

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**INFORME FINAL**

**Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.**

**AUTORAS:** Bra. Martha Verónica Román Moreira.  
Bra. Reyna Ernestina Vílchez Calero.

**TUTOR:** Dr. José Francisco Reyes Ramírez.  
Profesor Titular, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a DIOS por darme apoyo y fortaleza para culminar mis estudios pues sin su ayuda no hubiera podido terminar.

Se la dedico a mis padres PEDRO RODOLFO VILCHEZ CALERO Y DAYSI DEL SOCORRO CALERO CANO a quienes debo la vida, agradezco su comprensión y esfuerzo para poder llegar a finalizar mis estudios.

A mis profesores que transmitieron sus conocimientos y nos han ayudado en nuestros trabajos enseñándonos con sus ejemplos y sugerencias para realizar una buena labor.

REYNA ERNESTINA VÍLCHEZ CALERO.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis fruto de innumerables esfuerzos a DIOS que ha sido mi amigo, que nunca me abandono en este camino venciendo con su ayuda los obstáculos que se presentaron y poder culminar este trabajo por lo que le estoy muy agradecida.

A mi querida madre MARIA LOURDES MOREIRA JEREZ que con su ejemplo, enseñanzas y apoyo me enseñó a luchar para llegar a alcanzar mi meta.

A mis profesores por las enseñanzas recibidas por que me han guiado en la elaboración de la tesis que me servirá para optar al título de Médico y Cirujano.

MARTHA VERÓNICA ROMÁN MOREIRA.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a DIOS por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a las personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de estudio.

Agradecer a mi familia por el esfuerzo realizado y apoyo en mis estudios, porque han sido mis alegrías y fortaleza para seguir adelante.

Mi agradecimiento a los catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN- Managua) por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios.

Reyna Ernestina Vílchez Calero.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a **DIOS** por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a las personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de estudio.

Agradecer a mi familia por el esfuerzo realizado y apoyo en mis estudios, porque han sido mis alegrías y fortaleza para seguir adelante.

Mi agradecimiento a los catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN- Managua) por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios y por la paciencia que tuvieron conmigo.

Martha Verónica Román Moreira.

## RESUMEN

En el mundo se aprecia un estimado de 500,000 nuevos casos de Cáncer de Cérvix Uterino cada año, donde el 80% de los mismos corresponde a países en vías de desarrollo. Informe científicos indican que es la segunda causa de muerte por cáncer en la población femenina.

Datos oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua, lo ubican como la primera causa de morbimortalidad que afecta a las mujeres Nicaragüense, relacionado a Condiciones Socio Económicas de pobreza, un bajo nivel cultural y además condicionado por factores socio culturales que afectan directamente el manejo y seguimiento de esta patología de forma muy importante.

En los últimos años la presencia y desarrollo de este tipo de Neoplasia ha tenido un comportamiento epidemiológico en mujeres cada vez más jóvenes, teniendo un promedio de 8 a 10 años menor que la media que se presenta en el resto de países de América Latina. Agravado además por los bajos niveles de cobertura, limitando grandemente su diagnóstico precoz.

Desarrollar una mayor cobertura, captación y seguimiento de esta Patología requiere el impulsar en nuestra población el conocimiento sobre la técnica de Papanicolaou, para que mejore en principio el mal manejo de la información, superando además la influencia de los mitos, tabúes y las complicaciones que esto conlleva.

El impulso de programas que sirva para desarrollar la conciencia a las mujeres y sus familias, para que puedan mejorar e impulsar una mejor calidad de vida, debe de ser uno de los principales objetivos estratégicos en el mejoramiento de la calidad de atención hacia la población de nuestro país.

Se realizó un estudio en una muestra de 476 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4 de Managua, en el período del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2015.

Se realizó una encuesta dirigida a las mujeres en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou.

El 49.8% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 23.3% al grupo de edad de 27 a 38 años. Predominando las mujeres acompañadas con un 62.8%.

Un 57.1% profesaban la religión católica y un 37.4% la evangélica. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 10.1% de los casos y procedencia urbana en el 89.9%. El 23.9% cursaban Primaria, 57.8% cursaban la secundaria. La principal ocupación fue el ser estudiante con un 54.0%, solamente el 18.5% trabajaban y el 27.5% eran amas de casa.

El nivel de conocimientos fue bueno en el 72.7% de los casos, la actitud en su mayoría fue Favorable con un 63.2%, y el nivel de prácticas fue en su mayoría mala con un 77.3%.

Se debe impulsar Medidas y Programas con intervenciones objetivas a corto y mediano plazo, siendo los principales actores el personal de salud, para generar en las mujeres una mayor conciencia preventiva para adoptar actitudes y prácticas más responsables y seguras, basadas en la apropiación de conocimientos objetivos sobre la toma de Papanicolaou y el desarrollo del Cáncer del Cérvix Uterino.

Es necesario que la población en general, líderes comunitarios, padres de familia y mujeres tomen conciencia de la magnitud que representa la prevalencia del Cáncer Cervico Uterino en nuestro país, y que representa además un verdadero problema de salud pública en Nicaragua, ya que nos afecta a todos, repercutiendo en la calidad de vida de las mujeres y de sus familias, limitando las oportunidades de desarrollo económico, afectando a toda la sociedad en su conjunto.

## **OPINION DEL TUTOR.**

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015, realizado por las Bachilleres Reyna Ernestina Vílchez Calero y Martha Verónica Román Moreira, desarrolla uno de los temas principales en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva de la población femenina en Nicaragua, orientada hacia una de las Patologías que desarrollan un alto nivel de Morbi-Mortalidad en las mujeres de nuestro país.

Baja cobertura de la toma de Papanicolaou, niveles académicos deficientes, violencia intrafamiliar constante, limitaciones marcadas de acceso a los servicios de salud, fenómenos socioculturales prevalentemente machistas, con procesos de educación sexual y reproductiva muy limitados desde los primeros años del desarrollo, son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan a diario, nuestras mujeres.

La prevalencia del Cáncer Ginecológico (Cérvix y Mama) sigue siendo un problema grave en los países en vías del desarrollo y la morbimortalidad por esta patología tiene su principal efecto en mujeres cada vez más jóvenes en la mayor parte de los países de América Latina.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los Bachilleres Reyna Ernestina Vílchez Calero y Martha Verónica Román Moreira, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Extiendo mis más sinceras felicitaciones a las Bachilleres Reyna Ernestina Vílchez Calero y Martha Verónica Román Moreira, por los alcances logrados y extiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

---

**Dr. José Francisco Reyes Ramírez.**  
**Profesor Titular**  
**Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.**

## INDICE

### **CAPITULO I: GENERALIDADES**

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	9
OBJETIVOS-----	10
MARCO TEORICO-----	11

### **CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS-----14**

### **CAPITULO III: DESARROLLO**

RESULTADOS-----	51
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	64
CONCLUSIONES-----	71
RECOMENDACIONES-----	72

### **CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----74**

### **CAPITULO V. ANEXOS-----76**

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico-uterino (Cacu) es la neoplasia maligna más frecuente que se presenta en la población femenina, ocupando el primer lugar dentro de las causas de muerte por cáncer, principalmente en las mujeres en edades comprendidas entre los 25 - 64 años. Teniendo una mayor afectación los países en vías de desarrollo, provocando en Nicaragua un alto nivel de morbimortalidad, y creando al Estado un alto nivel de costos hospitalarios, así como la afectación directa hacia las familias de estas pacientes.

Se ha asociado principalmente por algunos tipos de virus del papiloma humano (HPV), considerada como una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Estudios realizados a nivel hospitalario acerca del proceso de evaluación y seguimiento a estos tumores se ha podido identificar que más del 90% de los casos con diagnóstico de Cáncer de Cérvix se encuentran relacionados al VPH.

Cada año son diagnosticados medio millón de casos, de los cuales más del 80% de los mismos son diagnosticados en los países subdesarrollados.

El examen del Papanicolaou llamado también citología del cuello de útero es una forma eficaz de examinar las células recogidas del cérvix, para detectar de manera temprana y directa células anormales y/o sospechosas de ser portadoras de cáncer.

La Organización Mundial de la Salud se ha preocupado en detener la epidemia de cáncer cérvico uterino en el mundo ya que es el segundo cáncer como causa de muerte en la población femenina.

Los bajos niveles de cobertura, sumado al bajo nivel de conocimientos por parte de la población femenina, condicionada además por fenómenos socio culturales han hecho que el impulso a la toma de Papanicolaou tenga hasta la fecha serias deficiencias.

El mejoramiento en estos principales factores modificaría significativamente el comportamiento de esta patología ya que el aumento del nivel de conocimiento, favorecería

a mejorar las actitudes en relación a la toma del examen y fortalecería la participación del sistema de salud en el abordaje de esta terrible enfermedad.

.

La Citología cervicovaginal ha sido el procedimiento de elección para detectar el cáncer cervicouterino con la ventaja de ser un método sencillo, inocuo y con una eficacia del 95% cuando se realiza e interpreta de forma adecuada.

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.

.Es por lo tanto necesario realizar una buena toma de la citología cervicovaginal por parte del equipo de salud, lo que motivaría el mejorar los índices de cobertura como estrategia para la captación oportuna y el seguimiento de esta patología.

Esto garantizaría una mejor Atención en calidad y calidez, hacia nuestras mujeres como estrategia para el abordaje de este grupo vulnerable ya que ellas representan una gran importancia en el desarrollo socioeconómico de Nicaragua.

## ANTECEDENTES

El cáncer se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial; el de cuello del útero es de los que causa más muertes entre la población femenina. Se ha definido que representa el segundo cáncer más frecuente en la población femenina en el mundo. (Schiffman, Brinton, Devesa, Fraumeni, & Joseph, 2001)

En Nicaragua el Cáncer de Cérvix Uterino representa la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina del país. Y el más frecuente que se presenta en la población. Según datos recopilados por ENDESA 2011-12. Hasta el año 2010 el carcinoma de cérvix representó los 21% del total de cáncer de todo el país diagnosticados en ese año. (INIDE - MINSAL, 2015)

En un estudio realizado en el año 2007 en Perú se realizó un estudio donde de un total de 501 pacientes encuestadas, 42,7% (214) fue menor de 30 años y 58,3% (287) mayor de 30 años. Según el grado de instrucción, primaria, 53,3% (267) a secundaria y 37,8 % (189) a superior. Con respecto a los conocimientos, a la pregunta de dónde se toma la muestra para el Pap, 48,9% respondió correctamente; el mayor error, en 37,3%, fue creer que la muestra proviene de la secreción vaginal.

Sobre el propósito del Pap, el 54,3 % de mujeres respondió incorrectamente, siendo el principal error (37%) responder que el Pap detecta cualquier cáncer ginecológico.

Frente a la frecuencia de toma del Pap, 69% del grupo menor de 30 años respondió correctamente, contrastando con solo 4,9% del grupo mayor de 30 años. Con estos resultados, se observó que solo 10,6% tiene conocimientos altos sobre el Pap, mientras que 89,4% de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios. (Bazán Asencios, Posso, & Gutiérrez, 2007).

En el año 2007 un estudio realizado en Bolivia que comprendía a mujeres con rango de edad entre 15 a 50 años que acudieron a consulta al Hospital La Paz, se encontró que de las 47 pacientes que habían realizado alguna vez el PAP el grupo que mayormente lo había realizado se encontraba entre 20 a 29 años con un 40% (19) seguido por el de 30 a 39 años con un 31% (15). En relación a la práctica del PAP, cuando se preguntó a las encuestadas

si alguna vez se realizó el PAP, el 53% (53) respondió que nunca lo hizo y el 47% (47) respondió que lo hizo alguna vez. De las 14 pacientes que desconocían el resultado de su último PAP, el 37.5% (6) indicó porque el médico no les informó, el 31.3% (5) no fue a preguntar por el resultado y el 18.8% (3) respondieron que se les había indicado que los resultados no llegaron. De las 53 pacientes que nunca se habían realizado el PAP, 44% (22) respondió por falta de información, seguido por el 40% (20) que respondió por el temor al dolor y solo el 6% (3) por vergüenza. Luego cuando se les preguntó cuál era el resultado el 61% respondió Normal, el 15.2% Inflamatorio y otro 15.2% Infeccioso. (Zenteno Castro & Rivas Ponce, 2007)

Un estudio realizado en Paraguay en el año 2008, presentó los principales resultados: Del total de 1049 mujeres que fueron entrevistadas, el 66.3% (695) ha escuchado hablar sobre el Papanicolaou (PAP). El 25.4% (266) es menor de 20 años; el 29.0% (304) tiene entre 20 y 24 años; el 20.6% (216) entre 15 y 30 años; el 12.3% (129) entre 30 y 34 años; el 9.6% (101) entre 35 y 39 años y 3.2% (33) 40 años y más, siendo la edad promedio de la población encuestada de 25 años. El 45.7% (479) está concubinado; el 37.5% (397) casada; el 15.3% (160) soltera y el 1.5% (16) separada. El 34.6% (263) ha terminado la primaria, el 11.0% (115) concluyó el nivel secundario y el 0.6% (6) la universidad. El 59.6% (625) se dedica a quehaceres domésticos y el 20.6% (216) realiza actividades remunerativas, de las cuales el 16.4% (172) se hallan actualmente desempleadas. El 1.6% (17) son estudiantes.

**Edad de inicio de las relaciones sexuales:** la edad modal de la 1ra. relación sexual es de 16 años y el promedio de edad de inicio 18 años.

Las **fuentes de información** sobre el PAP son el médico 32.7% (228); algún familiar 24.3% (169); enfermera 19.2% (133); amiga 11.5% (80); charla 9.0% (62); TV 3.2%

(22), periódico o revista 2.5 % (17); docente 1.0% (7); patrona 0.5% (4); radio 0.3% (2) y político 0.3%(2). (de García de Zúñiga, Arrom de Fresco, Ruoti Cosp, & Orué, 2008)

Un estudio realizado en los meses de abril y mayo del año 2010 en el EBAIS San Diego del Área de Salud Concepción-San Diego-San Juan; Costa Rica, participaron un total de seis mujeres con edades de entre 20 y 50 años de edad que nunca se habían realizado la Citología Vaginal o que la última toma había sido de tres años o más y que hubieran accedido a la entrevista, previo consentimiento informado. (Sanabria Hernández, 2012)

En el presente estudio se evalúa el conocimiento que tienen ellas con respecto al Papanicolaou; primordialmente se desea saber qué información poseen sobre la prueba, su definición y sobre el procedimiento. Según la información obtenida la mayoría de ellas dicen saber que el Papanicolaou es como “un examen”, “Es un examen vaginal...Examen ginecológico para detectar enfermedades del cuello del útero. Es para saber si uno tiene algo” La mayoría de las mujeres que se realizan el Pap desconocen la importancia de realizarse el Pap debido al bajo nivel de escolaridad. (Sanabria Hernández, 2012)

En el año 2010 se realizó una investigación en Santiago de Chile, con una muestra de 59 profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente de la ciudad de Santiago, provenientes de los tres niveles de atención del programa cáncer cervicouterino. Un 48,3% de los profesionales entrevistados señala que las mujeres no tienen conocimiento sobre la norma de control de Pap, un 32,8% de ellos refiere que las mujeres tienen un conocimiento parcial y el 18,9% restante señala que las mujeres si tienen conocimiento sobre la norma de Pap. Frente a la pregunta abierta ¿a qué atribuye usted que las mujeres no se tomen el test del Pap, surgieron los siguientes temas en el análisis de contenido: falta de conocimiento con un 45,6%, miedo con un 38,6%, dejación por parte de la mujer con un 29,8% y problemas atribuidos al tiempo de las mujeres con un 22,8%. (Urrutia S., Araya G., & Poupin B., 2010)

Otro estudio realizado ese mismo año en Perú se realizó una encuesta a 116 mujeres en donde la respuesta incorrecta más frecuente fue creer que “la muestra para el PAP proviene de la secreción vaginal”: 27 mujeres (23,3%); 16 mujeres (13,8%), respondieron que el PAP sirve para la “detección temprana de cáncer de vagina”. Todas las entrevistadas respondieron que era importante realizarse el PAP periódicamente; 115 mujeres (99,1%) mencionaron “tener interés por conocer más sobre la prueba de PAP”. El principal motivo que refirieron el total de mujeres para no haberse realizado un Papanicolaou fue por falta de tiempo: 18(15,5%). En las mujeres sexualmente activas el principal motivo para no haberse realizado el PAP fue “el pensar que el examen es doloroso”: 10 mujeres (8,6%), por “no tener síntomas”: 8 mujeres (6,9%), “sentir vergüenza”: 4 mujeres (3,4%) y “falta de tiempo”: 4 mujeres (3,4%), por “desconocer el test”: 2 mujeres (1,7%) y “falta de dinero” : 2 mujeres (1,7%) . (Seminario Pintado, y otros, 2010)

Un estudio realizado en el año 2010 en Barranquilla, Colombia, donde se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, durante el primer semestre del 2010. Aproximadamente el (83.3%) de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen de citología vaginal. El (83.3%) de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen de citología vaginal. Un (68%) de las mujeres encuestadas contestaron afirmativamente que han solicitado le realicen la citología vaginal en los últimos tres años; el resto de la población respondió que no. Por otra parte aproximadamente el (91%) de las encuestadas consideraron que si era necesario hacerse la citología vaginal anualmente. Más del 80% de las mujeres encuestadas se ha practicado la citología vaginal por lo menos una en la vida. Sin embargo las razón para la realización de la misma fue por iniciativa propia en un 48.8% y menos de un 50% lo hizo por indicación médica. (Figuerola Solano, 2010)

En el año 2015 un estudio realizado en Perú encontró que el 59.84% del total de mujeres encuestadas desconocen aspectos básicos referentes a la prueba de papanicolaou, se encontró que en un 90.91% de las mujeres tuvieron una actitud favorable y una práctica no aceptable en un 56.87%.

