumentar las coberturas de tamizaje, las cuales se encuentran en cifras de frecuencia bajas.

De acuerdo con la clasificación de las practicas, encontramos un predominio de prácticas de riesgo intermedio , encontrándose en ellas factores de riesgo de gran importancia que las predisponen en un futuro a presentar cáncer cérvico-uterino, como podemos observar las mujeres iniciaron vida sexual activa en un promedio a los 18 años, con una mediana de 18 años y una cantidad considerable de las mujeres iniciaron vida sexual activa antes de los 18 años, se conoce una relación directa entre el inicio de vida sexual activa temprana y la aparición de cáncer cérvico-uterino, a menor edad es mayor la exposición y es mayor el riesgo.

En relación al número de compañeros sexuales más de la mitad de las mujeres refieren haber tenido solo un compañero, una parte de ellas refieren haber tenido 2 y una minoría de 3 a más parejas sexuales, toda mujer que tiene pareja sexual conlleva el riesgo de contagiarse con el virus del papiloma humana, por lo que existe una relación entre el número de parejas sexuales y la infección por VPH, a mayor número de pareja sexual hay mayor riesgo de infectarse, concluyendo que el grupo de mujeres que tienen más 3 compañeros sexuales tienen mayor riesgo de sufrir de la infección .

La mayoría de las mujeres se han realizado la prueba del Papanicolaou alguna vez en la vida, la mitad de las mujeres en el estudio, que se han realizado la prueba se han hecho de 4 o más Pap cumpliendo con lo estipulado dentro de las normas para la prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino con relación al momento de hacerse la primera prueba y la periodicidad con la que se deben de realizarse las pruebas subsecuentes, no pudimos obviar que se debe tomar en cuenta la IVSA y la edad en que se realizó la primera prueba de manera individual, porque se recomienda que debe hacerse la prueba a la joven o la adolescente de forma inmediata después de haber iniciado su vida sexual.

La mayoría de las mujeres recogen los resultados de la prueba y conocen los resultados, se puede decir que estas mujeres pueden recibir una atención temprana en caso de encontrarse cualquier alteración en la prueba.

La edad media para la realización de la primera prueba de Papanicolaou de las mujeres en el estudio fue 20 años, tomándose en cuenta los casos de manera individual al agruparlas dentro de la clasificación de las prácticas, considerándose de alto riesgo aquellas mujeres que iniciaron vida sexual activa antes de los 19 años y se realizaron la primer prueba de Papanicolaou al haber transcurrido más de 1 año partiendo de lo que se menciona anteriormente.

Las mujeres del estudio obtuvieron la información en su mayoría del personal médico y de enfermería, los cuales pudimos observar están encargados de la atención de la población que se le brinda los diferentes servicios de salud, seguido de la familia que influye siempre de manera personal en los individuos de una sociedad, cabe mencionar que hay poca participación de parte de los brigadistas y promotores de la salud al igual que ocurre con los medios de comunicación.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres en el estudio fueron mujeres jóvenes con una media de 27 años, con parejas estables (acompañadas o casadas).
2. La mayoría de las mujeres obtuvieron buenos conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou, conocen la utilidad de la prueba, reconocen la importancia de la consejería previa a la toma de la muestra, saben que se le debe de realizar a toda mujer que inicio vida sexual activa.
3. La mayoría de las mujeres presentaron actitudes adecuadas para la prueba de Papanicolaou, que podría constituir un factor positivo para la elevar la cobertura de la prueba de Pap.
4. Las prácticas predominante evidenciaron un riesgo intermedio, las mujeres iniciaron vida sexual activa en promedio a los 18 años y han tenido 2- 3 compañeros sexuales, se han realizado entre 1 y 2 Papanicolaou, conocen los resultados, la edad promedio en que las mujeres entrevistadas se realizaron por primera vez la prueba de Papanicolaou es a los 20 años de edad. Una minoría de las mujeres del estudio no se han realizado Papanicolaou encontrándose dentro de los principales factores asociados a la negación la vergüenza y el miedo. La fuente principal de información obtenidas por las mujeres entrevistadas provenía del personal médico y de enfermería.
5. La mayoría de las mujeres en el estudio tuvieron partos por vía vaginal, seguidas de las mujeres que tuvieron parto por cesárea; presentando un promedio de 2 hijos. Una cantidad considerable de las mujeres han presentado aborto. En relación a los métodos anticonceptivos los más utilizados fueron los inyectables.

RECOMENDACIONES

1. Promover en el centro de salud Roger Osorio la prueba de Papanicolaou por parte del personal de salud a todas las usuarias externas que acuden a la unidad de salud.
2. Iniciar un proceso de educación permanente por parte del personal de enfermería y médico sobre la prueba de citología cervical y cáncer cérvico-uterino para mejorar y fortalecer el conocimiento en la población, integrando la participación comunitaria.
3. Actualizar y fortalecer los conocimientos del personal de salud mediante la capacitación permanente, sobre todo lo relacionado a la prueba de citología cervical y cáncer cérvico-uterino con énfasis en la calidad de la toma de la muestra.
4. Monitorear la calidad de la atención al personal de salud que le brinda a las mujeres durante la consulta, con énfasis en el proceso educativo (consejería) sobre la importancia de la prueba de Pap.
5. Elaborar un plan de divulgación masiva por parte del centro de salud para la promoción de la prueba de Papanicolaou y prevención del cáncer cérvico-uterino, orientando actividades preventivas en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nicaragua Minsa: situación del cáncer en Nicaragua año 2009.
http://docs.google.com/viewer?v&q=cache:1gXsbfix4NcJ:www.movicancer.org.ni/indes.phpl/infocancer/descargas/doc_download/6-situacion-del-cancer-en-nicaragua. Revisión (12/06/2011)
2. Nicaragua MINSA: norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino
3. Centro de salud Roger Osorio: caracterización del sector, año 2008.
4. Centro de salud Roger Osorio: cronológicos de citologías cervicales año 2008.
5. Factores asociados a la negación de la prueba de Papanicolaou. Santiago de Cuba, mes de noviembre del año 2002.
6. Proyecto Marie Stopes: conocimiento, actitudes, prácticas sobre el cáncer de cuello uterino en el municipio de Sucre Bolivia, mes de abril del año 2004. www.mariestopes.org.bo/files/recursos/investigación_ccu.pdf (20/06/10)
7. Cárdenas D y Valdivia A: factores asociados al conocimiento, actitudes, prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 49 años del municipio de Belén, departamento de Rivas, año 2000.
8. López, Gonzales M: conocimientos, actitudes, prácticas sobre Papanicolaou que tiene las adolescentes de 15 a 49 años que demandaron atención ginecológica en el centro de salud Manuel Orozco, municipio de San Isidro Matagalpa, en el periodo de julio – agosto año 2001.
9. Baltodano, Rodríguez G: conocimiento, actitudes, prácticas sobre la importancia del Papanicolaou en mujeres con vida sexual que asisten a consulta ginecológica al centro de salud Carolina Osejo, municipio de Villanueva – Chinandega en el I trimestre año 2003.
10. Cedeño, Izaguirre A y Morales, Ramírez I: conocimientos, actitudes, prácticas acerca de la utilidad del Pap en pacientes sexualmente activas

que asisten al programa de atención integral a la mujer en el centro de salud Héroes y Mártires del Cuá , Jinotega, mes de octubre a noviembre, año 2003.

11. Silva, Bustos A: conocimientos, actitudes, prácticas sobre el Papanicolaou en adolescentes de 15 a 19 años del municipio de Camoapa, departamento de Boaco, febrero – marzo, año 2006.
12. Soza N: “Conocimiento, actitudes y practicas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán - nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”
13. Minsa: plan nacional de salud 2004-2005.
14. OPS/OMS: manual moderno sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas. México. Páginas 3-4-12 y 13.
15. OMS/OPS: Clap enfoque de riesgo. Montevideo Uruguay. Publicación científica número. 1264.
16. OPS/OMS: análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe, Washington D.C. OPS: 2004.
17. Williams: Ginecología – Obstetricia. Primera edición. Impreso en China. McGraw-Hill companies, 2008. Sección 4.
18. Alliance for cervical cancer prevention: prevención del cáncer cérvico uterino. Ficha descriptiva, año 2004.
http://www.path.org/files/RH_risk_factors_fs_sp.pdf (30/08/11)
19. Espinoza L: utilización de la técnica del Papanicolaou en profesionales de la salud. Obstetricia y ginecología, Santiago de Chile, 1986. Página 279.
20. Daniel: Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Bioestadística, cuarta edición. Página 102.