### **Antecedentes en Nicaragua**

En el año 2009 un estudio realizado sobre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre el Papanicolaou en mujeres que Asisten a consulta al centro de Salud “Julio Buitrago Urroz “de Masachapa, se encontró que el 94.4% refiere que el PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud, el 87.7% dijo que el PAP es un examen vaginal que sirve para detectar cáncer. En relación a las actitudes de las mujeres hacia el PAP EL 88.8 % está totalmente de acuerdo que el PAP es un examen importante para la salud de la mujer, 75.3% está totalmente de acuerdo en estar dispuesta a tomarse el PAP. Sobre las prácticas hacia el PAP que tienen las mujeres se puede decir que el 84.6% de las mujeres se realizó el primer PAP entre los 15-19 años. El 85.9% obtuvo resultados, el 75.3% se ha realizado 2 o más veces el examen del PAP. El 70.4% se realiza el PAP anualmente, el 18.3% se lo realizo cada 2. El 93.1% estaba dispuesta a hacerse el examen del PAP en el futuro .El 48.7% se realizó el PAP hace menos de un año, el 29.5 % se lo

realizo hace uno o dos años, 16,7 % se lo realizo hace tres o más años. (Fonseca Larios, 2009)

En el año 2010 un estudio del centro de salud Roger Osorio , en Managua, refirió que el 78,7% (59) de la 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 la 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. 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 la mujeres refieren que no se debe de realizar durante el embarazo. (Irina, 2011).

En el año 2012 se llevó a cabo un estudio sobre los conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres con vida sexual activa en el centro de Salud Ramón Toledo del departamento de Boaco en donde los principales resultados fueron que en relación a las características Sociodemográficas el grupo etáreo que con más frecuencia acude al centro de salud para la realización del PAP lo constituye las mujeres de 20 -34 años de procedencia urbana con un 45 % y de educación secundaria .El estudio revela que solo un 64 % de la población encuestada ha oído hablar acerca del PAP se encontró que la población del área rural es la que tiene mayor porcentaje de usuarias que nunca se han realizado un PAP. (Morales Rivera, & Meza Olivares, 2012)

## JUSTIFICACION

El cáncer cervical es el más fácil de prevenir entre los cánceres. Esto se debe a que tiene una lenta evolución. Además, como el cérvix es un área anatómica del cuerpo de la mujer fácilmente accesible, la citología cervical Exfoliativa (Papanicolaou) permite una detección precoz y el tratamiento eficaz de las lesiones pre-invasoras.

Aunque la Citología Cervico Vaginal sea un examen sencillo y relativamente barato, desafortunadamente, su aplicación y generalización a toda la población todavía tiene muchas limitantes.

La evaluación de los Conocimientos acerca de esta técnica mejorará significativamente todos los indicadores sobre la morbi mortalidad del comportamiento clínico epidemiológico del Cáncer de cérvix en Nicaragua.

En nuestro país, este cáncer representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad por lo que, los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan en primer lugar brindarle a las mujeres nicaragüenses una atención en Calidad y sobretodo Oportuna, también el desarrollar planes para el proceso de una educación continua con actualización hacia cada uno de los miembros del equipo de salud que evalúa a estas mujeres.

La presente investigación permitirá identificar el conocimiento, actitud y prácticas sobre este importante examen que tienen las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, proporcionando información al SILAIS, generando medidas organizativas, educativas y de seguimiento para un mejor control en la detección precoz del cáncer de Cérvix uterino en las mujeres que se encuentran en los grupos de riesgo de esta patología. Y mejorar de esa manera la calidad de atención de salud de forma oportuna y precoz de esta terrible enfermedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El examen de citología Exfoliativa, es uno de los métodos más eficaces para detectar temprano el cáncer del cuello del útero (o cuello de la matriz) además de ser una prueba rápida sencilla y barata.

El cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre las mujeres en nuestro país y la manera más eficaz para detectar en forma precoz es la realización del test de Papanicolaou.

El examen de citología Exfoliativa, es uno de los métodos más eficaces para detectar temprano el cáncer del cuello del útero (o cuello de la matriz) además de ser una prueba rápida sencilla y barata.

Es importante la calidad del procedimiento como método de prevención de forma constante, así mismo la participación activa de las usuarias a manera de mejorar el monitoreo continuo, con calidad del conocimiento acerca de la técnica con el objetivo de lograr avances en el proceso de prevención de complicaciones más graves.

El comportamiento actual del Ca Cu en Nicaragua presenta niveles altos de morbimortalidad que solamente pueden ser superados con una participación objetiva de la población femenina condicionada con niveles de conocimientos que fortalezcan los programas de detección oportuna y mejoren al abordaje de la patología.

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población femenina con un personal actualizado, sobre el diagnóstico del Cáncer de Cérvix Uterino es que hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Determinar el Nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Toma de Papanicolaou en las mujeres de Edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Toma de Papanicolaou en las mujeres de Edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar las características Sociodemográficas del grupo en estudio
- Evaluar las características principales de la Fuente de Información
- Evaluar el nivel de Conocimiento de las mujeres que participan del estudio
- Describir las actitudes que muestran las mujeres que asisten al Centro de Salud sobre la toma del PAP
- Conocer las prácticas que poseen las mujeres que asisten al Centro de Salud en edad fértil sobre la toma del PAP.

## **MARCO TEÓRICO**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud es un derecho de todos los seres humanos. La responsabilidad para ejercer ese derecho descansa fundamentalmente en nuestros propios hábitos para formar parte un sistema personal. Debemos procurar mirar hacia el interior de nuestra propia naturaleza principalmente hacia aquellas partes o tendencias auto afirmativas. (Alcántara Moreno, 2008)

La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. (Alcántara Moreno, 2008)

### **CONOCIMIENTO**

El conocimiento es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad. En este sentido, el conocimiento es una suerte de “mapa” conceptual que se distingue del “territorio” o realidad. Todos los procesos de aprendizajes a los que una persona se expone durante su vida no son sino un agregar y resinificar las representaciones previas a efecto de que reflejen de un modo más certero cualquier área del universo. (Organización Mundial de la Salud, O.M.S., 2009)

En la actualidad aquel conocimiento más valorado por la sociedad es el llamado “científico”, en tanto y en cuanto se supone guarda una cercanía más estrecha con lo representado.

Para valorar esta cercanía lo relevante es que puedan hacerse predicciones sobre aquella materia sobre lo que trata el saber. Lo interesante es comprobar que el propio método científico, que es un modo de legitimar un determinado conocimiento, puede ser considerado en sí mismo como un conocimiento.

En efecto, las fases que constituyen la elaboración de una teoría y la posterior contrastación se consideran como los procedimientos más pertinentes para elaborar un saber certero, constituyendo este proceso una representación en sí misma. (Organización Mundial de la Salud, O.M.S., 2009)

## **ACTITUDES**

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección; en cambio, la actitud engloba aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los diversos desafíos que se le presentan de un modo o de otro. (Organización Mundial de la Salud, O.M.S., 2009)

Aquellas disposiciones que nos ayudan a desenvolvernó frente a las exigencias del ambiente pueden englobarse en lo que se denomina actitud positiva. La actitud positiva de una persona se origina en hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar sus problemas y dificultades. En efecto, el énfasis de una persona con actitud positiva se centra en aquello que posee en lugar de ocuparse de lo que carece. Así, la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica fomentando sentimientos que trasuntan bienestar y placidez. (Organización Mundial de la Salud, O.M.S., 2009)

El cáncer invasor del cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de contarse con una tecnología eficaz de prevención secundaria.

Es el cáncer más común en las mujeres de la Región y una de las causas de mayor morbilidad y de muerte evitable en la población adulta. Las tasas de incidencia encontradas en varios registros de cáncer de la región, como los de Cali (Colombia), Recife (Brasil) y la Paz (Bolivia) son o están entre las más altas del mundo. Mientras que la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido grandemente en los países desarrollados y los distintos estudios

indican que ello se debe en gran medida a los programas de detección temprana, este descenso no parece estar sucediendo en la gran mayoría de los países americanos.

### **Factores Predisponentes**

El cáncer escamoso de cuello uterino y sus precursores han sido ampliamente investigados en lo referente a su epidemiología y etiología.

Un gran número de factores epidemiológicos parecen contribuir al desarrollo de esta neoplasia, pero el modo a través del cual estos factores causan el cáncer es todavía poco claro, más aun, dichos agentes epidemiológicos han sido identificados consecutivamente adquiriendo un rol importante en diferentes periodos de tiempo.

Podríamos identificar factores sexuales, socioeconómicos, raciales, tóxicos o infecciones tales como:

1. Inicio precoz de actividad sexual.
2. Elevado número de parejas sexuales.
3. Alta paridad.
4. Bajo nivel socioeconómico.
5. Cigarrillo.
6. Enfermedades de transmisión sexual tales como sífilis, gonorrea, tricomoniasis, clamidia. Herpes genital y el importante rol que cualmente tiene la infección por HPV en la génesis de esta neoplasia.
7. Factores inmunológicos, las neoplasias intraepiteliales y el cáncer invasor son más común en mujeres inmunosuprimidas.

Los programas actuales de control del cáncer de cuello uterino están basados en la estrategia de la prevención secundaria a través de la citología cervical, técnica de detección temprana que ha sido utilizada en muchos países durante más de treinta años.

Según la Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por Cáncer Cervico Uterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 Mujeres en Edad Fértil. (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

Los SILAIS Granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6) y Managua (20.3) reportan las tasas de mayor mortalidad por CaCu en el 2011.

Mientras la tasa cruda de mortalidad para Nicaragua para Cacu, se estima internacionalmente en 14.5, en Centroamérica es 10.1 y a nivel mundial de 8.2; para un total de 1.74 millones de mujeres en el país con riesgo de desarrollar cáncer cervical.

**CONCEPTOS:** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

### **Diagnóstico Precoz**

La citología junto con la colposcopia son los métodos aceptados para el diagnóstico temprano de las lesiones pre neoplásicas del cuello uterino. Cada uno de estos métodos tiene su limitación siendo evidente que ambos se complementan. Siendo el diagnóstico en forma definitiva dada por la biopsia.

### **Examen de Papanicolaou**

El Pap consiste en recoger una muestra de células de adentro del cérvix con una espátula de madera o un cepillo cervical pequeño .La muestra se pone en un porta objetos de vidrio y se conserva en fijador o se fija con un spray especial o alcohol puro y se envía a un laboratorio para que sea examinado.

### **Inspección visual con Ácido Acético**

El examen IVAA (inspección visual con ácido acético o vinagre), consiste en aplicar vinagre al cuello de la matriz. Si cambia la coloración del cuello en la unión con el orificio cervical, se sospecha de alguna lesión y es necesario referir.

### **Valor de la Citología Cervical**

La citología cervical es solamente un elemento del sistema completo que se requiere para el control del cáncer de cuello uterino. Identifica solamente a las mujeres que requieren un seguimiento y tratamiento, y no tendría ningún valor sino formara parte de un sistema integrado de referencia de las pacientes con hallazgos citológicos anormales

**TECNICA PARA LA TOMA DEL FROTIS** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

## **1 .Debe interrogarse a la paciente sobre:**

- a) Si ha utilizado ducha vaginal en las 72 horas anteriores a la prueba, lo que constituye un invalidante para tomar la muestra; al igual que haber utilizado medicamentos por vía vaginal durante la semana anterior.
- b) Si ha mantenido relaciones sexuales 24 horas antes tampoco debe recogerse la muestra.
- c) Si ha sido sometida a exploración bimanual o manipulaciones sobre el cuello uterino (legrados, colocación o retirada de DIU, etcétera), en las 48 horas anteriores, la muestra carece de valor.

## **2 .Recolección de la muestra.**

- a) Tener preparado previamente el material necesario para la toma y la fijación inmediata del material, las láminas deben estar previamente identificadas. Todo material que se va a usar debe estar limpio, seco y estéril.
- b) Colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello con el empleo de un espéculo. Retirar el exceso de secreción o de mucus, si fuera necesario, sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo no se deben utilizar lubricantes.
- c) Tomar 2 muestras, una del exocérvix y otra del endocérvix.

*Conducto cervical:* utilizar espátula de Ayre; introducir bien el extremo saliente en el orificio cervical y hacer girar la espátula en el sentido de las manecillas del reloj con cierta presión.

El raspado debe hacerse en la línea escamo-columnar (donde se encuentran los 2 epitelios) con el extremo redondeado de la espátula, como la mayoría de los cánceres se originan en esta unión escamo-columnar o epitelio de transición, ningún extendido puede considerarse apropiado, a menos que esta área haya sido muestreada.

Cuando exista una ectopia del tejido endocervical es preciso recordar que la unión escamo-columnar se encuentra en la periferia de la misma, y es en este sitio donde debemos tomar la muestra. Si se considera necesario, pudiera tomarse una muestra adicional en el fondo del

saco posterior de la vagina con la espátula de madera por el extremo redondeado para recoger el material depositado en el mismo. Cuando se toma esta muestra, ésta debe ser la primera.

d) Muestras adicionales si fueran necesarias.

En caso de prolapso uterino se debe humedecer la espátula con suero fisiológico antes de tomar la muestra.

También puede añadirse una tercera lámina tomada con un aplicador humedecido en suero fisiológico (introducido en el orificio del cuello).

En caso de un orificio cervical muy estrecho en el que no penetra la espátula, debe tomarse una muestra del canal endocervical con un aplicador sin montar, (esto es sin el algodón en la parte de madera).

Vagina seca, también se humedece la espátula con suero fisiológico.

Puede haber un pólipo que sale por el orificio del cuello del útero, en este caso, además de raspar alrededor del orificio tomamos una muestra del raspado del pólipo.

En caso de sangramiento, tomamos 1 ó 2 láminas adicionales de la forma siguiente: una vez raspado el cuello o la lesión exofítica de éste, no la extendemos en un solo sentido, sino que con la espátula damos golpecitos en toda la extensión de la lámina, así se desprenden las células y el resto del material que quede adherido a la lámina, o sea, el material sólido.

Si la paciente es virgen, se toma con la pipeta de Papanicolaou.

Si está histerectomizada por enfermedad maligna, la muestra se toma de los pliegues de la cúpula con la espátula con el extremo que tiene los salientes, y otra del centro con el extremo redondeado.

Cuando en el cuello hay mucus cervical, éste se extrae y después se toma la muestra.

Cuando la paciente tiene mucha leucorrea, ésta se limpia introduciendo un hisopo de algodón hacia el fondo del saco posterior, sin rozar el cuello y después se toma la muestra.

e) Extensión del material.

El material debe ser extendido de manera rápida en un solo sentido para evitar que se sequen y dañen las células, sobre las 2 superficies de la espátula, y corresponderá cada una a la mitad de la lámina o porta objeto. El extendido no debe quedar ni muy grueso ni muy fino. La extensión no se hace zig-zag, ni en espiral, ni en remolino.

f) Fijación de la lámina.

Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea el menor posible, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio. Nunca debe esperarse por la siguiente para hacer fijación.

g) Después de obtenido el frotis, la lámina debe colocarse inmediata mente en un frasco de boca ancha que contiene el líquido fijador. Este puede ser una mezcla de alcohol éter a partes iguales o alcohol de 95 grados sólo, si no se dispone de éter. La fijación también puede hacerse utilizando cito spray.

h) La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación.

i) Si se utiliza cito spray debe colocarse el frasco a 15 cm de distancia de la lámina y aplicar la nebulización 2 veces moviendo la mano en ambos sentidos.

j) Para evitar que las láminas se peguen, si se utiliza el cito spray, deben esperarse unos 10 minutos antes de juntarlas, si se utiliza el frasco con alcohol éter debe colocarse a una de las láminas una presilla movable de alambre de las que se utilizan en las oficinas para unir varios papeles.

k) El tiempo que media entre la fijación de las láminas y su coloración en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días, por lo que el envío de éstas desde los sitios donde son tomadas debe tener una periodicidad semanal.

## **TÉCNICA DE PAPANICOLAOU (PAP)** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

El test de Papanicolaou es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico.

La toma de muestra se realizará con una espátula de Ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible, en la zona escamo-columnar del cérvix Técnica de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) La IVAA consiste en la observación del cérvix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%. El ácido acético se utiliza para aumentar e identificar epitelio anormal a través del cambio “acetoblanca” de una lesión pre neoplásica o cancerosa.

Es una prueba no invasiva, fácil de realizar y económica. Puede ser realizada (previa capacitación) por los(as) trabajadores(as) de salud en todos los niveles de atención. Los resultados están disponibles inmediatamente. En un método apropiado para instalaciones de bajos recursos.

## **MATERIALES Y EQUIPOS** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)



**Portaobjetos:** es una laminilla rectangular de vidrio de 25x75mm. Con un espesor de 0.8 a 1.1mm; con área esmerilada o sin ella en un tercio de la superficie de una de sus caras. Se deposita el material biológico en cantidad suficiente para su observación en fresco o posterior a la tinción.

**Espátula de Ayre modificada:** es un instrumento alargado de 17.5cm con dos diferentes extremos, uno en forma semiconica terminada en punta. Permite la toma de la muestra del canal endocervical y la otra forma bifurcada, para la toma de la muestra del exocervix.

**Hisopo:** es un palillo de madera de 18cm de longitud aproximadamente, con uno de sus extremos cubierto de algodón no absorbente, que sus características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, pre menopáusicas o postmenopáusicas y adolescentes, que mantiene integras las células sin producirles modificaciones.



**Especulo vaginal de Graves:** es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y otra inferior fija; cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la abertura e inmovilización de las valvas, y sirve para visualizar la cavidad vaginal y el cuello uterino.



### **Procedimiento**

Procedimiento para la Técnica del Papanicolaou Método de obtención de muestras y técnica de la toma.

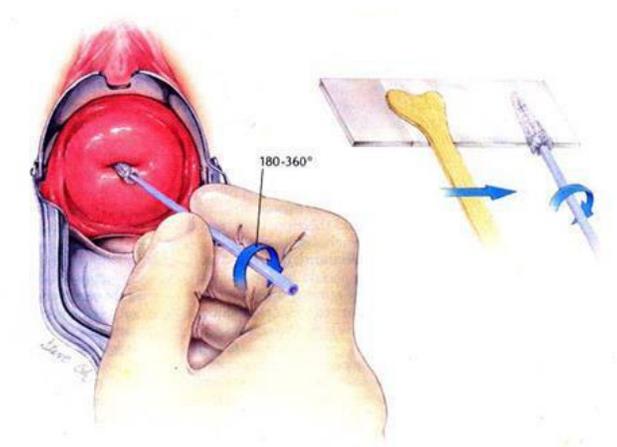
La toma de muestra se debe realizar con una espátula de Ayre, con cepillo endo cervical o hisopo de algodón no absorbente.

Deberá recomendarse a la usuaria:

- No estar en el período menstrual (regla).
- No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
- No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.
- No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas

## Pasos

1. Luego de explicar a la usuaria sobre las características de la citología cervical y el procedimiento que se va a realizar, invítela para que se coloque en posición ginecológica y cúbrala con campos. Observe la vulva, separe los labios delicadamente introduzca el espéculo vaginal limpio y seco a la cavidad vaginal en forma paralela al eje anatómico, y realice las maniobras respectivas para visualizar y “centralizar” el orificio cervical externo.
2. Toma de muestra (depende del método empleado):



Con espátula de Ayre: introducir la porción más larga de la espátula al conducto endocervical y posteriormente rotarla 360°, ejerciendo una leve presión.

Con cepillo endocervical: introducir la misma en el canal endocervical y rotarla 360°, para que con esta maniobra sea posible recoger células (aplicar una presión muy leve sobre el cérvix ya que sangra con facilidad).

Con cepillo endocervical: se debe extender la muestra haciendo rotar una sola vez la escobilla sobre el portaobjetos, en sentido longitudinal, sin perder contacto con el portaobjetos. Con hisopo: hacerlo rotar 360° en contacto con el portaobjetos

3. Fijación de la muestra La fijación de la muestra se realiza con spray o laca común para el cabello.

Agitar el frasco y luego enviar un chorro sobre la lámina, a una distancia de 20 a 30 cm, evitando de esta manera un barrido de las células de la misma. También es posible fijar la muestra introduciéndola en un recipiente que contenga alcohol de 96°, por un tiempo de 30 minutos como mínimo. Otro procedimiento de fijación es con citospray, agitando el frasco y emitiendo un chorro a una distancia de 20 a 30 cm. Para evitar errores en este paso, debe fijarse la muestra en forma inmediata evitando de esta manera alteraciones celulares por desecación que impidan una lectura adecuada.

#### 4. Identificación de la lámina o placa

Se debe registrar el nombre completo y apellidos de la usuaria y el número correspondiente de la lámina con lápiz de grafito (en caso de existir una porción esmerilada del portaobjetos) o adjuntando un pedazo de papel o tarjeta con los datos pertinentes, adhiriéndolo a la lámina con un clip

#### 5. La usuaria debe ser informada del tiempo que demorará el reporte laboratorio, citándola en la fecha correcta

#### 6. Llenado de formularios

Para el registro de los casos atendidos, debe realizarse el seguimiento y reporte mensual, vía SNIS, con el cuidado de incorporar datos correctos y el llenado de formularios específicos. (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

### **¿Por qué se les recomienda el examen de Papanicolaou a las mujeres?**

Un examen de Papanicolaou, junto con un examen pélvico, es una parte importante de la rutina para el cuidado de la salud de la mujer porque puede detectar anomalías que pueden llevar al cáncer invasivo. La mayoría de los cánceres invasivos del cerviz pueden detectarse temprano si la mujer tiene exámenes de Papanicolaou y pélvicos regularmente.

Así como con otros tipos de cáncer, es más probable tener éxito tratando el cáncer de cérvix si se detecta temprano.

El examen del Papanicolaou sirve para detectar las células cancerosas, así como otras anormalidades cervicales y vaginales que incluyen la displasia (células precancerosas) y la inflamación. La inflamación puede ser causada por:

- Infecciones de honguillos.
- Infecciones de tricomoniasis.
- Bacterias.
- Virus.
- Medicamentos u otros químicos.
- Hormonas.
- Embarazo.
- Abortos espontáneos (o clínicos).

La prueba del Pap ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia.

A largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix.

Una amplia cobertura y elevados estándares de calidad en los programas de detección son factores importantes para que este cáncer haya disminuido significativamente (90%) en los países Nórdicos, Canadá y EE UU. Por el contrario, esta situación no se ha observado en países en desarrollo; tal es el caso de México, donde, en 1974, se implementó el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC) y a pesar de ello la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix entre 1974 y 1999 no ha disminuido, debido a su baja cobertura y sus bajos estándares de calidad.

La última Guía de la Sociedad Americana de Cáncer para la detección temprana de Neoplasia de Cérvix y Cáncer, publicada en 2002, recomienda que el intervalo de tamizaje se realice tres años después del inicio de las relaciones sexuales vaginales (o después de los 21 años de edad), continuándose anualmente hasta los 30 años, edad en la cual, al tener 3 o más pruebas del Pap técnicamente satisfactorias, informadas como normales o citología negativa, el tamizaje puede ser realizado cada 2 o 3 años, hasta la edad de 70 años.

Estudios muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionada a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Niveles de educación y niveles económicos altos y actitudes positivas frente al Pap han demostrado un mayor uso de esta prueba. Es por eso importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba del Pap.

En nuestro país, el cáncer de cérvix representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad, pero no se ha encontrado estudios previos que evalúen los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el Pap ni que describan características sobre la práctica periódica de la misma.

El replanteamiento de estrategias de intervención oportunas en el Sistema de Salud de Nicaragua nos hará incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cérvix en nuestro país.

**¿Quién debería realizarse un Papanicolaou?** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

#### **Resultados anormales del Papanicolaou**

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute), cuando el examen del Papanicolaou muestra ambigüedad o una anormalidad menor, el examen usualmente se repite para asegurar su precisión.

Si el examen muestra una anormalidad significativa, una **colposcopia** puede ser realizada (usando un instrumento llamado colposcopio) para examinar la vagina y el cerviz.

Un **examen de Schiller** también puede realizarse, en éste el cerviz es recubierto con una solución de yodo. El yodo tiñe las células sanas de color marrón, mientras que las células anormales mantienen su típico color blanco o amarillo.

Una **biopsia** podría realizarse, en está el médico extirpa una pequeña cantidad de tejido cervical para ser examinado por un patólogo. Esta es la única forma definitiva de determinar si las células anormales indican la presencia del cáncer.

Las mujeres deberían consultar siempre al médico acerca de la fecha y la frecuencia para la realización del Papanicolaou y el examen pélvico.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, su sigla en inglés es NCI), la Sociedad Estadounidense del Cáncer (American Cancer Society, su sigla en inglés es ACS), y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, su sigla en inglés es ACOG), las pautas generales incluyen:

- Las pruebas de detección del cáncer cervical se deben iniciar aproximadamente a los tres años de que la mujer comenzó a tener relaciones sexuales, pero no después de los 21 años de edad.
- Los expertos recomiendan esperar aproximadamente tres años después de la iniciación de la actividad sexual porque las infecciones por papiloma virus humano (su sigla en inglés es HPV) transitorias y los cambios celulares cervicales no significativos son frecuentes, y una anomalía significativa o cáncer tarda años en desarrollarse. El cáncer cervical es muy poco frecuente en mujeres menores de 25 años.
- Las mujeres deberían someterse a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez cada tres años.
- La Sociedad Estadounidense del Cáncer (American Cancer Society, su sigla en inglés es ACS) y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, su sigla en inglés es ACOG) recomiendan un estudio de detección de citología cervical con pruebas de Papanicolaou regulares o estudios de detección bianuales (cada dos años) con pruebas de citología líquida (técnica Thinprep) hasta los 30 años.

- Las mujeres menores de 30 años tienen mayores probabilidades que las mujeres más ancianas de contraer tipos de HPV de alto riesgo que pueden ocasionar enfermedad cervical premaligna, afección que debe descartarse antes de ampliar los intervalos de estudio.
- La ACS y el ACOG recomiendan a las mujeres con tres resultados normales seguidos someterse a estudios de detección cada dos a tres años a partir de los 30 años de edad. Sin embargo, las mujeres con ciertos factores de riesgo, como una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), un sistema inmune débil, exposición intrauterina al dietilestilbestrol (su sigla en inglés es DES), o un diagnóstico previo de cáncer cervical pueden necesitar estudios de detección más frecuentes.
- Las mujeres de 65 a 70 años de edad que han tenido por lo menos tres pruebas de Papanicolaou normales y ninguna anormal en por lo menos 10 años pueden decidir, en consulta con su profesional de la salud, suspender las pruebas de detección de cáncer cervical.
- Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y cuello uterino) no necesitan someterse a pruebas de detección de cáncer cervical, a menos que la cirugía se haya realizado como tratamiento para la etapa previa al cáncer o para el cáncer cervical.
- Las mujeres deben buscar asesoramiento médico experto sobre cuándo deben comenzar a realizarse las pruebas de detección, con qué frecuencia deben realizarlas y cuándo pueden interrumpir la realización de las pruebas de detección cervical, en especial si tienen un riesgo mayor que el riesgo promedio debido a factores como la infección por VIH o infección con el virus de HPV.

#### CITOLOGÍA BASADA EN LÍQUIDO - UNA ALTERNATIVA A LA PRUEBA DE PAPANICOLAU:

Durante los últimos años, una nueva manera de evaluar las células cervicales y hallar anomalías ha tenido gran aceptación entre la comunidad médica. Este procedimiento se denomina citología basada en líquido. La prueba fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), y es un procedimiento basado en un líquido, mediante el cual se colocan las células del cuello del útero en un frasquito con el líquido, en vez de "regarlos" en un portaobjetos

A continuación, se filtra el líquido y las células cervicales se colocan solas en un portaobjetos para poder ser examinadas. Aunque el costo del procedimiento es el doble si se lo compara con un examen de Papanicolaou, los estudios muestran que estas pruebas podrían requerir menos repeticiones y detectar más lesiones en la etapa temprana. Consulte con su médico para obtener más información.

### **¿Por qué se les recomienda el examen de Papanicolaou a las mujeres?**

Un examen de Papanicolaou, junto con un examen pélvico, es una parte importante de la rutina para el cuidado de la salud de la mujer porque puede detectar anomalías que pueden llevar al cáncer invasivo. La mayoría de los cánceres invasivos del cerviz pueden detectarse temprano si la mujer tiene exámenes de Papanicolaou y pélvicos regularmente.

Así como con otros tipos de cáncer, es más probable tener éxito tratando el cáncer de cérvix si se detecta temprano.

El examen del Papanicolaou sirve para detectar las células cancerosas, así como otras anomalías cervicales y vaginales que incluyen la displasia (células precancerosas) y la inflamación. La inflamación puede ser causada por:

- Infecciones de hongos.
- Infecciones de tricomoniasis.
- Bacterias.
- Virus.
- Medicamentos u otros químicos.
- Hormonas.
- Embarazo.
- Abortos espontáneos (o clínicos).

## ¿Quién debería tener un Papanicolaou?

### Resultados anormales del Papanicolaou (Solomon & Nayar, 2006)

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute), cuando el examen del Papanicolaou muestra ambigüedad o una anomalía menor, el examen usualmente se repite para asegurar su precisión.

Si el examen muestra una anomalía significativa, una **colposcopia** puede ser realizada (usando un instrumento llamado colposcopio) para examinar la vagina y el cerviz.

Un **examen de Schiller** también puede realizarse, en éste el cerviz es recubierto con una solución de yodo. El yodo tiñe las células sanas de color marrón, mientras que las células anormales mantienen su típico color blanco o amarillo.

Una **biopsia** podría realizarse, en está el médico extirpa una pequeña cantidad de tejido cervical para ser examinado por un patólogo. Esta es la única forma definitiva de determinar si las células anormales indican la presencia del cáncer.

Las mujeres deberían consultar siempre al médico acerca de la fecha y la frecuencia para la realización del Papanicolaou y el examen pélvico.

Según el Instituto Nacional del Cáncer, las pautas generales incluyen:

- Las pruebas de detección del cáncer cervical se deben iniciar aproximadamente a los tres años de que la mujer comenzó a tener relaciones sexuales, pero no después de los 21 años de edad.
- Los expertos recomiendan esperar aproximadamente tres años después de la iniciación de la actividad sexual porque las infecciones por papiloma virus humano (su sigla en inglés es HPV) transitorias y los cambios celulares cervicales no significativos son frecuentes, y una anomalía significativa o cáncer tarda años en desarrollarse. El cáncer cervical es muy poco frecuente en mujeres menores de 25 años.
- Las mujeres deberían someterse a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez cada tres años.

- La Sociedad Estadounidense del Cáncer recomiendan un estudio de detección de citología cervical con pruebas de Papanicolaou regulares o estudios de detección bianuales (cada dos años) con pruebas de citología líquida (técnica Thinprep) hasta los 30 años.
- Las mujeres menores de 30 años tienen mayores probabilidades que las mujeres más ancianas de contraer tipos de HPV de alto riesgo que pueden ocasionar enfermedad cervical premaligna, afección que debe descartarse antes de ampliar los intervalos de estudio.
- La ACS y el ACOG recomiendan a las mujeres con tres resultados normales seguidos someterse a estudios de detección cada dos a tres años a partir de los 30 años de edad. Sin embargo, las mujeres con ciertos factores de riesgo, como una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), un sistema inmune débil, exposición intrauterina al dietilestilbestrol (su sigla en inglés es DES), o un diagnóstico previo de cáncer cervical pueden necesitar estudios de detección más frecuentes.
- Las mujeres de 65 a 70 años de edad que han tenido por lo menos tres pruebas de Papanicolaou normales y ninguna anormal en por lo menos 10 años pueden decidir, en consulta con su profesional de la salud, suspender las pruebas de detección de cáncer cervical.
- Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y cuello uterino) no necesitan someterse a pruebas de detección de cáncer cervical, a menos que la cirugía se haya realizado como tratamiento para la etapa previa al cáncer o para el cáncer cervical.
- Las mujeres deben buscar asesoramiento médico experto sobre cuándo deben comenzar a realizarse las pruebas de detección, con qué frecuencia deben realizarlas y cuándo pueden interrumpir la realización de las pruebas de detección cervical, en especial si tienen un riesgo mayor que el riesgo promedio debido a factores como la infección por VIH o infección con el virus de HPV.

## **PROCEDIMIENTO PARA EL MÉTODO DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)**

1. Explicar a la usuaria el procedimiento y una vez se obtenga el consentimiento por escrito, colocarla en posición ginecológica. Introducir un espéculo en la vagina, acomodándolo de tal manera que se pueda visualizar el cuello uterino.
2. Acomodar una fuente de luz que permita una adecuada inspección de las características anatómicas del cérvix e identificación de alteraciones. En caso necesario, limpiar el cérvix, muy suavemente, con una torunda, removiendo secreciones o moco cervical.
3. Identificar la zona de transformación (zona T), orificio cervical y unión escamo-columnar. Aplicar una torunda empapada con ácido acético al 5% hasta empapar el cérvix. Esperar un minuto hasta que el ácido acético se absorba y aparezcan áreas blancas, por reacción al ácido (reacción acetoblanca). Durante el procedimiento, identificar la zona T, debiendo registrar sus características.
4. De ser necesario, repetir el procedimiento. Posteriormente, limpiar cualquier remanente de ácido acético.
5. Retirar cuidadosamente el espéculo (evitar molestias o dolor a la paciente).
6. Registrar los hallazgos en el formulario de informe.
7. En caso de observar áreas blanquecinas durante el examen, la prueba deberá ser registrada como anormal.

## **RESULTADO ESPERADO** (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

Frotis satisfactorio (adecuadamente obtenido), sometido a lectura citológica y clasificada de acuerdo a nomenclatura convenida

Conducta a partir del reporte de laboratorio:

- Frotis inadecuado para informe citológico: repetir la muestra.
- Frotis negativo a células neoplásicas: en caso de ser 1er. PAP, control al año.
- En caso de ser 2do. negativo, control a los 3 años y así sucesivamente.
- Frotis atípico sin características definidas, frotis sugerente de “Lesión Intraepitelial de Bajo Grado” (LIE de bajo grado), frotis sugerente de “Lesión Intraepitelial de Alto Grado” (LIE de alto grado) y, frotis sugerente de carcinoma invasor: referir a la usuaria a Hospital de 2do o 3er nivel de atención, donde existan consultorios de patología cervical y la mujer pueda ser tratada (ginecología u oncología), de acuerdo a diagnóstico.

## **Para Confirmación Y Diagnostico**

### **Propósito**

La confirmación diagnóstica constituye un paso necesario en el estudio de los frotis sospechosos; su propósito es confirmar las sospechas diagnósticas detectadas mediante el despistaje.

### **Métodos y técnicas**

- Colposcopia.
- Biopsia dirigida.
- Curetaje endocervical.
- Biopsia en cono.
- Biopsia endometrial

## ¿QUÉ SIGNIFICA EL RESULTADO DE MI PRUEBA DE PAPANICOLAOU?

(Solomon & Nayar, 2006)

El resultado de la prueba de Papanicolaou será reportado como "normal", "incierto" o "anormal".

**Normal:** Un resultado normal significa que no se detectaron cambios celulares en su cuello uterino. Esto es una buena noticia. De todas formas, todavía debe seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou en el futuro. Todavía pueden formarse nuevos cambios celulares en su cuello uterino.

**Incierto:** Es común que los resultados de las pruebas regresen como inciertos. Es posible que su médico use otras palabras para describir este resultado como: equívoco, inconcluso, o ASC-US. Todos estos términos significan lo mismo: que las células de su cuello uterino parece que podrían ser anormales. No está claro si está relacionado con el VPH. Podría estar relacionado con cambios de vida, por ejemplo, embarazo, menopausia o una infección. La prueba del VPH puede ayudar a determinar si los cambios en sus células están relacionados con el VPH.

**Anormal:** Un resultado anormal significa que se detectaron cambios celulares en su cuello uterino. Por lo general, esto no quiere decir que tiene cáncer de cuello uterino.

Es probable que los cambios anormales sean ocasionados por el VPH. Los cambios podrán ser leves (grado bajo) o graves (grado alto). La mayoría de las veces, los cambios leves regresan a la normalidad por su propia cuenta. No obstante, los cambios más graves pueden convertirse en cáncer si no se eliminan. Los cambios más graves a menudo se llaman "precáncer", porque todavía no son cáncer pero pueden convertirse en cáncer con el tiempo. Es importante asegurarse de que estos cambios no empeoren.

Son muy raros los casos en que una prueba de Papanicolaou anormal puede mostrar que puede tener cáncer. Usted necesitará otras pruebas para estar segura. Mientras más pronto se detecte el cáncer de cuello uterino, más fácil será tratarlo.

**IMPORTANCIA DEL PAPANICOLAOU** (Organización Panamericana de la Salud. Agencia Española de Cooperación Internacional, 2010).