21. Amaya Jairo, MD, Restrepo Sonia, Enf Mass: revista colombiana de obstetricia y ginecología, año 2005.vol 56 no 1. (59-67).
[http://www.Scielo.org.co/ SciELO.php? Script=Sci arttex&pid=S0034-743420050001100007&nrm=iso](http://www.Scielo.org.co/SciELO.php?Script=Sciarttex&pid=S0034-743420050001100007&nrm=iso). Revisión (20/06/2010)
22. Amaya Jairo, MD, Restrepo Sonia, Enf, Mass: tamizaje para el cáncer de cuello uterino: como, desde y hasta cuándo, 23 de febrero año 2005.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cog/v56n1/v56n1a07.pdf> . Revisión (20/06/2010)
23. Rubiano Vinuesa, Jaime, Trujillo Derly, Gutiérrez Diego, Bueno Montaña Miguel: guía de práctica clínica basada en la evidencia: tamizaje en cáncer ginecológico.
<http://ned.bvsalud.org/lildbi/docsonline13/5/053-Colombia-Cacu-ASCOFAME.pdf>. Revisión (20/06/2010)
24. Robles, C. Sylvia: tamizaje del cáncer del cuello de útero: presentación del número monográfico. Bol oficina sanit Panam 121(6), año 1996.
<http://hist.Library.paho/spanish/Bol/v121n6p473.pdf> Revisión (20/06/2010)
25. Boletín de inmunización: hacia la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino: declaración de la ciudad de México, volumen XXX, numero 4, agosto 2008.
<http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/IM/SnS3004.pdf> Revisión (20/06/2010)
26. Herrera H. Eduardo, Torres F. Carlos Humberto: prevalencia de las lesiones pre malignas y malignas del cérvix uterino.
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&Src=google&bases=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=24962&indexSearch=ID>. Revisión (20/06/2010)
27. Toruño T.A: Aborto inducido en Nicaragua. Departamento de salud publica. Facultad de ciencias medicas Unan-León. Volumen 1, año 2007,21-23.
www.unan-leon.edu.mo/universitas/pdf/1ero/arto3vol.pdf. Revisión (03/07/2011)

28. Dr. George Nicholas Papanicolaou.
<http://www.papsociety.org/drpap.html>. Revisión (03/07/2011)
29. Berek, Jonathan S; Hillard Paula; Adashi, Eli Y: ginecología de Novak. 12^{va} Edición México. Mc Graw Hill Interamericana. 1997.
30. Jonathan S. Berek: ginecología de Novak. 13^{va} edición Mac Graw Hill interamericana. Impreso en México año 2002. Páginas 955-966.
31. Botero U; Jaime; Jubiz H; Alfonso; Henao; Guillermo: Obstetricia y ginecología. 4^{ta} edición Colombia. Carvajal S.A. 1992.
32. Botero; Jaime; Jubiz. H; Alfonso; Henao; Guillermo: Obstetricia y ginecología. Texto Integrado. 7^{ma} Edición. Impreso en Colombia. Febrero 2004. Páginas 624-632.
33. Schwarcz, R: Obstetricia, Edit. El Atero, 5ta edición; 2da Reimpresión Argentina 1996.
34. Marín M, obstetricia y ginecología: importancia de la citología en el diagnóstico del cáncer, Cuba, SC. 1998.
35. Perea Ortiz, J. A; Perea García J. El test de Papanicolaou. Barcelona España. Baetulo Art. Grafiques. 2000.
36. Canales, Francisca H. de Pineda, Elia Beatriz y Alvarado, Eva Luz de. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. 2^{da} Edición Washington D.C. (OPS) ,1994. (Serie Paltex para ejecutivos del Programa de salud, N°35).
37. Solum, Donas. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS, Caracas Venezuela 1997.

38. Piura L; Julio: Introducción a la metodología de la investigación científica. Centro de investigación y estudios de la salud. Editorial el amanecer, Managua, Nicaragua. 1994.
39. ICAS, [Esquema de Garantía de Calidad Externa](http://www.icas.net/new-icasweb/spanish/es_cancer.html) (GCE) para la Citología Cervical en Nicaragua. Managua, Marzo 2003.
http://www.icas.net/new-icasweb/spanish/es_cancer.html (3/11/ 2011)
40. Tirado G; Laura Leticia; Betancourt M; Alejandro; Cervantes L; Malaquías; García C; Alejandro; Franco M; Francisco; Borges; Guillherme. Factores de riesgo de cáncer cervico uterino invasor en mujeres mexicanas
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n5/28379.pdf> (3/11/2011)

ANEXOS

Tabla No 1: Distribución por edad de la población de estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16 a 19 años	8	10.7%
20 a 34 años	56	74.7%
35 a 42 años	11	14.6%
Total	75	100%

Fuente de información: Encuesta.

Media: 27 moda: 26 mediana: 26

Tabla no 2: Distribución según escolaridad de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1,3%
Alfabeta	2	2,7%
Primaria incompleta	9	12,0%
Más de primaria completa	63	84,0%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 3: Distribución según el estado civil de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	11	14,7%
Casada	28	37,3%
Acompañada	36	48,0%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 4: Distribución según la profesión de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
profesional	3	4,0%
ama de casa	58	77,3%
comerciante	3	4,0%
otra	11	14,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 5: Distribución según la procedencia de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
urbana	67	89,3%
rural	8	10,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 6: Distribución según la religión de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
Católica	30	40,0%
evangélica	26	34,7%
ninguna	18	24,0%
otras	1	1,3%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 7: Distribución según la cantidad de las mujeres en estudio.
Periodo junio – diciembre 2010.

¿CUANTOS EMBARAZOS HAS TENIDO?	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	8	10,0%
1	20	26,7%
2	24	32,0%
3	14	18,7%
4 o mas	8	10,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 8: Distribución según la cantidad de parto por vía vaginal de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

¿CUANTOS PARTOS POR VIA VAGINAL?	Frecuencia	Porcentaje
1	17	35.4%
2	17	35.4%
3	7	14.6%
4 o mas	7	14.6%
Total	48	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 9: Distribución según la cantidad de partos por cesárea de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

¿CUANTOS PARTOS POR CESAREA?	Frecuencia	Porcentaje
1	13	54.2%
2	10	41.7%
3	1	4.1%
Total	24	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 10: Distribución según la frecuencia de aborto de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

¿HA TENIDO ALGUN ABORTO?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	63	84,0%
1	10	13,3%
2	2	2,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 11: Distribución de las mujeres en estudio que han presentado enfermedades de transmisión sexual. Periodo junio – diciembre 2010.

¿HA PRESENTADO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, ALGUNA VEZ?	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	37,3%
No	47	62,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla no 12: Distribución de acuerdo al tipo de enfermedad de transmisión sexual en las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

ITS	Frecuencia	Porcentaje
candidiasis vaginal	12	42,9%
Cervicovaginitis	8	35,7%
no sabe	3	10,7%
tricomoniasis vaginal	1	3,6%
Vph	2	7,1%
Total	28	100,0%

Fuente de información: Expediente de la paciente

Tabla no 13: Distribución según el método anticonceptivo que usan las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO	Frecuencia	Porcentaje
gestagenos orales	8	10,7%
Inyectables	30	40,0%
Preservativos	7	9,3%
DIU	3	4,0%
Ninguno	19	25,3%
esterilización quirúrgica	8	10,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: encuesta

Tabla 14a: Conocimientos sobre la prueba de citología Cervical que tienen las mujeres del estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
1. Conoce para qué sirve la prueba de Papanicolaou		
a) Detecta el cáncer de cuello de la matriz	43	57,3%
c) Detecta un embarazo	1	1,3%
d) No se	31	41,3%
2. Conocimiento sobre las condiciones para realizarse la prueba de citología cervical		
a) Con el sangrado durante la menstruación		
1) Falso	63	84,0%
2) Verdadero	12	16,0%
b) Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes		
1) Falso	30	40,0%
2) Verdadero	45	60,0%
c) No utilizar lavados vaginales o medicamentos por vía vaginal		
1) Falso	45	60%
2) Verdadero	30	40,0%
3. Cada cuanto debe de realizar el PAP.		
a) Una vez al año	46	61,3%
b) Mensual	3	4,0%
c) Cada 3 meses	8	10,7%
e) No se	18	24,0%
4. Quienes deben realizarse el PAP.		

a) Solo las mujeres que tienen ITS	2	2,7%
b) Solo las mujeres adultas	4	5,3%
c) Toda mujer que ha iniciado vida sexual	59	78,7%
d) No se	10	13,3%
5. Toda mujer embarazada puede hacerse el PAP.		
1) Falso	29	39,7%
2) verdadero	44	60,3%
TOTAL	75	100%

Fuente de información: Encuesta.

Tabla 14b: Conocimientos sobre la prueba de citología Cervical que tienen las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
6. La prueba de PAP puede detectar infecciones en los genitales.		
SI	69	92,0%
No	6	8,0%
7. El PAP puede producir un aborto		
SI	32	42,7%
No	43	57,3%
8. Es importante la consejería antes de realizarse el Pap.		
SI	66	90,4%
No	7	9,6%
9. Si el resultado del Papanicolaou aparece con infección o reporta otra enfermedad, este se repite en 6 meses		
SI	48	64,0%
No	27	36,0%
10. El Papanicolaou se realiza en todas las mujeres que tienen o han tenido relaciones sexuales, no importa la edad.		
SI	70	93,3%
No	5	6,7%
Total	75	100%

Fuente de información: Encuesta.