Es de gran interés para toda comunidad médica dar a conocer a las pacientes en forma práctica y comprensible que es la citología cervico-vaginal o como comúnmente se conoce Papanicolaou, y como se diagnostica una lesión pre-invasora o precancerosa y las oportunidades que nosotros tenemos para dar un tratamiento oportuno y de esta manera tener el control para evitar el desarrollo un cáncer invasor.

El cáncer cervico-uterino (CaCu) por el momento sigue siendo la primera causa de mortalidad, por neoplasias, en las mujeres de nuestro país, seguido del cáncer de mama. Esto se debe a la falta de información que se da a la población acerca de la gran importancia del chequeo continuo ginecológico por medio de la exploración de mamas y la realización de citologías cervico-vaginal como este es el caso.

### **¿QUE SON LAS LESIONES PREMALIGNAS O LESIONES PREINVASORAS?**

Estas son lesiones, que como su nombre lo indica preceden o están en vías de transformarse en cáncer. Tales lesiones se diagnostican por medio de la citología cervico-vaginal y más directamente con una biopsia (toma de un pedazo de tejido de aprox. 3-5mm, valorada por un patólogo experto), como anteriormente lo hemos mencionado, el patólogo valora la morfología (forma) de las células y las posibles causas de las anormalidades que se presenten.

Las lesiones premalignas o preinvasoras son un conjunto de células que cambian su forma normal adquiriendo formas muy primitivas poco a poco lo que conduce finalmente a células totalmente indiferenciadas (sin un patrón que las identifique) y que conocemos como cáncer.

Durante estas etapas de transformación las clasificamos en displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) las cuales pueden ser Leve, Moderada Y Severa o NIC I, NIC II, NIC III respectivamente; según el espesor del epitelio que vaya involucrando es decir, dependiendo de las capas de tejido que se vayan viendo afectadas.

Se considera que la displasia leve o NIC I es de bajo riesgo para el cáncer y en algunas pacientes ha habido remisión (curación) espontánea, es decir sin ningún tipo de tratamiento. Aunque por otro lado también estas mismas lesiones pueden evolucionar y llegar a ser

lesiones de alto grado para el cáncer. Las displasias moderada y severa NIC II y NIC III respectivamente, son consideradas como de alto riesgo para el cáncer.

La mayor parte de neoplasias intraepiteliales cervicales o displasias ocurre frecuentemente en mujeres entre los 20 y 34 años de edad pudiendo progresar la enfermedad pre invasora y hasta llegar a un cáncer invasor siendo este último diagnosticado en mujeres de los 45-50 años de edad más frecuentemente.

El cáncer no es una enfermedad que se instale de la noche a la mañana, es una enfermedad (degeneración celular) que ocurre progresivamente y que puede prevenirse y ser remediado si es diagnosticado en sus etapas más tempranas (lesiones premalignas o preinvasoras) por medio, en este caso, de la citología cervico-vaginal en forma anual.

A continuación se muestra en una forma esquemática las diferentes alteraciones encontradas por el patólogo a nivel microscópico en cada etapa de las anteriormente mencionadas. (Solomon & Nayar, 2006)

### **¿CUALES SON LAS CAUSAS DE ESTAS LESIONES PREMALIGNAS?**

Varias investigaciones han reportado que el 90% de estas, así como del cáncer cervico-uterino se debe a un virus llamado virus del papiloma humano (HPV), el cual se transmite por contacto sexual en parejas que no son monógamas, es decir que tienen más de una pareja sexual. Este virus al unir unas de sus proteínas de sus genes con proteínas de los genes de la célula, suprime la capacidad antitumoral de la misma célula y de esta manera inicia el proceso carcinógeno.

Es de bien saber que no todos los virus de papiloma son carcinógenos, de hecho se conocen en total 70 tipos de papiloma, de los cuales unos cuantos se limitan al área genital y de estos unos solo producen verrugas o condilomas genitales (HPV 6 y 11 entre otros) y otros degeneran en cáncer (HPV 16, 18 entre otros).

A estos virus se les han clasificado como de bajo y alto riesgo para cáncer respectivamente. Es importante resaltar que este virus disminuye la capacidad antitumoral de las células gracias a la inmunodepresión con la que cuenta el huésped, siendo éste motivo principal e inicial para que el mismo virus se aloje en la persona (huésped); al igual que sucede en las infecciones o infestaciones oportunistas como por ejemplo la cándida (hongo), virus del herpes (los comunes “fuegos” de la cavidad oral) entre otros.

De hecho, algunas personas, han tenido contacto sexual con personas que portan el HPV y no desarrollan ninguna enfermedad, esto nos habla claramente de que poseen un sistema inmunitario competente el cual no permite albergar al virus. Todas las personas pasamos por periodos de vida en el cual a veces nuestro sistema inmunitario se encuentra competente y en otras incompetente, esto debido a diversos factores (estado emocional, tipo de alimentación, exposición a radiaciones, etc.), esto lo vemos reflejado en etapas que pasamos llenos de gran salud y otras que por el contrario son de continuas enfermedades (infecciones, alergias, etc.) donde la vigilancia inmunitaria es deficiente y permite la entrada de todos estos microorganismos.

Por mencionar un ejemplo muy extremo en estado de inmunocompetencia, tenemos a las mujeres seropositivas o portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A), en las cuales la prevalencia para displasias cervicales es alta, además de que progresan fácil y rápidamente teniendo resistencia para los tratamientos y/o recurrencia de la enfermedad.

También la infección por virus del herpes tipo II se ha considerado como un cofactor en el desarrollo del CaCu. Recalcamos de igual manera, la inmunocompetencia del huésped (persona) para alojar al virus del herpes. (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006)

### **¿A QUE EDAD Y QUIENES DEBEN REALIZARSE LA CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL Y CADA QUE TIEMPO?**

En realidad, no hay una edad en especial para hacerse la prueba, lo que si es requisito indispensable es a toda mujer que inicia una vida sexual activa sea cual sea su edad, y aunque el reporte de la citología salga normal, se debe realizar cada año, en el caso de las mujeres a

las cuales se les haya practicado la histerectomía (extracción del útero o matriz) esta se deberá realizar cada 3 a 6 años. En cuanto a las mujeres que tengan un reporte anormal de su citología, es decir que presenten algún grado de displasia, está deberá realizarlo cada 3 a 4 meses bajo control y tratamiento médico.

### **¿QUE OTRAS PRUEBAS EXISTEN PARA CONFIRMAR UNA DISPLASIA Y LA PRESENCIA DE HPV?**

El primer paso siempre a seguir es la realización de la citología cervico-vaginal anual, posteriormente si se detecta el HPV y algún grado de displasia, el siguiente paso es la colposcopia (estudio en el cual podemos tener una amplificación en la visualización del cérvix, pudiendo valorarlo mejor macroscópicamente, es como verlo a través de una lupa) y la toma de una biopsia dirigida hacia los sitios que se vean sospechosos, la biopsia nos sirve para confirmar el grado de la displasia.

Actualmente contamos con pruebas de tipo molecular (reacción en cadena de polimerasa PCR o mediante captura de híbridos) con las que podemos saber si el causante de la displasia virus del papiloma humano (HPV) que porta la paciente es de bajo o alto riesgo para el cáncer y de esta manera dar un tratamiento mas dirigido, teniendo al mismo tiempo un pronóstico más certero. Esta prueba se realiza en la paciente de una forma similar a la de la citología y se puede tomar en la oportunidad de una citología de control.

### **¿QUE TRATAMIENTOS EXISTEN PARA LA CURA DE LAS DISPLASIAS Y DEL HPV?**

Antes, cabe mencionar que la terapéutica a seguir es según el grado de la lesión preinvasora o si ya hay un cáncer y si cuenta o no con paridad satisfecha.

Los tratamientos convencionales, actualmente son: La criocirugía (se queman las lesiones con congelación), la cirugía láser (vaporización del tejido lesionado), cono cervical (escisión con asa diatérmica funciona como método diagnóstico y terapéutico), cono cervical terapéutico (escisión quirúrgica de parte lesionada del cerviz), quimioterapia local (tópica, o

sea por medio de pomadas), en ocasiones algunos investigadores recomiendan radioterapia en alguna etapa de la enfermedad; y finalmente la histerectomía (escisión del útero o matriz ).

Aunque el uso de estos tratamientos tiene altos porcentajes de curación, existen porcentajes considerables de recurrencia de la enfermedad o resistencia a los tratamientos, sobre todo al hablar del virus de papiloma humano.

Tratamiento inmunoterapéutico (inmunología-oncológica), nos ofrece dar al paciente un tratamiento más conservador y sin ningún tipo de agresión a los tejidos.

Este consiste principalmente en estimular directamente a las células de nuestro cuerpo, encargadas de la destrucción tumoral, y que son las mismas que desarrollan un papel fundamental en el ataque que nuestro organismo ofrece a cualquier virus y que se denominan Linfocitos “T”, lo cuales, cuando se encuentran deprimidos debido a causas externas o internas, permiten que cualquier virus establezca su residencia en cualquier célula del cuerpo y en esta o en su descendencia de inicie la degeneración, primeramente premaligna (displasia) y posteriormente en cáncer.

El tratamiento inmuno-oncológico, logra que los ya mencionados Linfocitos “T” se multipliquen en número y tengan un mejor funcionamiento; Ya que como se ha establecido, además de combatir células tumorales, estos linfocitos también poseen la capacidad de fagocitar (comer) virus, además trabajan de la mano con otro tipo de sustancias que también forman parte de nuestro sistema inmunológico y así potencian aún más este efecto de destrucción contra células anormales y/o agentes dañinos a nuestro cuerpo.

Es por esto que lo hace un tratamiento completo, además de que en forma individualizada podemos tratar desde una lesión preinvasora hasta un cáncer. Todo esto nos da un 100% en curación de las displasias y de la erradicación del virus del papiloma humano (HPV), sin darnos mayores efectos secundarios y con la confiabilidad de que existe una notable disminución en recurrencias.

Este tratamiento está hecho a base de lektinas, sustancias que tienen un alto poder mitógeno linfocitario (multiplicación de linfocitos T) específico, con lo que además se inicia toda la respuesta inmune celular y está en combinación con otras sustancias que potencian su acción. Su aplicación es por medio de inyecciones por vía subcutánea y la dosis y el tiempo de administración se dan según la respuesta de cada paciente, bajo control estricto del médico tratante.

El tratamiento se da en pareja, solo que en el hombre la administración es más corta, pudiendo ser incluso tópica. (Ministerio de Salud. República de Nicaragua, 2006).

## **VERDADES Y MITOS DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

1. Mito: El Virus del Papiloma humano (VPH) es poco común.

Realidad: El VPH es muy común, de hecho se estima que 80% de las mujeres alguna vez en su vida cursarán con una infección por este virus.

2. Mito: La mayoría de las mujeres que tienen múltiples parejas sexuales tendrán Cáncer Cérvico Uterino.

Realidad: El tener múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida de una mujer es un factor de riesgo. Sin embargo, las mujeres que han tenido sólo una pareja pueden desarrollar Cáncer Cérvico Uterino. Nadie puede determinar exactamente por qué una mujer lo puede desarrollar y otra no. Hay muchos factores.

3. Mito: Si tú tienes el VPH, desarrollarás Cáncer Cérvico Uterino.

Realidad: No necesariamente, independientemente de la infección por VPH de alto riesgo, hay muchos otros factores que juegan un papel en el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino. Las pruebas de diagnóstico como la prueba de Papanicolaou son vitales para detectar cambios anormales del cuello uterino causados por el VPH. El examen del cuello uterino puede detectar cambios mucho antes de que progresen a Cáncer. La colposcopia es otra prueba de diagnóstico complementaria al Papanicolaou.

4. Mito: El Cáncer Cérvico Uterino no se puede prevenir.

Realidad: Si se puede prevenir. El Cáncer Cérvico Uterino es prevenible ya que es posible identificar lesiones precursoras del cáncer a través de pruebas como el Papanicolaou. Posterior a la vacunación contra VPH las mujeres deben continuar con sus revisiones periódicas y someterse a pruebas de diagnóstico y detección oportuna como el Papanicolaou y la colposcopia, de acuerdo a la edad de cada mujer y de las recomendaciones de su médico. La vacuna contra VPH y los métodos de detección son complementarios.

5. Mito: Los condones ofrecen 100% de protección contra el VPH.

Realidad: Los condones no ofrecen una protección de 100% contra el VPH. El VPH se transmite por vía sexual, contacto piel a piel con una persona infectada; la penetración no es necesaria para contraer el virus. Cuando se usa un condón, sólo está protegido el pene. En el simple jugueteo sexual otras áreas de los genitales quedan expuestas y puede haber transmisión del virus. Es muy importante practicar el sexo seguro para prevenir embarazos no deseados y otras enfermedades de transmisión sexual.

6. Mito: Sólo a las mujeres mayores les puede dar Cáncer Cérvico Uterino.

Realidad: No, también las mujeres jóvenes sufren de Cáncer Cérvico Uterino. La aparición es la consecuencia de una infección por VPH oncogénico que se ha tenido por mucho tiempo. Hay que tener en cuenta que no existe este cáncer sin la presencia del VPH y el contagio de éste se puede dar desde la primera relación sexual.

7. Mito: La vacuna contra el VPH causante de Cáncer Cérvico Uterino es demasiado cara.

Realidad: No. Actualmente en nuestro país la vacuna es más accesible.

8. Mito: Si ya tuviste relaciones sexuales o infección por VPH la vacuna ya no te sirve.

Realidad: No, la vacuna contra VPH si te ofrece protección aun cuando ya hayas iniciado tu vida sexual y/o hayas tenido infecciones previas, ya que te ayudará a prevenir futuras infecciones. Sin duda, con la edad el sistema inmune responde en menor medida, por eso confiere diferente eficacia a una niña de 10 años que a una mujer de 35 años.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de Estudio.

Descriptivo de corte transversal.

### Área de estudio.

Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.

### Universo.

Estuvo constituido **por 2395 mujeres** en edad fértil con vida sexual activa que asistieron al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.

### Muestra

Fue de tipo no probabilística, conformado por **476 Mujeres** que equivalen al 19.9% del total del Universo. El tipo de muestreo fue por conveniencia conformado por las mujeres en edad fértil con vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Distrito 4, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015, y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión

### Criterios de inclusión:

- Mujeres con vida sexual activa.
- Mujeres en edad fértil (15-49 años).
- Mujeres que pertenecen al programa de planificación familiar del centro de Salud en estudio.
- Mujeres que por su consentimiento deciden participar en el estudio.
- Mujeres que saben leer y escribir

### Criterios de Exclusión:

- Mujeres que no tengan vida sexual activa.
- Mujeres que no se encuentre en el rango de edad considerada como fértil.
- Mujeres que no deseen participar en el estudio.
- Mujeres que no saben leer y escribir

### Unidad de Análisis

Pacientes femeninas en edad fértil con vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Francisco Buitrago, del municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.

### Técnicas y procedimientos:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades

- Selección de informantes claves: considerando a aquellas personas que tienen un mejor conocimiento de la problemática de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa. Para tal efecto se consideraron los siguientes perfiles:
  - Mujeres en edad fértil con vida sexual activa
  - parteras y brigadistas.
  - adolescentes masculinos y femeninos.
  - personal de salud. (Médicos y Enfermeras)
- Elaboración de instrumento con preguntas abiertas para obtener la información de los informantes claves
- Entrevista a profundidad a los informantes claves.
- Validación del instrumento definitivo con profesionales especialistas que laboran con programas y perfiles de atención a la mujer como médicos y enfermeras.
- El Instrumento se aplicó como una prueba piloto a un número de 40 mujeres en edad fértil con vida sexual activa en los barrios cercanos al Centro de Salud.

- Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones para el mejoramiento del mismo.

Se realizó una encuesta auto aplicada a las mujeres seleccionadas las cuales fueron captadas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, del municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.

Para valorar el conocimiento se desarrollaron preposiciones relacionadas a los objetivos específicos del estudio, con el siguiente puntaje:

- Bueno: 17-25puntos 0-70 %
- Regular: 10-16puntos 31 -69%
- Malo: 0-9 puntos 0-30 %

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert, la cual fue modificada para facilitar el proceso de comprensión por parte de las usuarias participantes en el estudio. Donde se le presentaron un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios antes los cuales se observaba la reacción de los sujetos. Se presentó cada afirmación y se pidió a las participantes que exteriorizaran su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala según el grado de acuerdo:

- De acuerdo (A)
- Indeciso. (I)
- En desacuerdo. (DA)

Las prácticas se evaluaron solamente a las mujeres que se habían realizado el Papanicolaou considerando las preposiciones como una pregunta en función de los objetivos, se utilizaron índice sumatorios para establecer la escala de:

- Bueno
- Regular
- malo

### **Plan de tabulación y análisis:**

La información obtenida de la entrevista a los informantes claves se analizó manualmente según categorías. Los datos cuantitativos se procesaron por medio del programa estadístico SPSS y las proposiciones para valoración de las actitudes se revisaron manualmente una por una con puntaje del 1- 3 para obtener la puntuación de cada individuo, luego se incluyeron en una base de datos previamente diseñada para realizar los posibles cruces.

Los datos fueron organizados considerando los objetivos del estudio.

La información sintetizada se presentó en cuadros y gráficos usando para ello el sistema Windows 7 con el programa OFFICE 2010.

### **VARIABLES**

De acuerdo a los objetivos específicos se definirán variables que den respuesta a cada Uno de ellos.

- En respuesta al primer objetivo específico , características socio demográficas:
  1. Edad.
  2. Escolaridad.
  3. Ocupación.
  4. Religión.
  5. Estado civil.
  6. Procedencia
  
- En respuesta al segundo objetivo , Fuente de información
  1. Información sobre el Papanicolaou.
  2. Personas que han brindado información.
  3. Lugar donde se ha obtenido la información.
  4. Tipo de información recolectada.
  5. Calidad de la información recibida.
  6. Frecuencia de la información recibida.
  
- En respuesta al tercer objetivo específico, Conocimiento sobre el examen del PAP
  1. .Importancia del PAP.
  2. Utilidad del PAP.
  3. Personas que deben realizarse el PAP.
  4. Intervalo de realización del PAP.
  5. Preparación de la mujer para el examen del PAP.