Tabla no 15: Distribución según el nivel conocimiento que tienen las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	45	60,0%
Regular	22	29,3%
Malo	8	10,7%
Total	75	100,0%

Tabla no 16: Distribución según las actitudes que tiene las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

ACTITUDES								
PREPOSICIONES	TA		A		D		TD	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
1.Yo no aceptaría tomarme la prueba de PAP	9	12	4	5,3	42	56	20	26,7
2.El interés por realizarse el PAP es solo de la mujer	26	34,7	23	30,7	19	25,3	7	9,3
3. El interés por realizarse el PAP es de la pareja	24	32	26	34,7	21	28	4	5,3
4. El Pap no se debe realizar porque produce dolor y sangrado.	4	5,3	10	13,3	32	42,7	29	38,7
5. Solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deben hacerse un PAP	3	4	7	9,3	36	48	29	38,7
6.Mi religión no me permite realizar el Papanicolaou	3	4	3	4	39	52	30	40
7. Mi pareja influye en mi decisión de hacerme el PAP	5	6,7	10	13,3	39	52	21	28
8. Solo las mujeres con enfermedades en sus genitales deben hacerse el PAP	2	2,7	5	6,8	43	58,1	24	32,4
9. El Pap debe realizarse solo cuando el médico lo ordena en la consulta	7	9,3	17	22,7	35	46,7	16	21,3
10. El PAP debe realizárselo solo las mujeres que usan un método de planificación familiar	4	5,3	4	5,3	41	54,7	26	34,7
TOTAL	75				100%			

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 17: Distribución según el tipo de actitud de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	66	88,0%
Inadecuada	9	12,0%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 18: Distribución según su inicio de vida sexual activa de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
10 a 15 años	12	16%
16 a 19 años	46	61.3%
20 a 26 años	17	22.7%
Total	75	100%

Media: 18 años. Mediana: 18 años. Moda: 18 años

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 19: Distribución según el número de compañeros sexuales de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

Número de compañeros sexuales que ha tenido	Frecuencia	Porcentaje
1	42	56,0%
2	21	28,0%
3	6	8,0%
4 o más	6	8,0%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 20: Distribución de las mujeres en estudio que se han realizado la prueba de Papanicolaou. Periodo junio – diciembre 2010.

Se ha realizado alguna vez la prueba de PAP	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	81,3%
No	14	18,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Tabla no 21: Distribución según el número de Papanicolaou que se han realizado las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

¿Cuántos Pap te ha realizado?	Frecuencia	Porcentaje
1	10	13,3%
2	12	16,0%
3	9	12,0%
4 o más	30	40,0%
Ninguno	14	18,7%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

CUADRO NO 22: Distribución según los factores asociados a la negación de la prueba de Papanicolaou en las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

¿Porque razones no te has realizado el PAP?	Frecuencia	Porcentaje
por miedo a la prueba	9	24,3%
por miedo a los resultados	3	8,1%
por vergüenza	9	24,3%
no me lo realizo con personal de salud masculino	5	13,5%
por descuido	6	16,2%
falta de interés	3	8,1%
Porque produce dolor	2	5,4%
Total	37	100,0%

Fuente de información: Encuesta

CUADRO NO 23: Distribución de las mujeres en estudio que recogen los resultados de la prueba de Papanicolaou. Periodo junio – diciembre 2010.

Recoge los resultados de la Prueba de Papanicolaou.	Frecuencia	Porcentaje
SI	54	76,1%
NO	17	23,9%
Total	71	100,0%

Fuente de información: Encuesta

CUADRO NO 24: Distribución de las mujeres en estudio que conocen los resultados de la prueba de Papanicolaou. Periodo junio – diciembre 2010.

¿Conoce usted los resultados de la prueba de Papanicolaou?	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	74,6%
No	18	25,4%
Total	71	100,0%

Fuente de información: Encuesta.

CUADRO NO 25: Distribución de las mujeres en estudio según la edad en que se realizaron por primera vez la prueba de Papanicolaou.

Periodo junio – diciembre 2010.

Edad en que se hizo la primera prueba	Frecuencia	Porcentaje
16 a 19 años	30	49.3%
20 a 24 años	24	39.3%
25 a 31 años	7	11.4%
Total	61	100%

Media: 20 años. Mediana: 20 años. Moda: 18 años

Fuente de información: Encuesta

CUADRO NO 26: Distribución según el nivel de prácticas de las mujeres en estudio. Periodo junio – diciembre 2010.

PRACTICAS	Frecuencia	Porcentaje
de alto riesgo	8	10,8%
de bajo riesgo	8	10,8%
de riesgo intermedio	58	78,4%
Total	74	100,0%

Fuente de información: encuesta

Cuadro no 27: Fuente de información obtenidas por las mujeres en estudio sobre la prueba de citología cervical. Periodo junio – diciembre 2010.

Fuente de donde obtuvo la información sobre la prueba de PAP	Frecuencia	Porcentaje
Familia	21	28,0%
Amigas	3	4,0%
Televisión	2	2,7%
Médico	35	46,7%
Enfermera	10	13,3%
Brigadistas de salud	3	4,0%
Promotor de salud	1	1,3%
Total	75	100,0%

Fuente de información: Encuesta

Instrumento de recolección de los datos

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

I. características socio demográficas

Edad:

Escolaridad:

- a) analfabeta
- b) alfabeto
- c) primaria incompleta
- d) mas de primaria completa

Estado civil:

- a) soltera
- b) casada
- c) acompañada
- d) viuda

Ocupación:

- a) profesional
- b) ama de casa
- c) comerciante
- d) otros

Procedencia:

- a) urbana
- b) rural

Religión:

- a) católica
- b) evangélica
- c) ninguna

II. Antecedentes gineco-obstétricos

¿Cuántos embarazos has tenido?

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

¿Cuántos partos por vía vaginal?

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

¿Se ha realizado cesárea?

- a) No se ha realizado
- b) 1
- c) 2
- d) 3

¿Ha tenido algún aborto?

- a) ninguno
- b) 1
- c) 2
- d) 3

¿Ha presentado enfermedades de transmisión sexual, alguna vez? ¿Cuál?

- a) si
- b) no

¿Usas algún método anticonceptivo?

- a) Gestágenos orales
- b) Inyectables
- c) Preservativos
- d) DIU
- e) ninguno

III. Conocimiento

Seleccione la respuesta correcta, encierre en un círculo

1. Conoce para que sirve la prueba de Papanicolaou:

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

2. Condiciones para realizarse el Papanicolaou

Marque con una x para cada enunciado, falso o verdadero.

- a) con el sangrado durante la menstruación. Falso ____ Verdadero____
- b) abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes. Falso____ Verdadero____
- c) No utilizar lavados vaginales o medicamentos vía vaginal. Falso____ Verdadero____

3. Cada cuanto debe de realizarse el Pap.

Seleccione la respuesta correcta, encierre en un círculo.

- a) Una vez al año
- b) Mensual
- c) Cada 3 meses
- d) Cada 2 años
- e) No se

4. Quienes deben realizarse el Pap.

Seleccione la respuesta correcta encierre en un círculo.

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

5. Toda mujer embarazada puede hacerse el Pap.

Marque con una x, para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

6. la prueba de Papanicolaou puede detectar infecciones en los genitales.

Marque con una X para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

7. El Papanicolaou puede producir un aborto.

Marque con una X para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

8. Es importante la consejería antes de realizarse el Pap.

Marque con una X para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

9. Si en el resultado del Papanicolaou aparece con infección o reporta otra enfermedad, este se repite en 6 meses.

Marque con una X para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

10. El Papanicolaou se realiza en todas las mujeres que tienen o han tenido relaciones sexuales, no importa la edad.

Marque con una X para el enunciado falso o verdadero

Falso____ Verdadero____

IV. Actitudes

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

1. totalmente de acuerdo (TA)
2. De acuerdo (A)
3. En desacuerdo (D)
4. Totalmente en desacuerdo (TD)

Preposición	TA	A	D	TD
Yo no aceptaría tomarme la prueba de Papanicolaou.				
El interés por realizarse el Papanicolaou es de la mujer				
El interés por realizarse el Papanicolaou es de la pareja				
El Papanicolaou no se debe de realizar porque produce dolor y sangrado				
Solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deben hacerse un Pap				
Mi religión no me permite realizarme el Papanicolaou				
Mi pareja influye en mi decisión de hacerme el Papanicolaou				
Solo las mujeres con enfermedad en sus genitales deben hacerse el Papanicolaou.				
El Papanicolaou debe de realizarse solo que el medico lo ordene en la consulta				
El Papanicolaou debe realizárselo solo las mujeres que usan un método de planificación				

V. Prácticas

1. Inicio de vida sexual activa

2. Número de compañeros sexuales que ha tenido:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más

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

Si _____

No _____

4. ¿Cuántos Pap te has realizado?

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

5. ¿Cuál es la razón más importante por la que no te has realizado el Papanicolaou?

- a) Por miedo a la prueba
- b) Por miedo a los resultados
- c) Porque mi pareja no lo permite
- d) Por vergüenza
- e) No me lo realizo con personal de salud masculino
- f) Por descuido
- g) Falta de interés
- h) No lo considero necesario para mí
- i) Me queda lejos el centro de salud
- j) Por desconfianza con el personal de salud
- k) porque produce dolor

6. Recoge los resultados de la prueba de Papanicolaou-

Si_____

No_____

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

Si_____

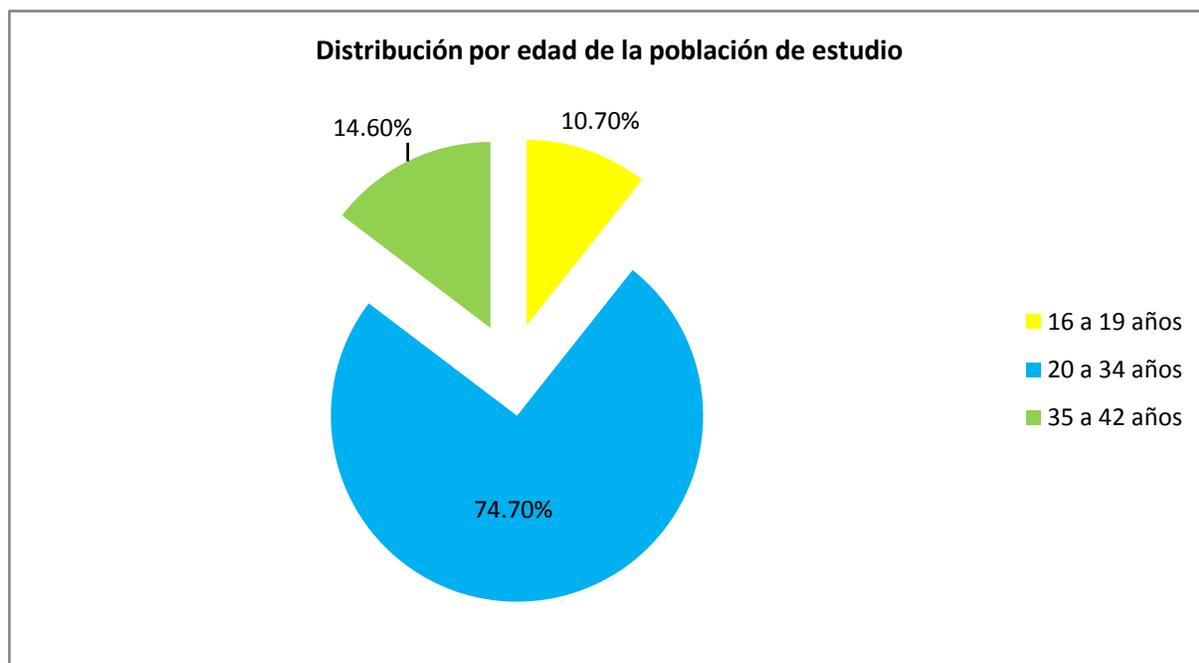
No_____

8. A que edad te hiciste la prueba.

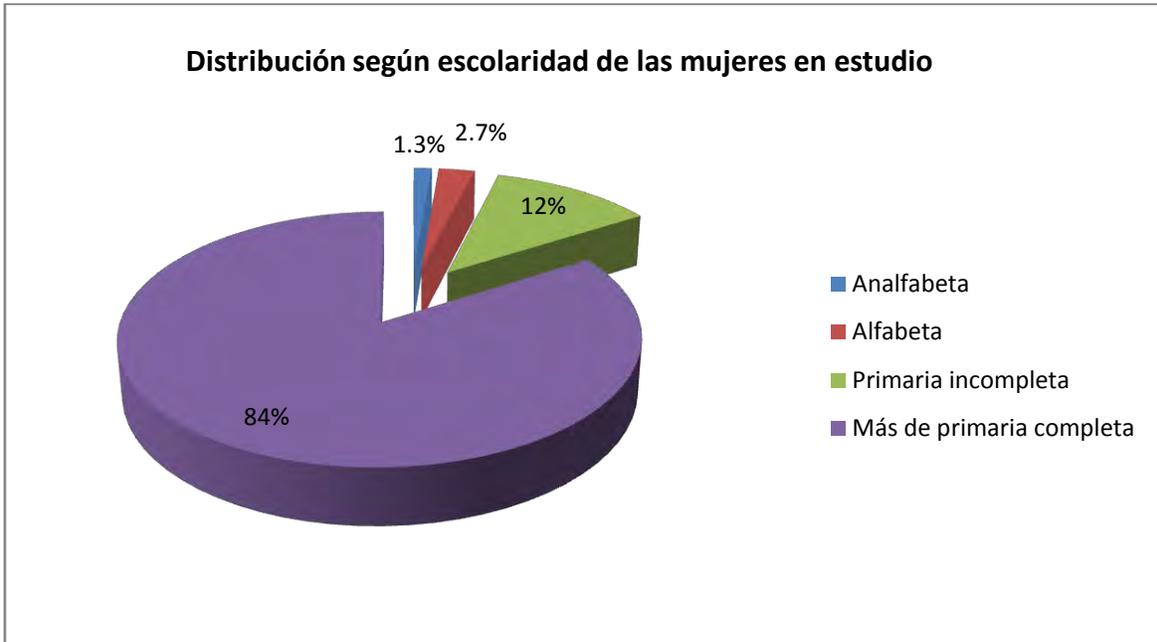
9. Fuente de donde obtuvo la información sobre la prueba de Papanicolaou.

- a) De mi familia
- b) De una amiga
- c) De la televisión
- d) De la radio
- e) De un médico
- f) De una enfermera
- g) En la iglesia
- h) De una brigadista en salud
- i) Promotor en salud

Gráfica No1



Gráfica no 2



Gráfica No.3



Gráfica no 4.