6. Conocimiento sobre las causas del CACU.
  7. Influencia del número de compañeros sexuales en la aparición del CACU.
  8. Realización del PAP de control.
  9. PAP Como causa de aborto.
- En respuesta al tercer objetivo específico: Actitudes hacia el examen del Papanicolaou
    1. Importancia del PAP.
    2. Disposición para realizarse el PAP.
    3. Rechazo al examen del PAP.
    4. Aceptación del PAP.
    5. Personas que deben hacerse el PAP.
    6. Interés de la mujer para realizarse este examen.
    7. Interés de la pareja para realizárselo.
    8. Influencia de la religión.
    9. Procedencia como una determinante en la realización del PAP.
    10. Influencia de la familia y el compañero
    11. Numero de compañeros sexuales como mayor indicación del PAP
    12. PAP como un requisito
  - En respuesta al quinto objetivo específico, Practicas sobre la toma del PAP
    1. Realización del PAP
    2. Edad de realización del examen
    3. Conocimientos de los resultados
    4. Números de PAP realizados
    5. Frecuencia de realización
    6. Disposición para realizárselo
    7. Ultimo PAP realizado
    8. Razones para realizarse el PAP
    9. Razones para no realizarse el PAP

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el tiempo actual.		años	-15-25 -26-35 -36-49
Escolaridad	Nivel de preparación académica que tiene la persona hasta la fecha		Ultimo grado aprobado	-Primaria -Secundaria -técnico -universitario
Procedencia	Lugar de origen o domicilio actual del usuario.		Origen de la persona	-Urbana -rural
Ocupación	Empleo u oficio que desempeñan.		Tipo de trabajo.	-Estudiante -Ama de casa -Campesina -Desempleado -otro.
Religión	Doctrinas o creencias que se tributan a la divinidad referida por las personas encuestadas.		Creencias de las personas encuestadas.	-Católico -Evangélico -Testigo de jehová -otra
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones en la sociedad		Situación conyugal	-Soltero -Casado -Acompañado -Otro
Fuente de información	Medio en los cuales se origina la trasmisión de conocimientos y a los que la persona recurren para satisfacer sus necesidades de información.	-tipo de persona que han brindado información acerca del Pap.	-Personas que han brindado información	-amigos -familiares -brigadistas -parteras -personal de salud -maestros

		<p>-Sitio donde las entrevistadas han recibido información del Pap.</p> <p>-Tipo de información que las entrevistadas han recibido</p> <p>-Informacion fidedigna</p>	<p>-lugar donde se ha obtenido la información</p> <p>-Informacion recibida</p> <p>-Calidad de la informacion recibida</p>	<p>-calle -escuela -Centro de salud -farmacias -folletos -revistas -tv - radio</p> <p>-Es importante -Previene el cáncer -Todas las mujeres. deben de hacérselo -Ninguna</p> <p>-me explicaron en lenguaje sencillo - no entiendo lo que me explican</p>
Conocimiento	Implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir qué es lo que se debe o puede hacer	<p>-Tiempo transcurrido entre un PAP y el siguiente.</p> <p>-Mujeres que deben realizarse el PAP</p>	<p>-Meses</p> <p>-Tipo de mujer</p>	<p>-Cada mes -Cada 3 meses -Cada 6meses -Cada año -Cada 2 años -no se</p> <p>-Todas las mujeres Las que han iniciado relaciones sexuales -Las niñas -Solo las mujeres -No se</p>

		<p>-utilidad y razones por las cuales se realiza el PAP</p> <p>-Conjunto de actividades que la mujer debe de tener en cuenta para la realización del examen del PAP</p> <p>-Factores de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar CACU</p>	<p>-Uso</p> <p>-Preparación de la mujer para el examen del PAP-Tener relaciones sexuales</p> <p>-Causas del cáncer cervico uterino (CACU)</p>	<p>-para detectar cáncer.</p> <p>-Para saber si hay -cáncer en los senos</p> <p>-Para detector cáncer cérvico uterino (CACU)</p> <p>-Para detectar SIDA</p> <p>-No se</p> <p>-usar medicamentos vaginales</p> <p>-no andar con la regla</p> <p>-No tener relaciones sexuales</p> <p>-No haber usado duchas vaginales</p> <p>-No haber usado medicamentos vaginales</p> <p>-Múltiples parejas sexuales</p> <p>-inicio temprano de las relaciones sexuales</p> <p>-tener muchos hijos</p>
--	--	--	---	---

		-Razón por la que debe realizarse el PAP	-Importancia del PAP	-Nos damos cuenta del estado de nuestra salud.  -Detecta el CACU
Actitud	Es una organización relativamente verdadera de creencias entorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	-interés de realización del Pap.  -aceptación del Pap.  -disposición para realización.  -búsqueda de información  -personas que deben realizárselo  -influencia de la sociedad	-grado de acuerdo	-De acuerdo. -Indeciso. -en desacuerdo.
Practicas.	Conducta o reacción como respuesta establecida para una situación común	-edad de realización del PAP.  -resultado del examen realizado.	-años.  -obtención del resultado	-15 a 25 -26 a 35 -36 a49  -si - no

		<p>-cantidad de Pap realizado.</p> <p>-frecuencia de realización.</p> <p>-tiempo del ultimo Pap.</p> <p>-objetivos por los cuales la entrevistada se ha realizado el Pap.</p> <p>-objetivos por los cuales no se ha realizado el Pap</p>	<p>-números</p> <p>-meses</p> <p>-tiempo desde el ultimo Pap</p> <p>-razones para realizarse el Pap.</p>	<p>-1</p> <p>- 2</p> <p>- 3 o mas</p> <p>-cada 3 meses</p> <p>-cada 6 meses</p> <p>-cada año -</p> <p>cada 2 años</p> <p>-menos de un año.</p> <p>- de uno a dos años</p> <p>-tres o más años.</p> <p>-interés propio. -</p> <p>por orden médica.</p> <p>-por CPN</p> <p>-por requisito.</p> <p>-otro</p> <p>-temor -</p> <p>vergüenza -</p> <p>falta de dinero.</p> <p>-falta de importancia.</p> <p>-no dan resultados. -</p> <p>negativa del marido o</p> <p>compañera. -maltrato</p> <p>del marido. -por</p> <p>descuido.</p>
--	--	--	--	---

			<p>-Razones para no realizarse el Pap.</p>	<p>- tenía infección.  - dolor  -falta de conocimiento.  -lejanía de la unidad de salud.  -Falta del personal femenino.  -Estoy embarazada y produce abortos.</p>
--	--	--	--	---

## RESULTADOS

De un total de 476 mujeres encuestadas entre la edad de 15-26 Años en edad fértil fueron (237) en dichas edades que corresponden al 49.8%. En las edades entre los 27-38 años se encontraron un total de (111) mujeres que equivalen al 23.3%. Se presentó un total de (128) mujeres en edades entre los 39- 49 años que corresponden al 26.9%.

Entre el grupo de mujeres en edad fértil de la investigación según su estado civil encontramos (105) mujeres solteras que corresponden al 22.1%. Se entrevistaron (72) mujeres casadas que corresponden al 15.1%. (299) mujeres cuyo estado civil estaban acompañadas corresponde al 62.8%. Según el tipo de religión en las mujeres encuestadas se encontraron con fines o preferencias a la religión católica (272) que equivale al 57.1%.

Con preferencias a la religión evangélica un total de (178) que corresponde al 37.4%.

Algunas mujeres en edad fértil respondieron que optaban por otros tipos de religiones un total de (26) con un porcentaje del 5.5%. (428) mujeres son del casco urbano con un porcentaje del 89.9% y (48) del casco rural que equivale al 10.1%.

Dentro del nivel de escolaridad se encuestaron (114) que terminaron la primaria con un porcentaje del 23.9%. (275) mujeres terminaron la secundaria con un 57.8%.

(77) de las mujeres encuestadas realizaron estudios técnicos que equivale al 16.2%.

Solo (10) mujeres se encuentran realizando estudios universitarios para un porcentaje del 2.1%. Con lo que respecta a la ocupación (257) eran estudiantes 54.0%, (88) mujeres trabajan 18.5% Y (131) mujeres son amas de casas para un porcentaje del 27.5%.

### **(Cuadro N° 1).**

De un total de (476) mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Francisco Buitrago, (408) que corresponden al 85.7%, refieren que si recibieron Información sobre el Papanicolaou el 14.3% que corresponden a (68) mujeres entrevistadas refieren que no recibieron información.

De (319), 67.0% mujeres encuestadas respondieron que recibieron información por parte de amigos, el (102), 21.4% dijeron que los brigadistas de salud les proporcionaron información, el (236), 49.6% fue el personal de salud quienes les dieron la información, el (149), 31.3% la

información se las brindaron los maestros y el (133), 27.9% sus familiares les dieron información.

Las encuestadas refieren que obtuvieron información en la calle (354), 74.4%, en la escuela (278), 58.4%, en farmacias (186), 39.1% y recibida de folletos (112), 23.5%.

Las pacientes encuestadas opinan que (357) 75.0% que les explicaron con un lenguaje sencillo y (119) 25.0% no pudieron entender lo que le explicaron. **(Cuadro N°2).**

Las mujeres encuestadas respondieron las siguientes preguntas sobre el conocimiento el papanicolaou.

(293) mujeres que equivalen al 61.6%, dijeron que el Papanicolaou si es importante porque se daban cuenta del estado de su salud, (48) mujeres que corresponden al 10% que no era importante el PAP y (135) mujeres 28.3% respondieron que no sabían si era importante el PAP.

Entre las mujeres encuestadas (241), 50.6% , respondieron que el PAP si es un examen que sirve para detectar cáncer de vagina , (63) mujeres que equivalen al 13.2% respondieron que el PAP no es un examen que detecta CA de vagina y (172) que es el 36.1% respondieron que no saben si detectan CA de vagina.

De las mujeres encuestadas (110), 23,1% respondieron que el PAP si sirve para detectar CA de senos (354), 74.3%, dijeron que el PAP no sirve para detectar CA en los senos y (12), 2.5% respondieron que no saben si el PAP sirve para detectar CA en los senos.

(237), 9,8% respondieron que el PAP si sirve para saber si la mujer tiene infección en sus genitales, (179), 37.6% dijeron que el PAP no sirve para saber si la mujer tiene infección en sus genitales y (60) mujeres que equivale al 12.6% respondieron que no saben si el PAP sirve para saber si la mujer tiene infección en sus genitales.

El PAP detecta a tiempo CA de cuello del útero (384) mujeres que es el 80.7% respondieron que si (73), 15.3% mujeres dijeron que el PAP no detecta a tiempo el CA de cuello del útero y (19) mujeres que corresponden al 4.0% refirieron que no saben si el PAP detecta a tiempo el CA de cuello del útero.

De las mujeres encuestadas (32) que corresponden al 6.7% respondieron que el PAP detecta el SIDA (395) que equivale al 83.0% dijeron que el PAP no detecta el SIDA y (49) mujeres que son el 10.3% refirieron que no sabían si el PAP detectaba el SIDA.

De las mujeres encuestadas (127), 26.7% respondieron que el PAP sirve para detectar quistes en los ovarios (329), 69.1% de las mujeres refirieron que el PAP no sirve para detectar quistes en los ovarios y (20) mujeres que equivale al 4.2% dijeron que no sabían si el PAP detecta quistes en los ovarios.

(213) mujeres que equivale al 44.7% refirieron que el PAP si produce abortos (142), 29.8% dijeron que el PAP no produce abortos y (212) mujeres 25.4% dijeron que no saben si el PAP produce abortos. **(Cuadro N°3).**

Conocimiento de las mujeres sobre las personas que deben realizarse el PAP (148) que equivale al 31.1% respondieron que solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal (183) de las mujeres encuestadas que equivale al 38.4% dijeron que no solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben realizárselos y (145) de ellas 30.5% refirieron que no saben si solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben realizase el PAP. **(Cuadro N°4).**

Acerca de la frecuencia de realizarse el PAP (169) mujeres 35.5% dijeron que el PAP debe realizarse cada 6 meses (238) mujeres 50% refirieron que el PAP no debe realizarse cada 6 meses y (69) mujeres 14.5% no saben si el PAP debe realizarse cada seis meses. **(Cuadro N°5).**

Con lo que respecta a que el PAP debe realizarse cada año (401) mujeres 84.2% dijeron que si (42) mujeres 8.8% dijeron que no se debe realizar cada ano y (33) mujeres que corresponden al 6.9% refirieron que no saben si el PAP debe realizarse cada ano. **(Cuadro N°5).**

Conocimiento acerca de la preparación que deben de tener las mujeres para realizarse el PAP. De las mujeres encuestadas (226) 47.5% dijeron que las mujeres si pueden tener relaciones sexuales para realizarse el PAP (165) mujeres que equivalen al 34.7% no pueden tener relaciones sexuales para realizase el PAP y (85) mujeres 17.9% dijeron que no sabían si pueden o no tener relaciones sexuales antes de realizarse el PAP.

(186) mujeres que equivalen al 39.1% respondieron que si las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP (262) mujeres 55.0% respondieron que no pueden usar medicamentos vaginales antes de realizarse el PAP y (28) mujeres que corresponden al 5.9% refirieron que no sabían si o no podían usar medicamentos vaginales antes de realizarse el PAP.

Acerca si la mujer debe andar con la menstruación al hacerse el PAP (37) que equivale al 7.8% dijeron que si (285) 59.9% respondieron que la mujer no debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP y (154) mujeres 32.3% dijeron q no sabían si o no la mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP.

Sobre si la mujer debe hacerse duchas vaginales antes de hacerse el PAP (22) 4.6% respondieron que si (359) que corresponde al 75.4% dijeron que no y (95) 20,0% dijeron que no sabían si o no la mujer debe hacerse ducha vaginal antes de hacerse el PAP. **(Cuadro N°6).**

Conocimiento acerca de los riesgos para padecer de CA del cuello de la matriz (268) 56.3% respondieron que si, iniciar relaciones muy jóvenes puede causar CA del cuello de la matriz (173) 36.3% dijeron que no es riesgo de padecer CA del cuello de la matriz iniciar relaciones muy jóvenes y (35) mujeres 7.4% dijeron que no sabían si o no iniciar relaciones muy jóvenes puede causar CA del cuello de la matriz.

Sobre si tener muchos hijos puede causar CA del cuello de la matriz (277) mujeres 58.2% respondieron que si (154) mujeres 32.4% dijeron que no y (45) mujeres 9.5% refirieron que no sabían. **(Cuadro N°7).**

Nivel de conocimientos de las mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Francisco Buitrago.(346) Mujeres 72.7% su conocimiento es bueno (77) mujeres 16.2% su nivel de conocimiento es regular y 53 mujeres )11.1% su conocimiento corresponde al malo. **(Cuadro N°8).**

Actitud de las mujeres hacia el examen del PAP.

Sobre si el PAP es un examen importante para la mujer (421) 88.4% estuvieron de acuerdo (32) mujeres 6.7%, estaban indecisas y (13) mujeres 2.7% estaban en desacuerdo.

(205) mujeres 43.1% estuvieron de acuerdo en que actualmente estaban dispuestas a tomarse la muestra (170) mujeres 35.7% estuvieron indecisas en tomarse la muestra y (201) mujeres 21% se mostraron en desacuerdo en tomarse la muestra.

(176) mujeres 37.0% estuvieron de acuerdo en que la Dra. o enfermera le dieron confianza a la hora de tomarse la muestra (215) mujeres 45.2% se pusieron indecisas cuando la Dra. la enfermera le tomaron la muestra y (85) mujeres 17.9% estuvieron en desacuerdo con ambas al momento de la toma de la muestra.

Acerca de la preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer (302) mujeres encuestadas 63.4% estuvieron de acuerdo (93) mujeres 19.5% estuvieron indecisas y (81) mujeres 17.0% estuvieron de acuerdo.

La religión influye en la decisión de realizarse el PAP en las mujeres (388) mujeres 81.5% estuvieron de acuerdo (66) 13.9% se mostraron indecisas al momento de realizarles la encuesta y (22) mujeres 4.6% estuvieron en desacuerdo.

Una mujer con más estudios hará el PAP más fácil (249) mujeres 52.3% estuvieron de acuerdo (138) mujeres 29.0% se mostraron indecisa al momento de responder y (89) mujeres 18.7% estuvieron en desacuerdo.

Principalmente las personas de la ciudad deben hacerse el PAP (89) mujeres 18.7% estuvieron de acuerdo (50) mujeres 10.5% estaban indecisas y (337) mujeres 70.8 % estaban en desacuerdo.

La familia debe influir a en la decisión de realizarse el PAP (328) mujeres 68.9% se mostraron de acuerdo (91) mujeres 19.1% estuvieron indecisas y (57) mujeres 12.0% estuvieron en desacuerdo.

Solo las mujeres con muchos compañeros deben realizarse el PAP (324) mujeres 68.1% estuvieron en desacuerdo (108) mujeres 22.7% estuvieron indecisa y (44) mujeres 9.2% refirieron estar en desacuerdo.

El PAP debe hacerse solo cuando la enfermera o Dr lo indique (349) mujeres 73.3% refirieron estar de acuerdo, (25) mujeres 5.3% dijeron estar indecisas y (102) mujeres 21.4% refirieron estar en desacuerdo.

El PAP deben de hacérselo solo las mujeres que planifican (421) mujeres 88.4% dijeron estar de acuerdo (26) mujeres 5.5% estuvieron estar indecisas y (29) mujeres 6.1% estuvieron en desacuerdo.

Acerca si el PAP produce sangrado (314) mujeres 66.0% respondieron estar de acuerdo (110) mujeres 23.1% estuvieron en desacuerdo y (52) mujeres 10.9% estuvieron en desacuerdo.

Todas las mujeres deben realizarse el PAP antes de hacer hijos (190) mujeres 39.9% dijeron estar de acuerdo (227) mujeres 47.7% estuvieron en desacuerdo y (59) mujeres 12.4% refirieron estar en desacuerdo.

Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben realizarse el PAP. (111) mujeres 23.3% respondieron estar de acuerdo (277) mujeres 58.2% estuvieron indecisas al momento de realizarles la encuesta y (88) mujeres 18.5% refirieron estar en desacuerdo.

Acerca si el PAP es doloroso (381) mujeres 80.0% refirieron estar de acuerdo (69) mujeres 14.5% estuvieron indecisas al momento de responder y (26) mujeres 5.5% respondieron estar en desacuerdo.

Sobre si el PAP produce abortos (265) mujeres 55.7% respondieron en estar de acuerdo (101) mujeres 21.2% se mostraron indecisas y (110) mujeres 23.1% refirieron estar en desacuerdo.