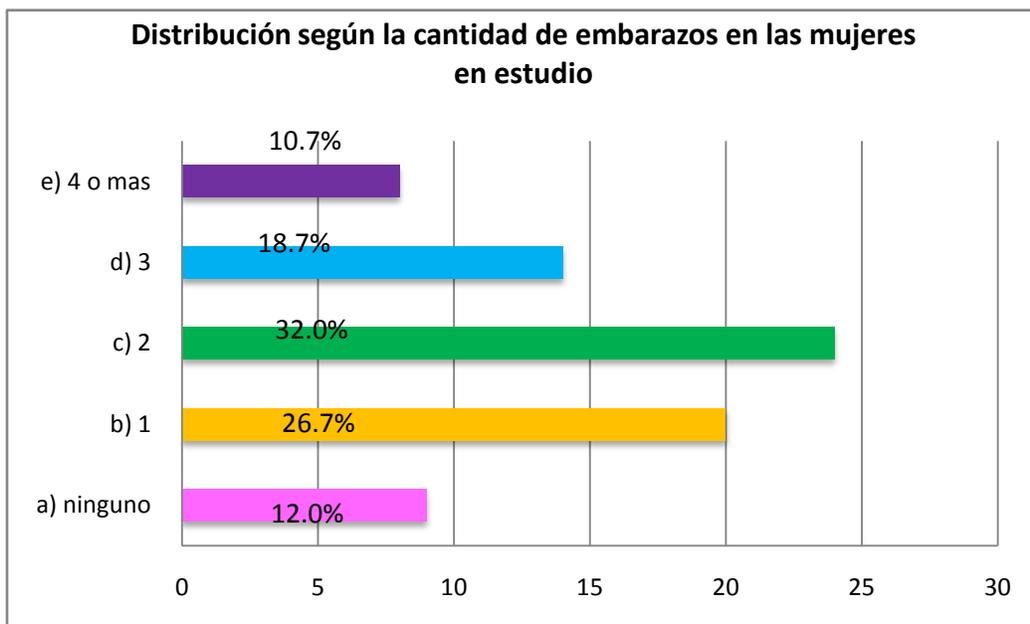
Gráfico 5



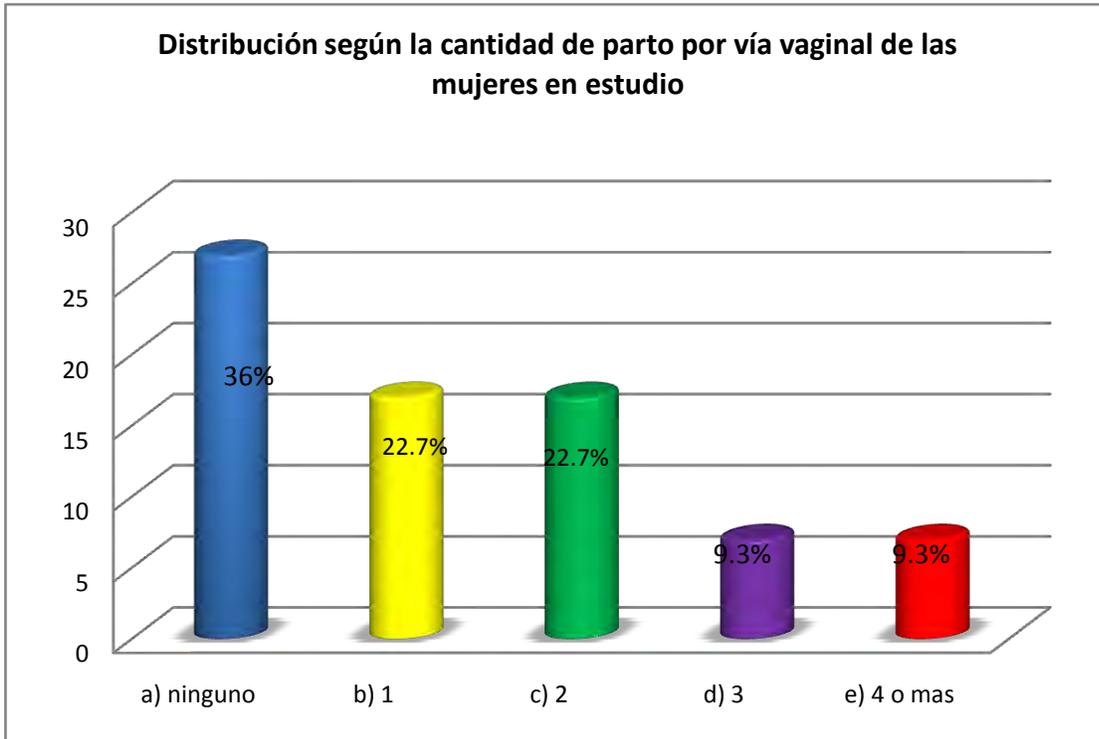
Gráfica 6



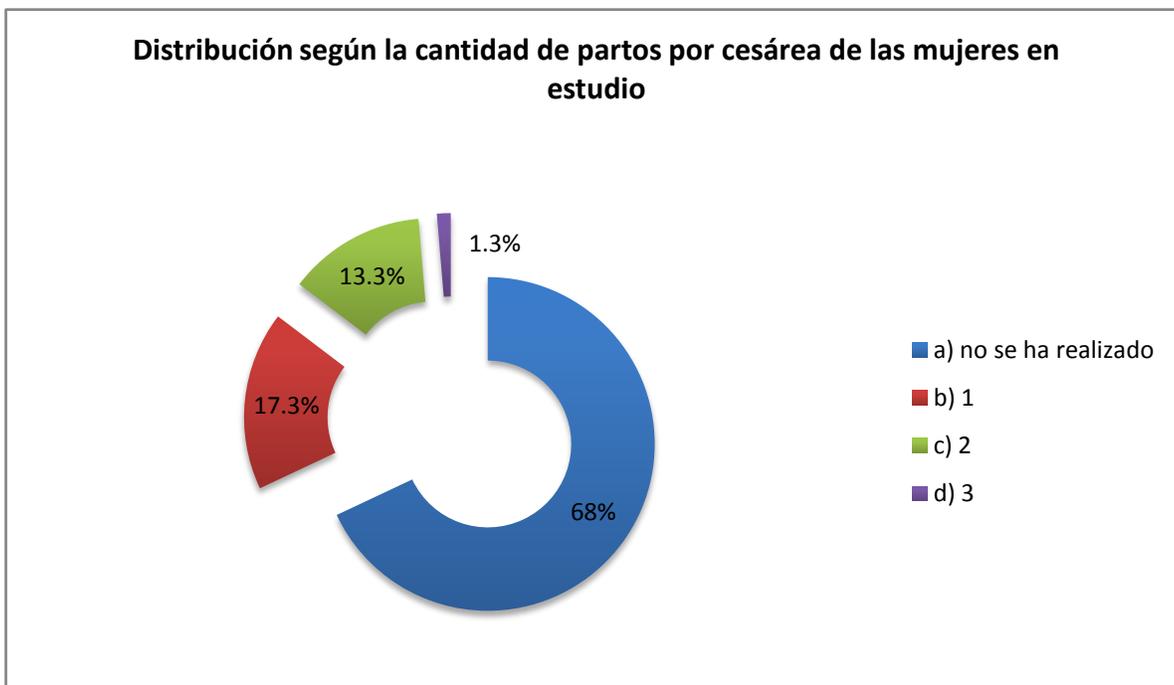
Gráfica 7



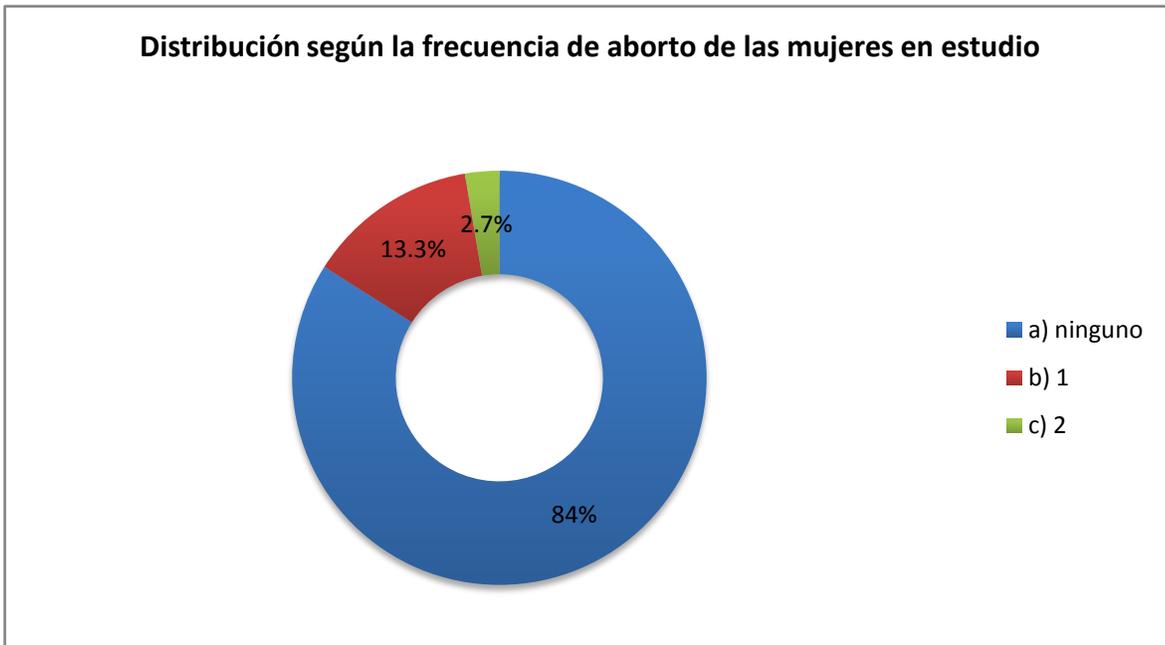
Gráfica 8



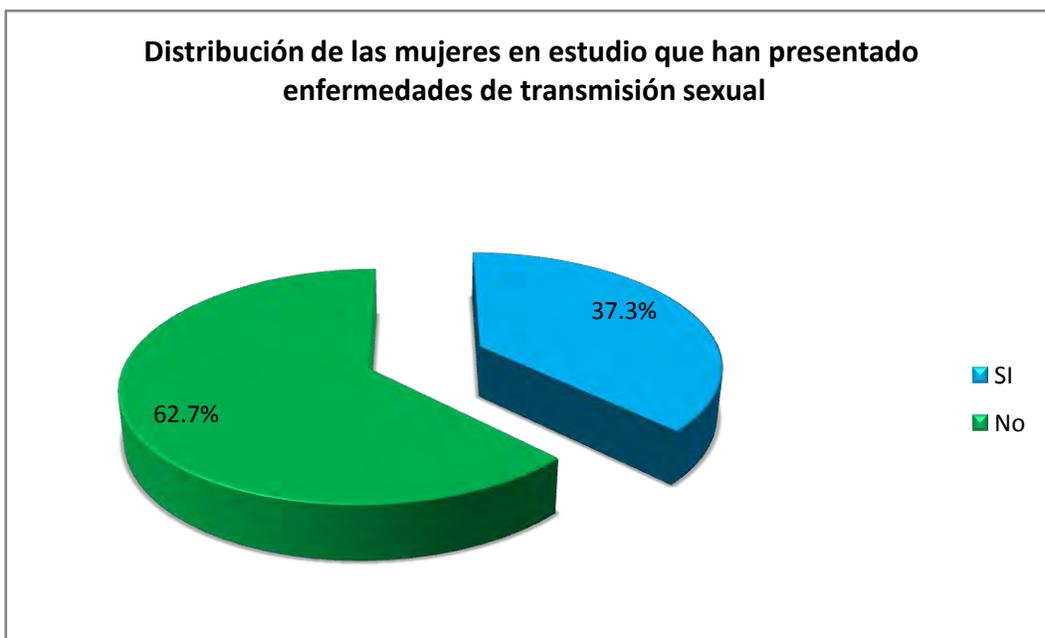
Gráfica 9



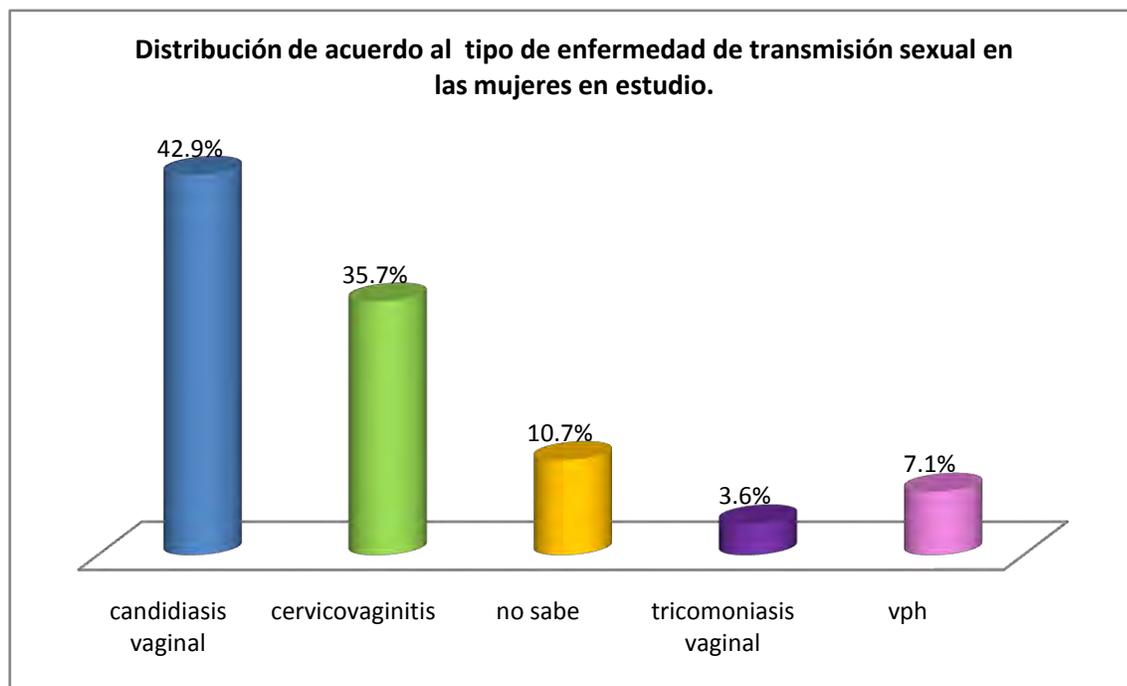
Gráfica 10



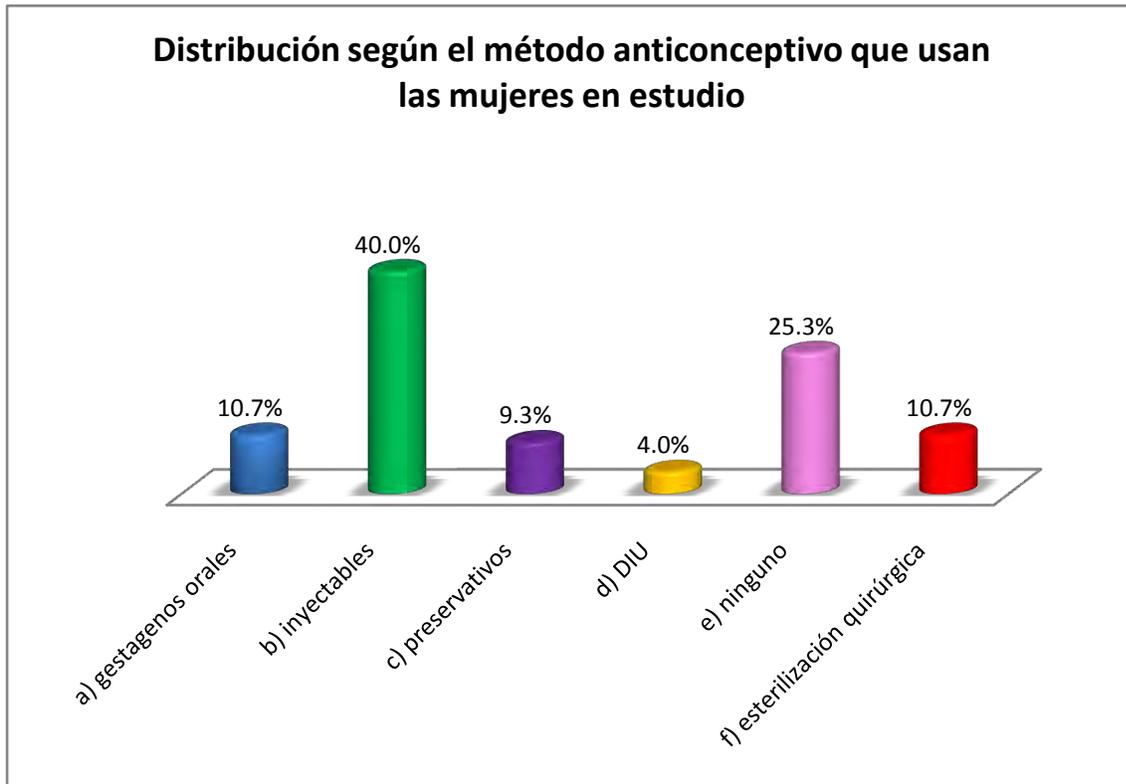
Gráfica 11



Gráfica 12



Gráfica 13



Gráfica 14



Gráfico 16

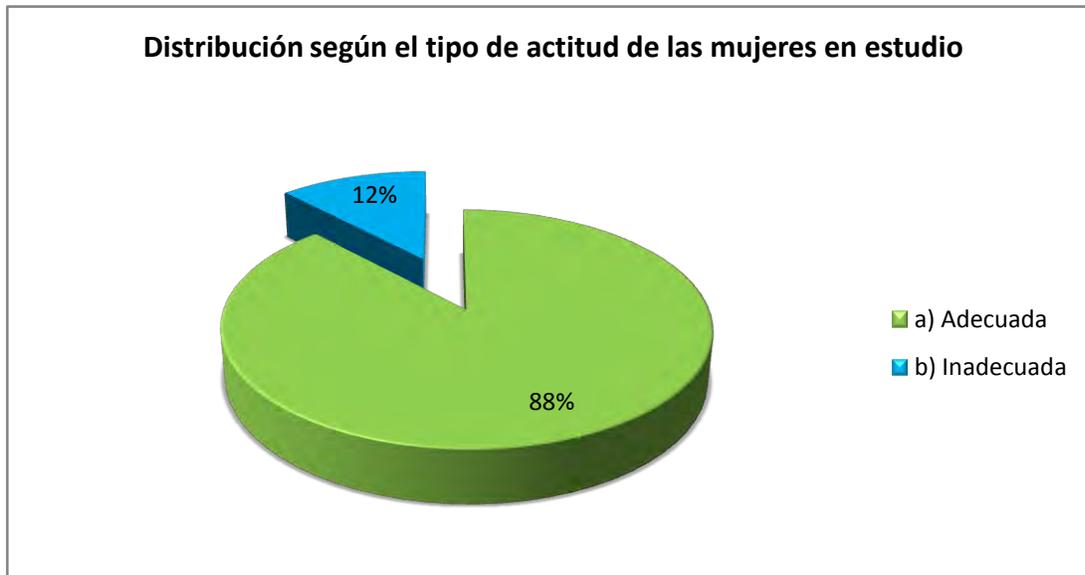
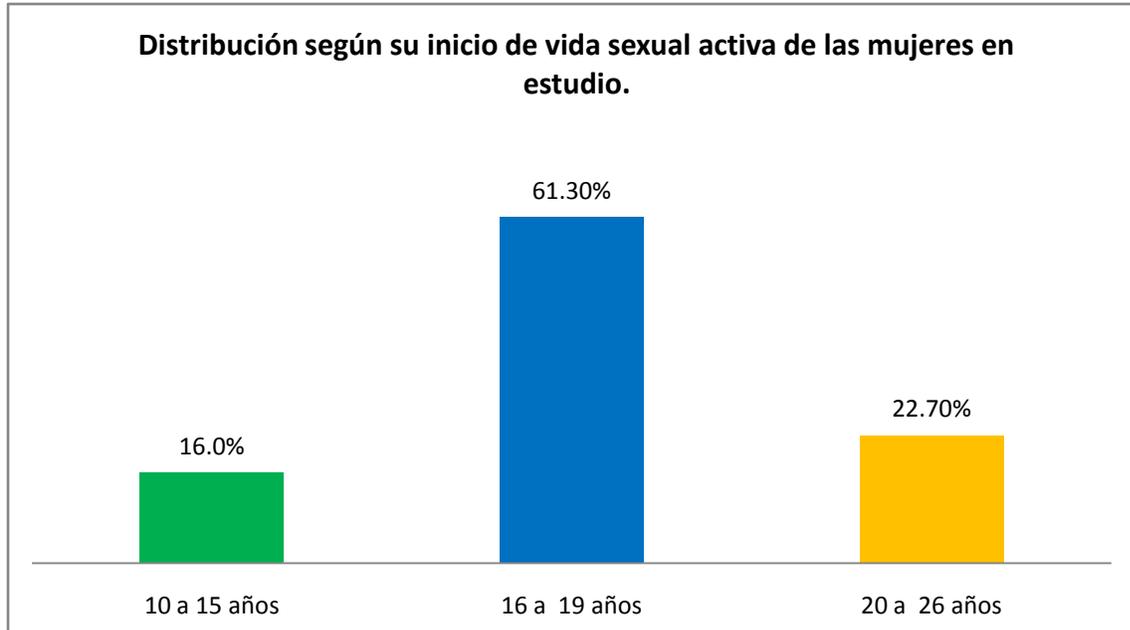
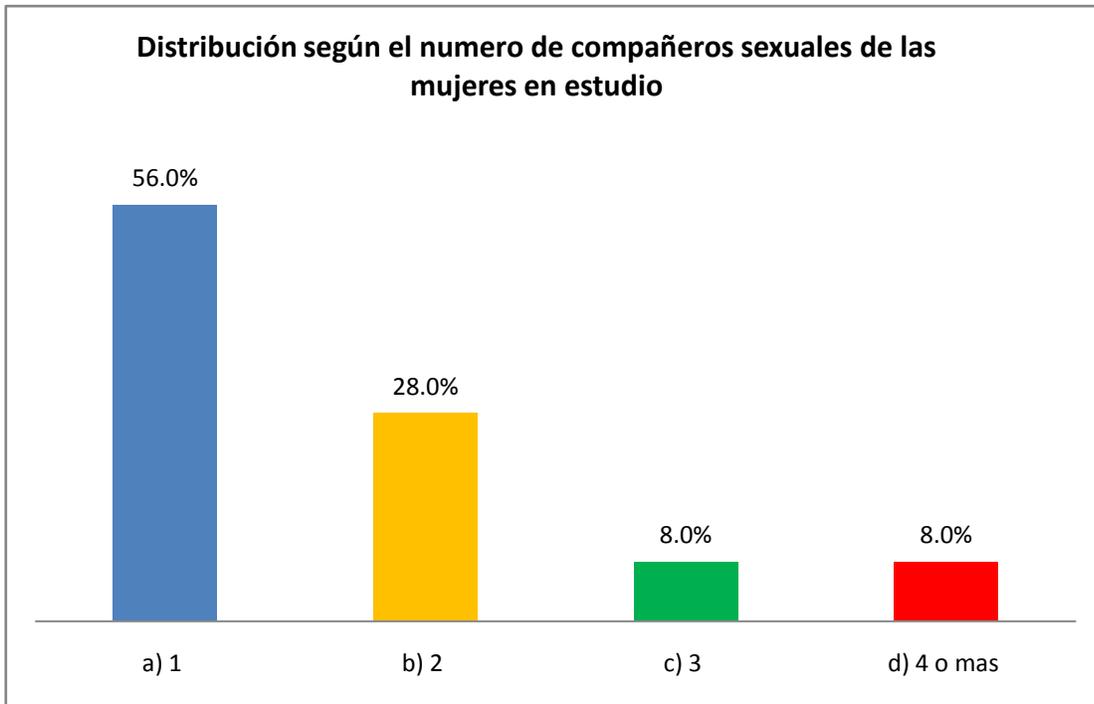