**(Cuadro N°9).**

Nivel de actitud que tienen las mujeres de edad fértil que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Francisco Buitrago (301) mujeres 63.2% mostraron una actitud favorable (98) mujeres 20.6 % su actitud fue indecisa y (77) mujeres 16.2% se observó una actitud desfavorable. **(Cuadro N°10).**

Realización del PAP en mujeres en edad fértil que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Francisco Buitrago (63) mujeres 13.2% refirieron que si asistieron a la realización del PAP en dicho centro de salud y (413) mujeres 86.8% respondieron que no asistieron a realizarse el PAP. **(Cuadro N°11).**

Edad de mujeres a las cuales se les ha realizado el PAP que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Francisco Buitrago.

De 15 a 25 años (42) mujeres 66.7% acudieron a realizárselo, de 26 a 35 años (14) mujeres 22.2% se realizaron el PAP y de 36 a 49 años (7) mujeres 11.1% acudieron al programa de dicho centro de salud a realizárselo. **(Cuadro N°12).**

De 63 mujeres que se hicieron el PAP solo obtuvo resultados 81% que representa (51) personas y 19% no obtuvieron resultados representando (12) personas. **(Cuadro N° 13)**

De 63 mujeres que asisten al programa de planificación familiar 77.8% se hicieron solo un PAP representando (49) mujeres, 15.9% se realizaron dos PAP representando (10) mujeres y 6.3% se hicieron más de dos PAP que representa (4) mujeres. **(Cuadro N° 14)**

La frecuencia de realización del PAP en mujeres que asisten al programa de planificación familiar el 33.3% se lo hacen cada 3 meses que equivale a (21) mujeres, 30.2% se lo hacen cada 6 meses que equivale a (19) mujeres, 88.9% se lo hacen cada año que equivale a (56) mujeres y 69.8% se lo hacen cada dos años que equivale a (44) mujeres. **(Cuadro N° 15)**

La realización del ultimo PAP en menos de un mes es del 17.5% (11) mujeres, de uno a dos años 60.3% (38) mujeres y menos de dos años 22.2% (14) mujeres. **(Cuadro N° 16).**

De acuerdo a las mujeres del programa de planificación familiar el nivel de practica según el 5% (24) mujeres dijeron que es buena, en cambio 17.6% dijeron que era regular (84) mujeres y 77.3% dijeron que era mala (368) mujeres. **(Cuadro N° 17)**

Razones por la cuales se realizan PAP 49.2% afirmaron que era para proteger la salud (31) mujeres, 76.2% dijeron que por orden médica (48) mujeres, 58.7% dijeron que para saber si tienen Ca (37) mujeres, 17.4% lo hacen por interés propio (11) mujeres y 92.1% por CPN (58) mujeres. **(Cuadro N° 18)**

Las razones por la cuales no se realizan el PAP por temor 93.7% (387 mujeres), por vergüenza 97.3% (402) mujeres, por descuido 65.1% (269) mujeres y por falta de importancia 57.6% (238) mujeres. **(Cuadro N° 19)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Papanicolaou en las mujeres, Las mujeres entre la edad de 15-2 años versus su nivel bueno de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 84.4% (200), versus su nivel regular de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 12.6% (30), versus su nivel malo de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 3.0% (7).

Las mujeres entre la edad de 27-38 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la Papanicolaou fue de 90.0% (100), versus su regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 6.0% (7), versus su mal nivel de conocimiento sobre la Papanicolaou fue de 4.0% (14). Las mujeres entre la edad de 39-49 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la

Papanicolaou fue de 36.0% (46), versus su regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 31.0% (40), versus su mal nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 33.0% (42). El número de mujeres solteras versus un buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 64.0% (67), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 24.0% (25), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 12.0% (13).

El número de mujeres casadas versus un buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 14.0% (10), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 44.0% (32), versus un mal conocimiento de Papanicolaou fue de 42.0% (30).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 90.0% (269), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 7.0% (20), versus su mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 3.0% (10).

El número de mujeres de religión católica con un buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 73.0% (198), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 11.0% (30), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 156.0% (44). El número de mujeres de religión evangélica versus un buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 76.5% (136), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 21.3% (38), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 2.2% (4). El número de mujeres con otra religión versus su buen nivel de conocimiento fue de 46.0% (12), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 35.0% (9), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 19.0% (5).

El número de mujeres de procedencia urbana versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 79.0% (336), versus su regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 12.0% (50), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 9.0% (42).

El número de mujeres de procedencia rural versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 21.0% (10), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou 56.0% (27), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou 23.0% (11).

El número de mujeres con una escolaridad de primaria versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 91.2% (104), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou 4.4% (5), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou 4.4% (5). El número de mujeres con una escolaridad de secundaria versus un buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou

fue de 77.0% (211), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou 12.0% (34), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 11.0% (30).

El número de mujeres con una escolaridad técnica versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 39.0% (30), versus su regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 42.0% (32), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 19.0% (15).

El número de mujeres con una escolaridad universitaria versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 10.0% (1), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou 60.0% (6), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 30.0% (3).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 87.0% (225), versus un nivel regular de conocimiento sobre Papanicolaou 8.0% (20), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou 5.0% (12). El número de mujeres con la ocupación de ama de casas versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 11.0% (10), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 65.0% (57), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 24.0% (21).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su buen nivel de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 77.0% (101), versus un regular conocimiento sobre Papanicolaou fue de 8.0% (10), versus un mal conocimiento sobre Papanicolaou fue de 15.0% (20). **(Cuadro N°20)**

Con respecto a las características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou en las mujeres El número de mujeres entre 15-26 años versus un nivel favorable sobre Papanicolaou fue de 51.1% (121), versus un nivel indeciso sobre Papanicolaou fue de 25.3% (60), versus un desfavorable conocimiento sobre Papanicolaou fue de 23.6% (56). El número de mujeres entre los 27-38 años versus un nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 80.2% (89), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 16.2% (18), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 3.6% (4).

El número de mujeres entre los 39-49 años versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 71.1% (91), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 15.6% (20), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 13.3% (17).

El número de mujeres solteras versus un nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 50.5% (53), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 28.6% (30), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 20.9% (22). El número de mujeres casadas versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 38.9% (28), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 47.2% (34), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 13.9% (10). El número de mujeres acompañadas versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 73.6% (220), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 11.4% (34), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 15.0% (45).

El número de mujeres de religión católica versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 64.7% (176), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 18.4% (50), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 16.9% (46)

El número de mujeres de religión evangélica versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 66.9% (119), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 18.0% (32), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 15.1% (27).

El número de mujeres con otra religión versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 23.1% (6), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 61.5% (16), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 15.4% (4). El número de mujeres de procedencia urbana versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 62.4% (267), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 20.6% (88), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 17.0% (73).

El número de mujeres de procedencia urbana versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 70.8% (34), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 20.8% (10), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 8.4% (4). El número de mujeres con escolaridad primaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 90.4% (103), versus su nivel indeciso

de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 5.3% (6), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 4.3% (5).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 60.7% (167), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 21.1% (58), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou 18.2% (50). El número de mujeres con escolaridad técnica versus su nivel de conocimiento favorable sobre Papanicolaou fue de 39.0% (30), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 39.0% (30), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 22.0% (17).

El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 10.0% (1), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 40.0% (4), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 50.0% (55).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su nivel de conocimiento favorable fue de 86.8% (223), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 7.4% (19), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 5.8% (15). El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus un nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 39.8% (35), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou 53.4% (47), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 6.8% (6).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su nivel favorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 32.8% (43), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 24.4% (32), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre Papanicolaou fue de 42.89% (56). **(Cuadro N°21)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Papanicolaou las mujeres, El número de mujeres entre los 15-26 años versus su buen nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de 5.5% (13), versus su nivel regular sobre la Papanicolaou fue de 28.3% (67), versus su mal nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de 66.2% (157). El número de mujeres en los 27-38 años versus su buen nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de 6.3% (7), versus su regular nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de

8.1% (9), versus su mal nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de 85.6% (95). El número de mujeres entre los 39-49 años versus su buen nivel práctico sobre la Papanicolaou fue de 3.1% (4), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 6.3% (8), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 90.6% (116).

El número de mujeres solteras versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 9.5% (10), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 11.4% (12), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 79.1% (83).

El número de mujeres casadas versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 4.2% (3), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 83.3% (60), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 12.5% (9).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 3.7% (11), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 4.0% (12), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 92.3% (276).

El número de mujeres con una religión católica versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 3.3% (9), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 8.5% (23), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 88.2% (240).

El número de mujeres con una religión evangélica versus su buen nivel práctico de Papanicolaou fue de 3.9% (7), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 28.7% (51), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 30.8% (120).

El número de mujeres con otra religión versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 30.8% (8), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 38.4% (10), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 30.8% (8).

El número de mujeres con procedencia urbana versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 3.7% (16), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou 12.4% (53), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 83.9% (359).

El número de mujeres con procedencia rural versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 11.8% (8), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 75.0% (51), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 13.2% (9).

El número de mujeres con escolaridad primaria versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 5.3% (6), versus su regular nivel sobre Papanicolaou fue de 43.9% (50), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 50.8% (58).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 6.9% (19), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 2.5% (7), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 90.6% (249).

El número de mujeres con escolaridad técnica versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 3.9% (3), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 29.9% (23), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 66.2% (51).

El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 10.0% (1), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 30.0% (3) versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 60.0% (6).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 3.5% (9), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 6.6% (17), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 89.9% (231). El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus su buen nivel de Papanicolaou fue de 3.4% (3), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 38.6% (34), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 58.0% (51).

El número de mujeres con una ocupación trabajadora versus su buen nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 9.2% (12), versus su regular nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 25.2% (33), versus su mal nivel práctico sobre Papanicolaou fue de 65.6% (86).

#### **(Cuadro N°22)**

Con respecto al nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Papanicolaou las mujeres, El nivel de conocimiento bueno versus el nivel favorable de actitud fue de 73.1% (253), versus el nivel indeciso 12.4% (43), versus el nivel desfavorable de actitud fue de 14.5% (50).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel favorable de actitud fue de 39.0% (30), versus el nivel indeciso 32.5% (25), versus el nivel desfavorable fue de 28.5% (22).

El nivel de conocimiento malo versus el nivel favorable de actitud fue de 34.0% (18), versus el nivel indeciso fue de 56.6% (30), versus el nivel desfavorable 9.4% (5).

**(Cuadro N°23)**

En relación al Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Papanicolaou las mujeres, el nivel de conocimiento bueno versus el nivel bueno de practica fue de 73.1% (253), versus el nivel regular de practica fue de 12.4% (43), versus el nivel malo de practica fue de 14.5% (50).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel bueno de practica fue de 39.0% (30) versus el nivel regular de practica fue de 32.5% (25), versus el nivel malo de practica fue de 28.5% (22). El nivel de conocimiento malo versus el nivel bueno de practica fue de 34.0% (18), versus el nivel regular de practica fue de 56.6% (30), versus el nivel malo fue de 9.4% (5).

**(Cuadro N°24).**

## ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad, Se encontró que la mayor parte de las mujeres a las que se les realizó el estudio son mujeres en edades entre los 15 - 26 años (49.8%), lo que demuestra que en los últimos años, las campañas educativas dirigidas a la población femenina del país, han venido dando frutos, haciendo más participes de manera activa desde etapas tempranas a las mujeres nicaragüense.

El fenómeno cultural en las mujeres nicaragüenses ha sido pensar que solamente las mujeres “se enferman” después de determinada edad. Esta posición está sumamente arraigada en la población femenina donde se piensa que el Cáncer del Cuello Uterino solamente se presentan en mujeres que tienen una edad muy madura y/o han parido muchos hijos. Lo que hace que esta participación tenga un mayor valor, ya que el diagnostico precoz de las lesiones en el cáncer de cuello uterino lograra que el proceso de morbimortalidad disminuya de manera considerable.

Debemos recordar que el grupo de mujeres adultas, manejan todavía conceptos arraigados en la idiosincrasia del país, conteniendo un alto nivel de aspectos socioculturales, lleno de mitos y tabúes por lo que piensan que solamente deben de asistir a la Unidad de Salud solamente cuando los problemas lo ameriten y/o cuando el proceso patológico ha avanzado lo suficiente para desarrollar manifestaciones clínicas que provocan su motivo a consultar con un médico y/o enfermera, además de que la consulta ginecológica para nuestras mujeres resulta un trauma psicológico por las creencias y fenómenos socio económicos.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha indicado que el nivel de escolaridad juega un papel fundamental en el apropiamiento de un rol de mayor responsabilidad por parte de las mujeres. Las estimaciones indican que en los países en vías del Desarrollo la prevalencia del Carcinoma de Cérvix Uterino es alta, y por otro lado la cobertura y el impulso a Programas de Prevención del CACU, poseen una marcada limitación en la población femenina en riesgo.

Al hablar sobre el nivel de escolaridad en el presente estudio, el 57.8% de las mujeres poseían el nivel secundario, que está íntimamente relacionado, a la mejoría de la calidad del conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, ya que los jóvenes en su mayoría inician vida sexual en la etapa secundaria, y muchos de ellos buscan orientación en el componente sexual, que incluye la toma y seguimiento de la citología exfoliativa del cérvix uterino. Logrando consolidar un nivel de conocimiento acerca de la toma del PAP y los objetivos del mismo.

Debemos recordar que Nicaragua se desarrolla dentro de una sociedad con profundas raíces machistas y que las cuales se proyectan hacia la pareja femenina, desde los momentos tempranos dentro del noviazgo. El ejemplo clásico es que una NIÑA-ADOLESCENTE a muy temprana edad se somete a parir aun cuando su cuerpo NO tenga las condiciones fisiológicas y anatómicas adecuadas para dicho fin. Esta situación implica factores de riesgo que repercuten a que el cuello del útero sea sometido a traumatismos desde etapas tempranas, que provocan cambios en el componente celular, provocando en un futuro el desarrollo del cáncer de cérvix.

Además el hombre Nicaragüense “piensa” que su pareja solo única y exclusivamente debe mostrarse desnuda frente a él, por lo que cualquier tipo de consulta dentro del marco de la Salud Sexual y Reproductiva hacia las mujeres resulta sumamente difícil. En muchos casos, la toma de decisión de realizarse el Papanicolaou por parte de la mujer, recae en su pareja, siendo solo un pequeño ejemplo de la realidad que les toca vivir a nuestras mujeres. Representando de esa manera el ambiente de violencia que vive desde muy corta edad.

Esto provoca que el acceso a la información objetiva y oportuna sea difícil, lo que se expresa en que las tasas de cobertura, todavía no alcanzan los niveles adecuados para que el Programa de Detección Oportuna del Cáncer de Cérvix, que tiene el Ministerio de Salud, alcance las metas planteadas., provocando que la utilización de los servicios de salud hacia las mujeres sea muy limitada.

El 89.9% de las mujeres tienen procedencia urbana, y en su mayoría se encuentran estudiando lo que resulta ser beneficioso para que la información real y oportuna alcance las proyecciones deseadas. Además que al llegar a la unidad de salud, las usuarias tienen un mejor manejo y prevención de complicaciones. Algo preocupante es que las mujeres mayores de 40 años, son en su mayoría amas de casa, este grupo debido a sus múltiples ocupaciones en la crianza de los hijos y cuidado del hogar, las expone a la falta de información, que se convierte en un riesgo mucho mayor ya que el comportamiento del cáncer uterino se diagnostica en etapas tardías.

A pesar de que el PAP es un método sencillo para la prevención y diagnóstico a tiempo del cáncer del cuello del útero existe todavía aún, resistencia de parte de las usuarias para realizarse el examen y esto se evidencia con los resultados obtenidos, donde la mayoría de los factores indicados de parte de las mujeres se basan en la falta de un conocimiento objetivo de la prueba y la importancia preventiva de problemas de salud más graves en un futuro.

Un aspecto muy relevante a destacar es el hecho de que en su mayoría las mujeres entrevistadas (85.7%), indicaron que habían recibido la información acerca del Papanicolaou, donde en su mayoría había sido brindada en la Unidad de Salud. (63.9%).

Esta situación provoca que todavía nuestras mujeres no hayan desarrollado una conciencia más palpable de la importancia de realizarse dicho examen y por el contrario más bien expresaban mucho temor y falta de responsabilidad como las principales causas o factores que influenciaban en ellas para que NO se realizaran dicha prueba.

Como se mencionó anteriormente esta situación, influye en que los porcentajes de cobertura de toma de Papanicolaou siguen teniendo bajos índices, se ha observado que este comportamiento es constante para la mayoría de los países en Vías de Desarrollo de acuerdo a cifras indicadas por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), inclusive Nicaragua representa una de las Tasas de Cobertura de toma de Papanicolaou más bajas de toda América Latina, los datos de ENDESA 2011-12 indican que el nivel de conocimientos en nuestra población femenina supera el 80%, de una buena calidad, pero la realidad es que

la toma del examen de citología sigue teniendo muchos obstáculos, condicionados por factores socioeconómicos como se mencionó anteriormente. y por consiguiente el comportamiento del Cáncer del Cuello Uterino sigue ocasionando una alta tasa de Morbi-Mortalidad en la mujer Nicaragüense.

Uno de los principales factores que influye sobre las bajas tasas de cobertura en Nicaragua, es el hecho de que el conocimiento sobre el Papanicolaou se encuentra muy limitado en la población en general, ya que se cree que solamente le debe de “Importar” a las mujeres con vida sexual activa y que hayan tenido hijos. Por otro lado es que la percepción del manejo del conocimiento se encuentra muy distorsionada, debido a que las mujeres en su mayoría evitan conversar y exteriorizar acerca de estos temas, y por otro lado la existencia de innumerables prejuicios, mitos, factores culturales que hacen de esta situación un ambiente muy complejo para la propia mujer, ya que al final se encuentra en el centro de una gran serie de dudas que hace que al final NO asista a los Programas de Prevención del Cáncer del Cuello del Útero. En el presente estudio las amistades de las mujeres fueron referidas como la fuente de información más frecuente, lo que obviamente no garantiza una calidad de la información que logre aclarar todas las dudas a las mujeres.

Estudios realizados en Nicaragua han revelado que la aparición de Cáncer del Cérvix Uterino, se presenta en promedio en edades más tempranas que la media observada en los demás países de Latinoamérica, y mucho más grave el hecho que en etapas clínicas muy avanzadas, que provoca serias limitaciones en su abordaje y un alto nivel de costo económico en el manejo y tratamiento del mismo. De ahí la gran importancia de fortalecer e impulsar los Programas de Prevención del Carcinoma del Cuello Uterino como una estrategia inclusive de Salud Pública.

Un principal factor para que estos programas se desarrollen y consoliden lo representa el nivel de Conocimiento y la Actitud con el que las mujeres lo enfrenten, ya que este tipo de programas requiere de una alta tasa de participación de la familia con cada uno de sus miembros.

Los datos obtenidos en el presente estudio revelan una calidad de Conocimiento Bueno, (72.7%). Pero la influencia por los factores socioculturales antes descritos, y además agudizados probablemente por el efecto tradicional de valores de la familia nicaragüense, provoca en las mujeres un clima de gran incertidumbre, que se demuestra en el alto nivel de indecisión que asumen las entrevistadas con su nivel de actitud hacia la toma del examen y que a la hora de valorar su práctica ocasiona una alta prevalencia de una mala práctica. (77.3%). La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) indica que conforme en los países se vayan mejorando los niveles de cobertura, la prevalencia del Cáncer del Cuello del útero tendrá una prevalencia mínima.

Un dato importante es que el Programa de Prevención del Cáncer del Cuello del Útero poco a poco ha recibido un impulso a nivel de todos los niveles de atención, con participación activa del personal de salud, tratando de que dicho programa tenga una mayor masificación, manteniendo su calidad en la atención. Debemos de recordar que el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva óptima, depende en gran medida también del núcleo familiar, el cual adquiere un rol importante.

En los últimos años inclusive las campañas para la prevención del Cáncer de Mama, de parte de las autoridades de salud han tenido un mayor impulso que la del Cáncer del Cérvix. Esto se debe a que la población piensa erróneamente en que dicha patología se encuentra dentro de los límites permisibles y que además la mujer de forma responsable juega un rol participativo importante.

Al final las tasas de cobertura todavía tienen niveles muy bajas y se mantiene una alta tasa de morbi-mortalidad por cáncer de cérvix de forma continua desde hace varios años.

Se debe hacer conciencia que a pesar de todos los esfuerzos, todavía hay mucho por hacer. El impulso para un buen uso de la información, un mejor acceso a la misma, con un lenguaje básico, para su comprensión real y objetiva desarrollará mejores niveles de calidad de vida en las mujeres nicaragüenses.

Una capacitación del personal humano, a cargo de dichos programas, una mejor calidad de insumos y equipamiento a nivel nacional, un alto nivel en la calidad de referencia y contra referencia, un seguimiento sistemático de los casos positivos y una base de datos actualizada y optimizada para dar una respuesta efectiva. Es parte de lo que todavía hay que alcanzar para tener mejores indicadores a nivel nacional.

Los factores Sociodemográficos con respecto al Nivel de Conocimiento, las mujeres estudiadas la religión que obtuvo una mejor calidad del conocimiento fue la evangélica. Es importante indicar que poco a poco las iglesias promueven una participación más activa de parte de la población en relación a las medidas de promoción y prevención de la salud, lo que puede haber mejorado los datos obtenidos.

El nivel de escolaridad influye en el nivel de conocimiento ya que se observó una mejoría en el nivel de conocimiento conforme la escolaridad mejoraba. La mayor parte de las mujeres entrevistadas eran estudiantes, lo que marcó una participación más activa de parte de las mujeres. Inclusive se encontró un grupo de mujeres con nivel universitario.

En algunos países se ha utilizado una forma de estrategia en donde se captan a las mujeres que demuestran ser líderes en la comunidad, y que de alguna manera tienen un nivel educativo que facilite la consolidación de los Programas de Salud, impulsados a nivel comunitario.

La religión evangélica, mantuvo un alto nivel de indecisión con respecto a la evaluación de las actitudes de las mujeres, esto puede deberse en principio a componentes culturales pero también enmarcados en una importante base religiosa, donde los familiares y sobretodo las madres de las mujeres del estudio juegan un importante efecto influyente sobre el comportamiento de las mismas en relación a la temática de la Salud Sexual y Reproductiva.

Otro dato importante es el hecho que la escolaridad marca una importante posición en relación a las actitudes ya que se notó que conforme el nivel académico iba en ascenso, la mejoría en el nivel de Actitudes se hizo evidente.

Con respecto a las prácticas de las mujeres, surgieron datos muy importantes; en principio el componente general global del grupo tuvo una práctica mala, pero evaluando algunas variables se incluye por ejemplo el hecho que el grupo de menor edad (15-26 años) tuvo marcadamente el mejor comportamiento, en comparación al resto de las edades, esto indica que la nueva visión de las mujeres jóvenes, de forma propositiva en velar y actuar de forma activa hacia el mantenimiento de su salud. Y por otro lado es preocupante, que el peor comportamiento lo tengan mujeres de 39-49 años, donde el comportamiento del Carcinoma del Cuello Uterino, se presenta en nuestro país dentro de este grupo de edad y lo que puede provocar todavía más aún, un aumento de los casos avanzados, por la falta de un diagnóstico precoz.

Otro aspecto a evaluar es que las mujeres con un estado civil acompañada, fueron las que tuvieron una calidad más deficiente en relación a las prácticas, por una parte puede deberse al hecho que el estado civil de acompañada es la que prevalece en el área de salud en donde se obtuvo la muestra, pero por otra parte también hay que tener en cuenta que el comportamiento de falta de responsabilidad, es uno de los principales factores que influyen a que la mujer NO se realice el Papanicolaou, de acuerdo a los datos obtenidos.

La religión evangélica es la que tuvo un mejor comportamiento con respecto a las prácticas de riesgo, Lo que puede demostrar que si bien es cierto es su mayoría las mujeres que profesan la religión evangélica tienen muchas dudas con respecto a la temática del Papanicolaou, al momento de tomar medidas tienen una mejor y mayor participación.

Evaluando el nivel de conocimiento con respecto a las actitudes se demostró que prevaleció la actitud favorable, relacionándolo a un buen conocimiento, pero conforme el nivel decrecía, prevaleció la actitud indecisa. Probablemente esto nos indica que hay que aumentar la calidad, y dirección de la información acerca de la importancia del Papanicolaou, para que esto empodere y desarrolle en las mujeres una mayor seguridad al momento de evaluar y tomar decisiones con respecto a su rol en medidas de prevención para la mejoría de la calidad de su propia salud. Y mejorar sus practicas con respecto a la toma del Papanicolaou.

## CONCLUSIONES

- Predominaron las Mujeres de 15-26 años, acompañadas, estudiantes en su mayoría con un nivel de escolaridad Secundaria, y de religión Católica. Con una procedencia Urbana.
- Las mujeres en su mayoría recibieron información acerca del Papanicolaou, siendo realizadas en las Unidades de Salud, indicando que fue realizado con un lenguaje sencillo
- El conocimiento en general fue Bueno, teniendo mayor porcentaje de mejor comportamiento en relación a utilidad del examen, y el aspecto más deficiente fue el de la frecuencia con que debe de realizarse y de la preparación para el mismo.
- La actitud fue Favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en los factores a tomar en cuenta para la realización del examen.
- La práctica fue mala, encontrando un marcado efecto socio cultural sobretodo de temor y de falta de responsabilidad hacia la toma del examen.

## RECOMENDACIONES

1.- El Ministerio de Salud (MINSA) con una participación activa, con énfasis en la familia, deberán seguir estableciendo estrategias que fortalezcan la difusión de un continuo conocimiento sobre el tema del Papanicolaou a la población de mujeres y en general a toda la población, con información más coherente a los grupos de baja escolaridad, orientándose desde la etapa adolescente. Y con un constante seguimiento de supervisión.

2.- Impulsar los estudios que desarrollen el Conocimiento sobre el tema de Papanicolaou, en los sistemas locales de salud (SILAIS), para implementar programas de prevención, educación en salud sexual y reproductiva, con énfasis en el programa de prevención del Cáncer del cérvix uterino.

3.- Reforzar a las redes comunitarias, para que transmitan información referente al Papanicolaou, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, líderes comunitarios, ONGs que manejan el tema de Cáncer del Cérvix Uterino, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la patología.

4.- Impulsar a través de los medios de comunicación, programas para mejorar el conocimiento y la buena conducción de todos los aspectos relacionados con el Cáncer de Cérvix Uterino, sus programas de prevención, la importancia de la toma del Papanicolaou y que motiven a la población a buscar información referente al tema.

5.- Establecer lugares donde las mujeres puedan informarse sobre la temática de Papanicolaou, de forma continua, teniendo acceso a una información objetiva, actualizada e interactiva para fortalecer el conocimiento sobre el Cáncer de cérvix uterino.

6. Impulsar y consolidar sistemas de referencia y contra referencia de la información, mantenimiento y actualización de bases de datos, seguimiento continuo de los casos positivos, manteniendo un monitoreo constante de los niveles de cobertura y participación de la población femenina en el desarrollo de estos programas.
  
7. Desarrollar un proceso de capacitación continua a todos los integrantes de los diferentes equipos de salud, para desarrollar una mejor sensibilización sobre este problema de salud pública del país. Impulsando a su vez la realización de jornadas y brigadas que tengan como objetivo la masificación de la toma de Papanicolaou con el fin de mejorar la calidad de atención de nuestras mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens.Revista Universitaria de Investigación*. Vol.9 , 93-107.
- Aydee Zandra, M. J., & Quiroz Díaz, N. A. (2015). Conocimientos, Actitudes y Prácticas del papanicolaou en mujeres del Barrio Cerrito de la Libertad. *In crescendo, Ciencias de la Salud*. 2(2), 436-446.
- Bazán Asencios, F., Posso, M., & Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol.68, núm 1, , 47-54.
- de García de Zúñiga, R., Arrom de Fresco, C., Ruoti Cosp, M., & Orué, E. (2008). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el test de Papanicolaou en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Mem. Inst. Investigaciones Ciencias de la Salud*. Vol. 4 (2), 48-58.
- Figuroa Solano, N. M. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cervico uterina en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el Barrio Las Flores, Sector Caguán, Chipi y Tambos, Barranquilla 2010*. Barranquilla.
- Fonseca Larios, W. M. (2009). *Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el papanicolaou en mujeres que asisten a consulta al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz" de Masachapa*. Managua.
- INIDE - MINSA. (2015). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011/12*. Managua, Nicaragua: INIDE.
- Irina, T. (2011). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en usuarias externas del programa de planificación familiar del Centro de Salud Roger Osorio, del mes de Junio a Diciembre 2010*. Managua: UNAN Managua.
- Ministerio de Salud. República de Nicaragua. (2006). *Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino*. Managua, Nicaragua: Taller de Artes Gráficas.
- Morales Rivera, , M. G., & Meza Olivares, Y. M. (2012). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las mujeres con vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Ramón Toledo del Departamento de Boaco*. Boaco.
- Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (2009). *Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre la sexualidad, SIDA/ETS*. México: El manual Moderno.

- Organización Panamericana de la Salud. Agencia Española de Cooperación Internacional. (2010). *Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de cuello uterino*. Asunción: Comunicación Visual. S.R.L.
- Sanabria Hernández, N. (2012). Conocimientos, Prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. *Enfermería en Costa Rica*. 2012, 33 (2), 82-89.
- Schiffman, M., Brinton, L., Devesa, S., Fraumeni, J., & Joseph, F. (2001). Cancer Cervical. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Oxford University Press.
- Seminario Pintado, M., Chero - Farro, D., Colorado - Juica, F., Gómez Palacios, S., Lamas Ramírez, Z., Parraguez Mendoza, C., y otros. (2010). Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del Distrito de Chiclayo. *Revista del cuerpo médico*. HNAAA 4(2), 94-98.
- Solomon, D., & Nayar, R. (2006). *El Sistema Bethesda para informar la citología cervical. Definiciones, criterios y notas aclaratorias*. Buenos Aires, Argentina: La Stampa.
- Urrutia S., M. T., Araya G., A., & Poupin B., L. (2010). ¿Porqué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuesta entregada por los profesionales del Programa de Cáncer Cervicouterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 75 (5), 284-289.
- Zenteno Castro, V., & Rivas Ponce, J. L. (2007). *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz*. La Paz.

# **ANEXOS**



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Facultad de ciencias medicas**  
**Recinto universitario Rubén Darío**

La presente encuesta es para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa sobre el examen del Papanicolaou, en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial, de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran:

**A.INFORMACION GENERAL**

**1. Edad:**

2. estado civil:

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

**2. Procedencia:**

- a) urbana
- b) rural

**3) Ocupación:**

- a) estudiante
- b) desempleados
- c) ama de casa
- d) otro

**4) Religión**

- a) católico
- b) evangélico
- c) otro

**5) Escolaridad**

- a) analfabeta
- b) primaria
- c) secundaria
- d) universidad

## B. VALORACION DEL CONOCIMIENTO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SE
1.El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud			
2.El PAP es un examen vaginal que sirve para detectar cáncer			
3.El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos			
4.El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales			
5.El PAP sirve para detectar si la mujer tiene infección en sus genitales			
6.El PAP detecta a tiempo el cáncer del cuello del útero			
7.El PAP debe realizarse cada 6 meses			
8.El PAP debe de realizarse cada año			
9.todas las mujeres deben de realizarse el PAP			
10.Solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben de realizarse el PAP			
11.Solo las mujeres del campo deben realizarse el PAP			
12.El PAP detecta el SIDA			
13.El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios			
14.La mujer puede tener relaciones sexuales antes de hacerse el PAP			
15.La mujer puede usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP			
16.La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP			
17.La mujer debe de realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP			
18.La mujer debe usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP			
19.Las múltiples parejas sexuales pueden causar cáncer del cuello de la matriz			
20.iniciar las relaciones sexuales muy joven puede causar cáncer del cuello de la matriz			
21.tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz			
22.El PAP produce abortos			

### C.VALORACION DE LAS ACTITUDES

A continuación se le presentan algunas proposiciones y nos interesa que manifiestes tu forma de pensar en relación a ellas. Para responder marque una X en la columna que consideres compatible con su opinión personal, usando la siguiente escala:

<b>PROPOSICIONES</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>INDECISO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>
1.El Papanicolaou es un examen importante para la salud de la mujer			
2.Yo no aceptaría tomarme la muestra del Papanicolaou			
3.Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra del Papanicolaou			
4.No importa el sexo de la persona que me tomara la muestra para el examen			
5.La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer			
6.La preocupación de realizarse el PAP debe ser de la pareja			
7.La religión no influye en mi decisión de realizarme el PAP			
8.Entre mayor sea el nivel de educación de la mujer esta se realizara el examen con mayor facilidad			
9.Principalmente las personas de la ciudad deben de hacerse el PAP en comparación con las del campo			
10.El compañero o la familia debe de influir en la decisión de la mujer para realizarse el PAP			
11.Solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deberán de realizarse el PAP			
12.El PAP debe hacerse únicamente cuando sea un requisito en la consulta			
13.El PAP no deben de realizárselo las mujeres que usan algún método anticonceptivo			
14.El PAP no debemos de realizarlo porque produce sangrado			
15:Todas las mujeres deben de realizárselo antes de tener un hijo			
16.Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben de realizarse el PAP			

<b>17.Las mujeres embarazadas no deben de hacerse el PAP porque produce abortos</b>			
<b>18.El PAP es doloroso por eso no me lo hago</b>			

1. De acuerdo (A)      Indeciso (I)      En desacuerdo (D )

#### **D.VALORACION DE LAS PRÁCTICAS**

1).Te has realizado el PAP

- Si
- No

2).a que edad te lo realizaste

3) obtuviste los resultados del examen

- Si
- No

4) cuantos PAP te has realizado

- Uno
- Dos
- Más de dos

5) con que frecuencia te has realizado el PAP

- Cada 3 meses
- Cada seis meses
- Cada año
- Cada dos años

6) te harías en un futuro el examen del Papanicolaou?

- Si
- No
- No responde

7) hace cuánto tiempo te hiciste el último PAP

- Menos de un año
- 1-2 años
- 3 o mas años
- No se

8) si el primer resultado del examen sale negativo o sin alteración se realizaría un nuevo control más adelante

- Si
- No
- No se

9) por qué razón te has realizado el PAP

- a) .interés propio
- b) .para proteger mi salud
- c) por orden medica
- d) por CPN
- e) .por requisito
- f) para saber si tengo cáncer o infección vaginal
- g) otro

10) por qué razón no te has realizado el PAP

- a) Temor
- b) Vergüenza
- c) Falta de dinero
- d) Falta de importancia
- e) No dan resultados
- f) Negativa del marido o compañero
- g) Maltrato del marido
- h) Por descuido

CUADRO N°1

Características Sociodemográficas de las mujeres, que asisten al Programa de Planificación Familiar, Centro de Salud Francisco Buitrago, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.

n= 476

Características Sociodemográficas	Numero	%
<b>Edad</b>		
15-26 años	237	49.8%
27-38 años	111	23.3%
39-49 años	128	26.9%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	105	22.1%
Casada	72	15.1%
Acompañada	299	62.8%
<b>Religión</b>		
Católico	272	57.1%
Evangélico	178	37.4%
Otras	26	5.5%
<b>Procedencia</b>		
Urbano	428	89.9%
Rural	48	10.1%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	114	23.9%
Secundaria	275	57.8%
Técnica	77	16.2%
Universidad	10	2.1%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	257	54.0%
Trabajadora	88	18.5%
Ama de casa	131	27.5%

Fuente: Entrevista.

CUADRO N° 2

Características de la Información brindada a las mujeres que asisten al Programa de Planificación Familiar, Centro de Salud Francisco Buitrago, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Característica de la Información	Numero	%
<b>Recibió información</b>		
Si	408	85.7%
No	68	14.3%
<b>Persona que dio información (*)</b>		
Amigos	319	67.0%
Brigadistas	102	21.4%
Personal de salud	236	49.6%
Maestros	149	31.3%
Familiares	133	27.9%
<b>Fuente de información (*)</b>		
Calle	354	74.4%
Escuela	278	58.4%
Centro de salud	304	63.9%
Farmacias	186	39.1%
Folleto	112	23.5%
<b>Opinión de la explicación brindada</b>		
Me explicaron con lenguaje sencillo.	357	75.0%
No entiendo lo que me explican.	119	25.0%

Fuente: Encuesta. (\*) Las usuarias indicaron más de una opción.