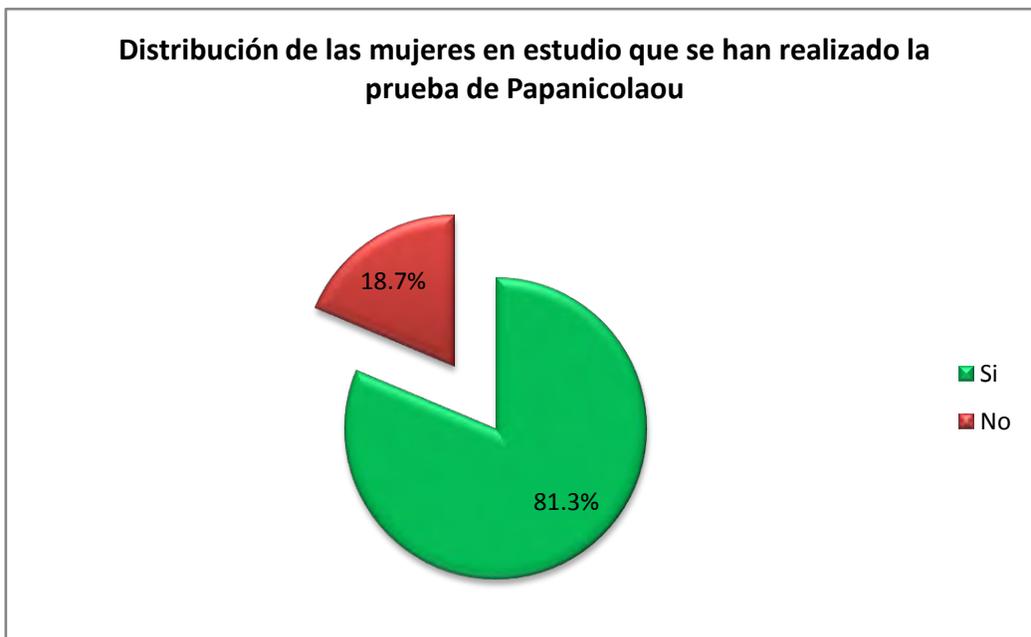
Gráfico 17



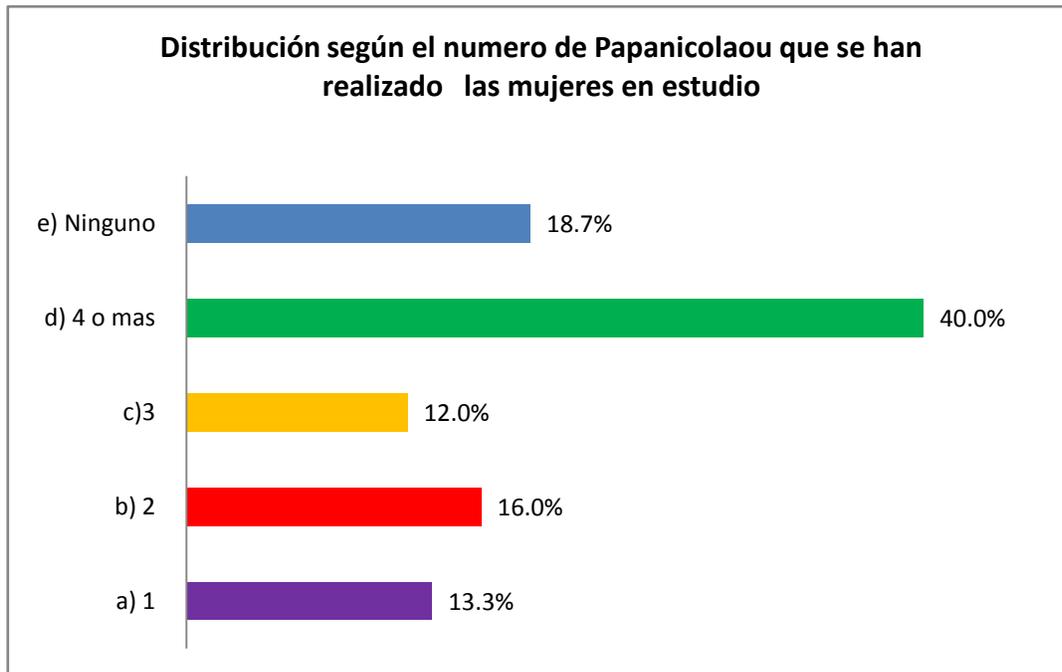
Gráfica 18



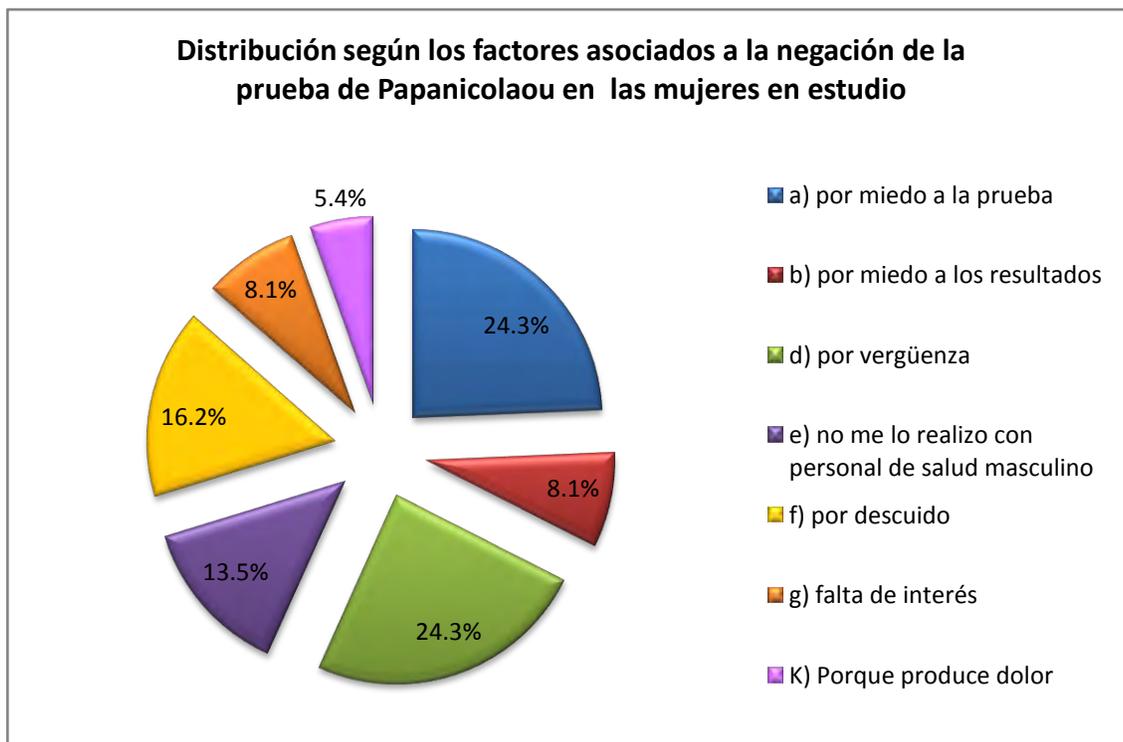
Gráfica 19



Gráfica 20



Gráfica 21



Gráfica 22

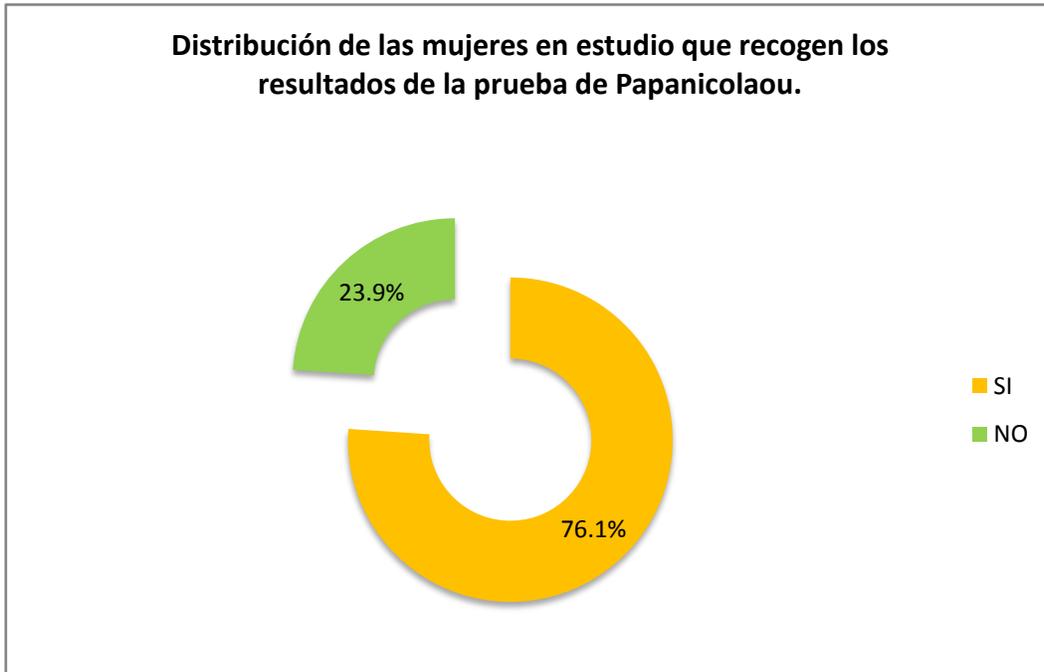
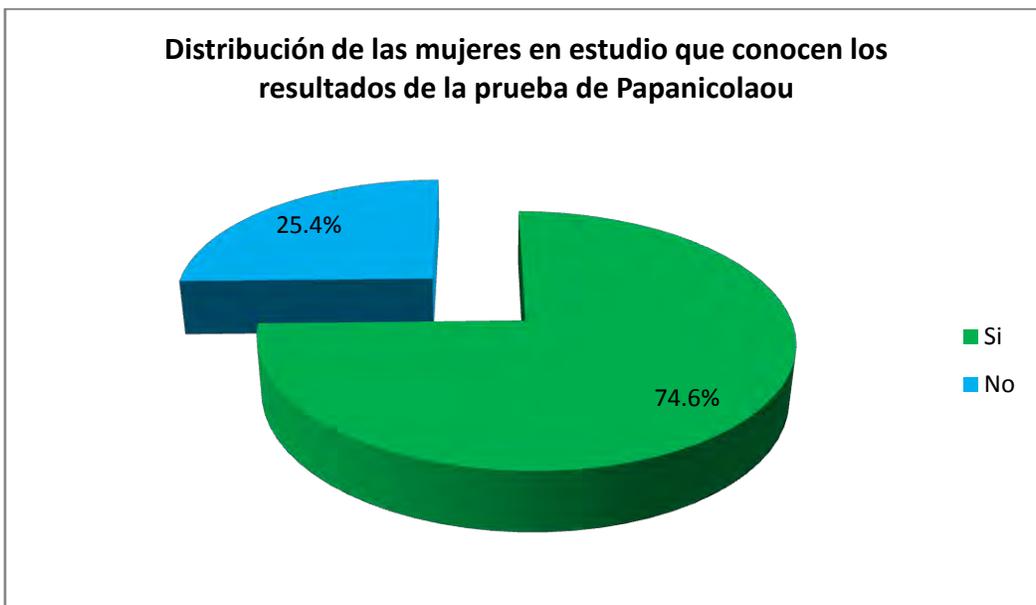


Gráfico 23



Gráfica 24

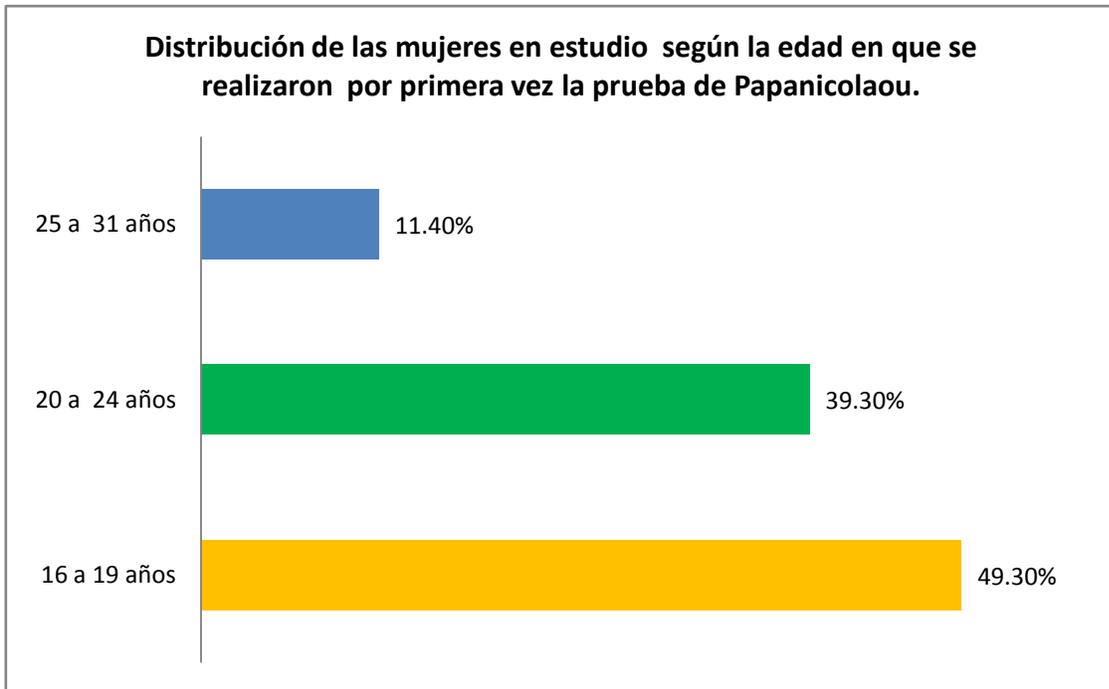


Gráfico 25

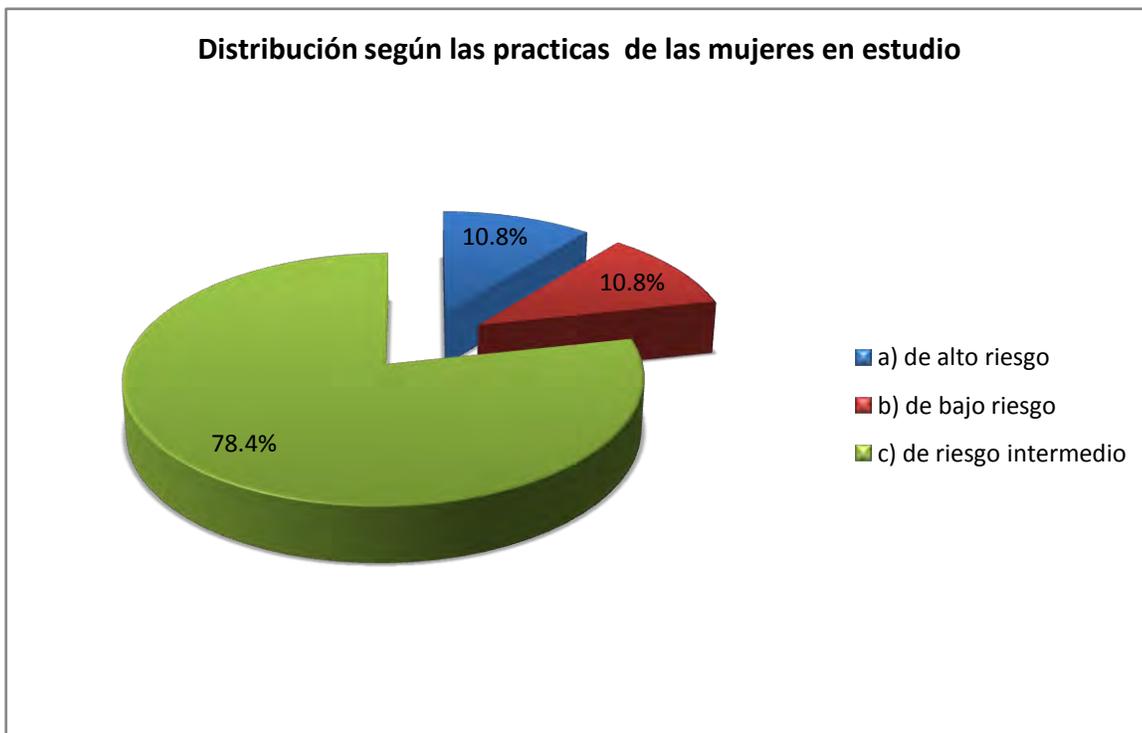


Gráfico 26