### CUADRO N° 3

Conocimientos acerca de la utilidad del Papanicolaou que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Conocimientos sobre el PAP	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud	293	61.6%	48	10.1%	135	28.3%
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en la vagina	241	50.6	63	13.2	172	36.1
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos	110	23.1	354	74.4	12	2.5
El PAP sirve para saber si la mujer tiene infección en su genitales	237	49.8	179	37.6	60	12.6
El PAP detecta a tiempo el cáncer de cuello del útero	384	80.7	73	15.3	19	4.0
El PAP detecta el SIDA	32	6.7	395	83.0	49	10.3
El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios	127	26.7	329	69.1	20	4.2
El PAP produce abortos	213	44.7	142	29.8	121	25.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Conocimientos sobre las personas que deben de realizarse el Papanicolaou, según opinión que tienen de las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben de realizárselo	148	31.1	183	38.4	145	30.5
El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales	411	86.3	23	4.8	42	8.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre la frecuencia de realización de Papanicolaou según las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP debe realizarse cada 6 meses	169	35.5	238	50	69	14.5
El PAP debe realizarse cada año	401	84.2	42	8.8	33	6.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Conocimientos acerca de la preparación que deben de tener las mujeres, para la toma del Papanicolaou, en usuarias que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Las mujeres pueden tener relaciones sexuales	226	47.5	165	34.7	85	17.9
Las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP	186	39.1	262	55.0	28	5.9
La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP	37	7.8	285	59.9	154	32.3
La mujer debe realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP	22	4.6	359	75.4	95	20.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos acerca de los riesgos para padecer cáncer cervicouterino según opinión de las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Iniciar las relaciones muy jóvenes puede causar cáncer del cuello de la matriz	268	56.3	173	36.3	35	7.4
Tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz	277	58.2	154	32.4	45	9.5

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Nivel de Conocimientos de las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Nivel de Conocimiento	N°	%
<b>Bueno</b>	346	72.7%
<b>Regular</b>	77	16.2%
<b>Malo</b>	53	11.1%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 9

Actitud hacia el examen del Papanicolaou que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Proposiciones	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es un examen importante para la salud de la mujer	421	88.4	32	6.7	13	2.7
Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra	205	43.1	170	35.7	101	21.2
La Dra. o enfermera me da más confianza a la hora de tomarme la muestra	176	37.0	215	45.2	85	17.9
La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer	302	63.4	93	19.5	81	17.0
La religión influye en mi decisión de realizarme el PAP	388	81.5	66	13.9	22	4.6
Una mujer con más estudios hará el PAP más fácilmente	249	52.3	138	29.0	89	18.7
Principalmente las personas de la ciudad deben hacerse el PAP	89	18.7	50	10.5	337	70.8
La familia debe influir en la decisión de realizarse el PAP	328	68.9	91	19.1	57	12.0
Solo las mujeres con muchos compañeros deben realizarse el PAP	324	68.1	108	22.7	44	9.2
El PAP debe hacerse solo cuando la enfermera o Dr. lo indique	349	73.3	25	5.3	102	21.4
El PAP debe de realizárselo las mujeres que planifican	421	88.4	26	5.5	29	6.1
El PAP produce sangrado	314	66.0	110	23.1	52	10.9
Todas las mujeres deben realizárselo antes de hacer un hijo	190	39.9	227	47.7	59	12.4
Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben realizarse el PAP	111	23.3	277	58.2	88	18.5
El PAP es doloroso	381	80.0	69	14.5	26	5.5
Produce abortos	265	55.7	101	21.2	110	23.1

Fuente: Encuesta. A: De acuerdo. I: Indeciso DS: En desacuerdo

CUADRO N° 10

Nivel de Actitud sobre la toma de Papanicolaou, que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Nivel de Actitud ante el PAP	N°	%
Favorable	301	63.2%
Indeciso	98	20.6%
Desfavorable	77	16.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 11

Realización de Papanicolaou en las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Realización de Citología Cervico Vaginal (Papanicolaou)	N°	%
SI	63	13.2%
NO	413	86.8%

Fuente: Encuesta.

### CUADRO N° 12

Edad de las mujeres, a las cuales se les ha realizado el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Edad de Realización del Papanicolaou	N°	%
15 a 25 años	42	66.7%
26 a 35 años	14	22.2%
36 a 49 años	7	11.1%

Fuente: Encuesta.

### CUADRO N° 13

Obtención de los Resultados que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Obtención de Resultados	N°	%
SI	51	81.0%
NO	12	19.0%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 14

Número de Papanicolaou realizados que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Número de Papanicolaou realizados	N°	%
UNO	49	77.8%
DOS	10	15.9%
MÁS DE DOS	4	6.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15

Frecuencia de realización de la toma de Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Frecuencia de Realización del Papanicolaou(*)	N°	%
Cada 3 meses	21	33.3%
Cada 6 meses	19	30.2%
Cada año	56	88.9%
Cada 2 años	44	69.8%

Fuente: Encuesta. (\*) Algunas mujeres indicaron más de una opción.

CUADRO N° 16

Tiempo de realización de Último Papanicolaou, en las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Tiempo de Realización del Último Papanicolaou	N°	%
Menos de un año	11	17.5%
1 a 2 años	38	60.3%
Más de 2 años	14	22.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Nivel de Prácticas que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	24	5.0%
Regular	84	17.6%
Mala	368	77.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Razones por las cuales se han realizado el Papanicolaou las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 63

Razones de realización del PAP(*)	N°	%
Para proteger la salud	31	49.2%
Por orden medica	48	76.2%
Para saber si tengo cáncer	37	58.7%
Por interés propio	11	17.4%
Por control prenatal	58	92.1%

Fuente: Encuesta. (\*) Algunas mujeres indicaron más de una opción.

CUADRO N° 19

Razones por las cuales NO se han realizado el Papanicolaou que tienen de las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 413

Razones de NO realización del PAP(*)	N°	%
Temor	387	93.7%
Vergüenza	402	97.3%
Por descuido	269	65.1%
Falta de importancia	238	57.6%

Fuente: Encuesta. (\*) Algunas mujeres indicaron más de una opción.

CUADRO N° 20

Características Sociodemográficas versus Nivel de conocimientos sobre el Papanicolaou en las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Características Sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	200	84.4%	30	12.6%	7	3.0%
27-38 años	100	90.0%	7	6.0%	4	4.0%
39-49 años	46	36.0%	40	31.0%	42	33.0%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	67	64.0%	25	24.0%	13	12.0%
Casada	10	14.0%	32	44.0%	30	42.0%
Acompañada	269	90.0%	20	7.0%	10	3.0%
<b>Religión</b>						
Católica	198	73.0%	30	11.0%	44	16.0%
Evangélica	136	76.5%	38	21.3%	4	2.2%
Otra	12	46.0%	9	35.0%	5	19.0%
<b>Procedencia</b>						
Urbana	336	79.0%	50	12.0%	42	9.0%
Rural	10	21.0%	27	56.0%	11	23.0%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	104	91.2%	5	4.4%	5	4.4%
Secundaria	211	77.0%	34	12.0%	30	11.0%
Técnico	30	39.0%	32	42.0%	15	19.0%
Universidad	1	10.0%	6	60.0%	3	30.0%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	225	87.0%	20	8.0%	12	5.0%
Trabajadora	10	11.0%	57	65.0%	21	24.0%
Ama de casa	101	77.0%	10	8.0%	20	15.0%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 21

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Características Sociodemográficas	NIVEL DE ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15 - 26 años	121	51.1%	60	25.3%	56	23.6%
27 - 38 años	89	80.2%	18	16.2%	4	3.6%
39 - 49 años	91	71.1%	20	15.6%	17	13.3%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	53	50.5%	30	28.6%	22	20.9%
Casada	28	38.9%	34	47.2%	10	13.9%
Acompañada	220	73.6%	34	11.4%	45	15.0%
<b>Religión</b>						
Católica	176	64.7%	50	18.4%	46	16.9%
Evangélica	119	66.9%	32	18.0%	27	15.1%
Otra	6	23.1%	16	61.5%	4	15.4%
<b>Procedencia</b>						
Urbana	267	62.4%	88	20.6%	73	17.0%
Rural	34	70.8%	10	20.8%	4	8.4%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	103	90.4%	6	5.3%	5	4.3%
Secundaria	167	60.7%	58	21.1%	50	18.2%
Técnico universidad	30	39.0%	30	39.0%	17	22.0%
	1	10.0%	4	40.0%	5	50.0%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	223	86.8%	19	7.4%	15	5.8%
Trabajadora	35	39.8%	47	53.4%	6	6.8%
Ama de casa	43	32.8%	32	24.4%	56	42.8%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 22

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	13	5.5%	67	28.3%	157	66.2%
27-38 años	7	6.3%	9	8.1%	95	85.6%
39-49 años	4	3.1%	8	6.3%	116	90.6%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	10	9.5%	12	11.4%	83	79.1%
Casada	3	4.2%	60	83.3%	9	12.5%
Acompañada	11	3.7%	12	4.0%	276	92.3%
<b>Religión</b>						
Católica	9	3.3%	23	8.5%	240	88.2%
Evangélica	7	3.9%	51	28.7%	120	67.4%
Otra	8	30.8%	10	38.4%	8	30.8%
<b>Procedencia</b>						
Urbana	16	3.7%	53	12.4%	359	83.9%
Rural	8	11.8%	51	75.0%	9	13.2%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	6	5.3%	50	43.9%	58	50.8%
Secundaria	19	6.9%	7	2.5%	249	90.6%
Técnico universidad	3	3.9%	23	29.9%	51	66.2%
	1	10.0%	3	30.0%	6	60.0%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	9	3.5%	17	6.6%	231	89.9%
Trabajadora	3	3.4%	34	38.6%	51	58.0%
Ama de casa	12	9.2%	33	25.2%	86	65.6%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 23

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

n= 476

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	253	73.1%	43	12.4%	50	14.5%
<b>REGULAR</b>	30	39.0%	25	32.5%	22	28.5%
<b>MALO</b>	18	34.0%	30	56.6%	5	9.4%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 24

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres, que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015

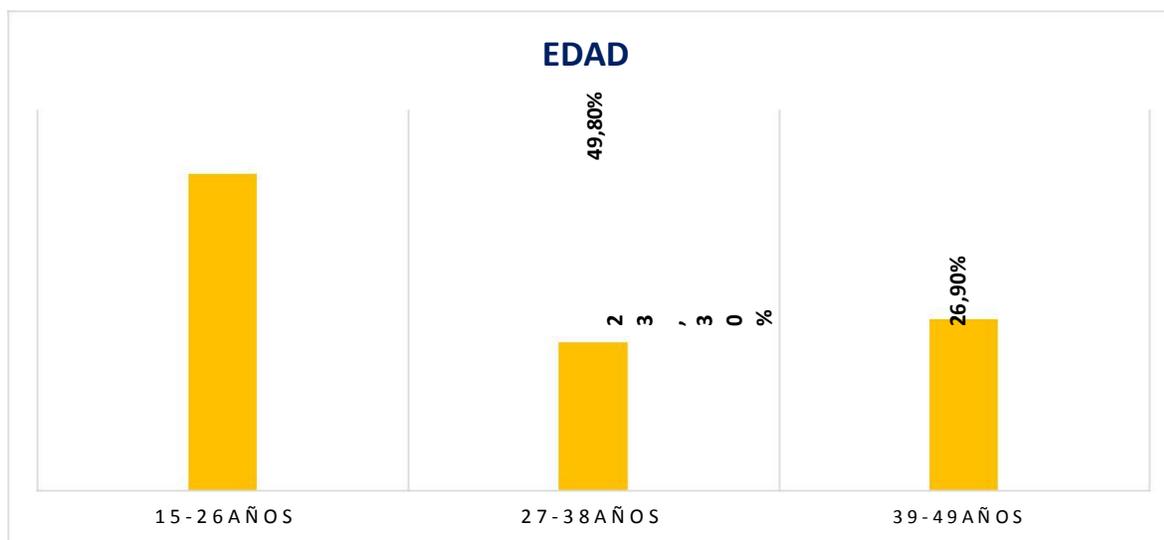
n= 476

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	8	2.3%	52	15.0%	286	82.7%
<b>REGULAR</b>	10	13.0%	23	29.9%	44	57.1%
<b>MALO</b>	6	11.3%	9	17.0%	38	71.7%

Fuente: Encuesta.

### Gráfico N° 1

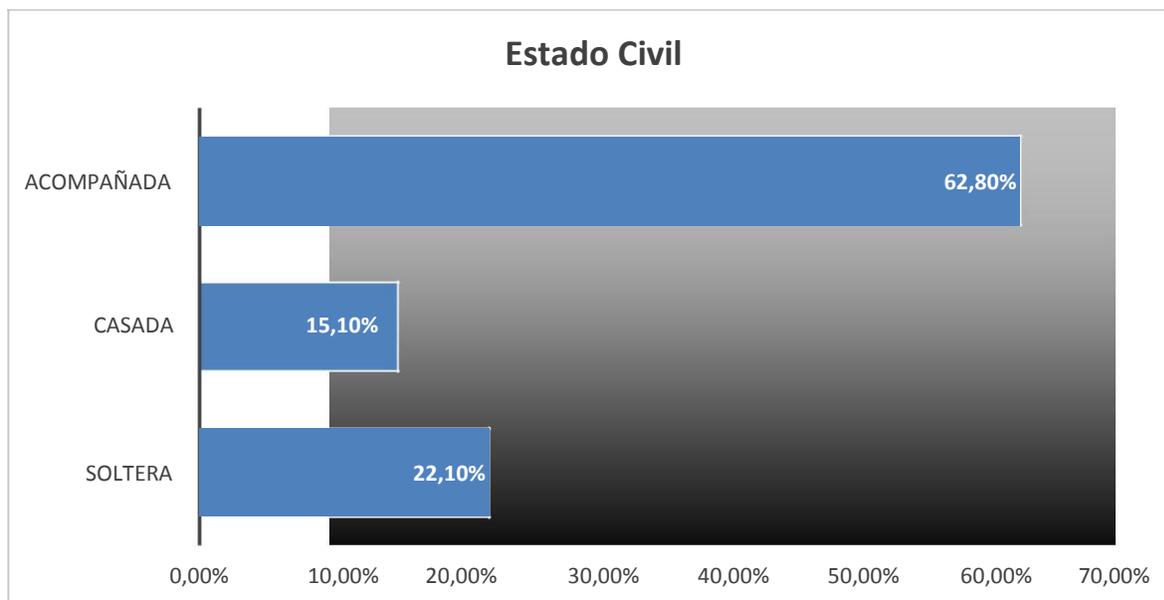
Edad de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 2

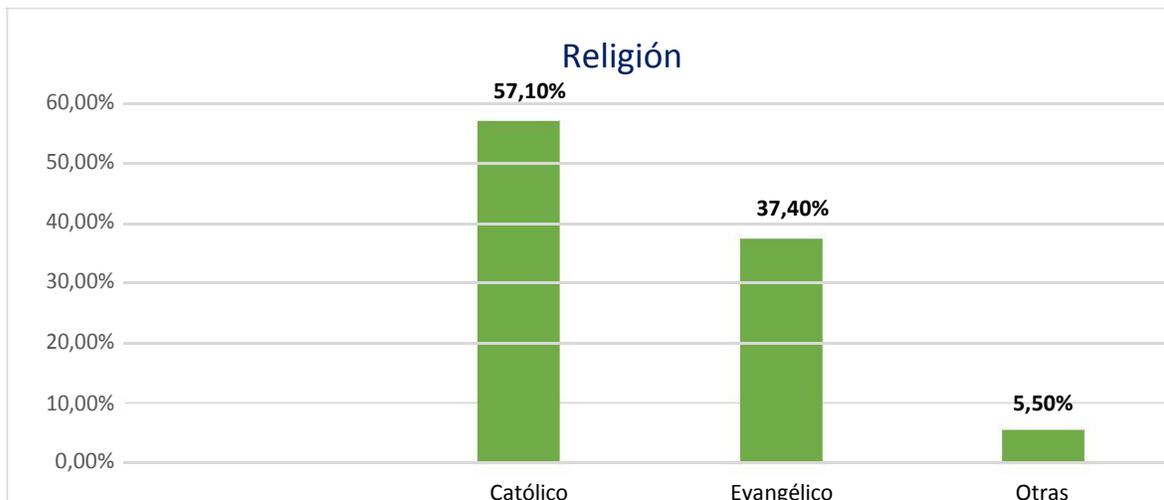
Estado Civil de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 3

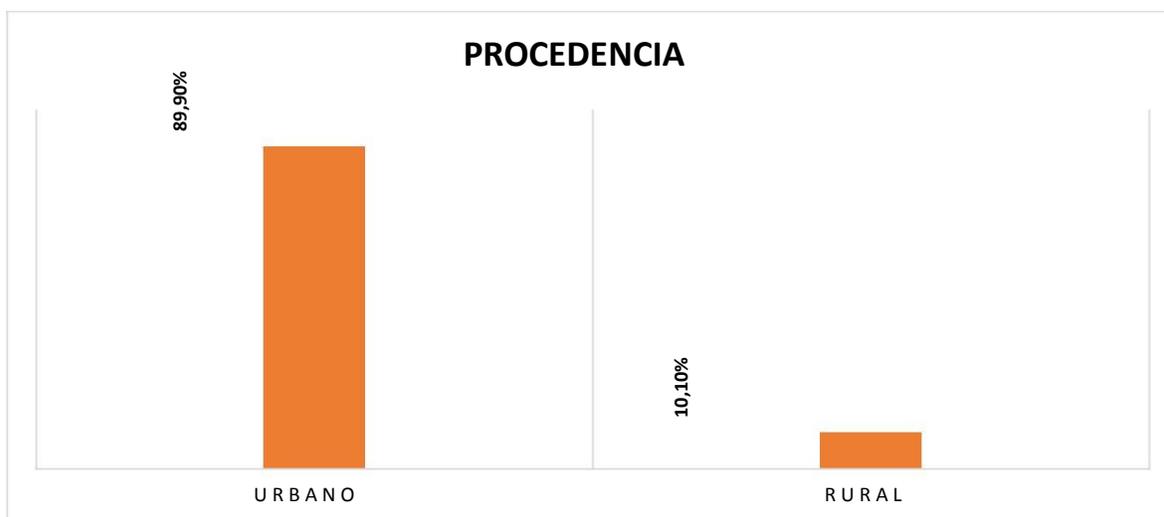
Religión de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 4

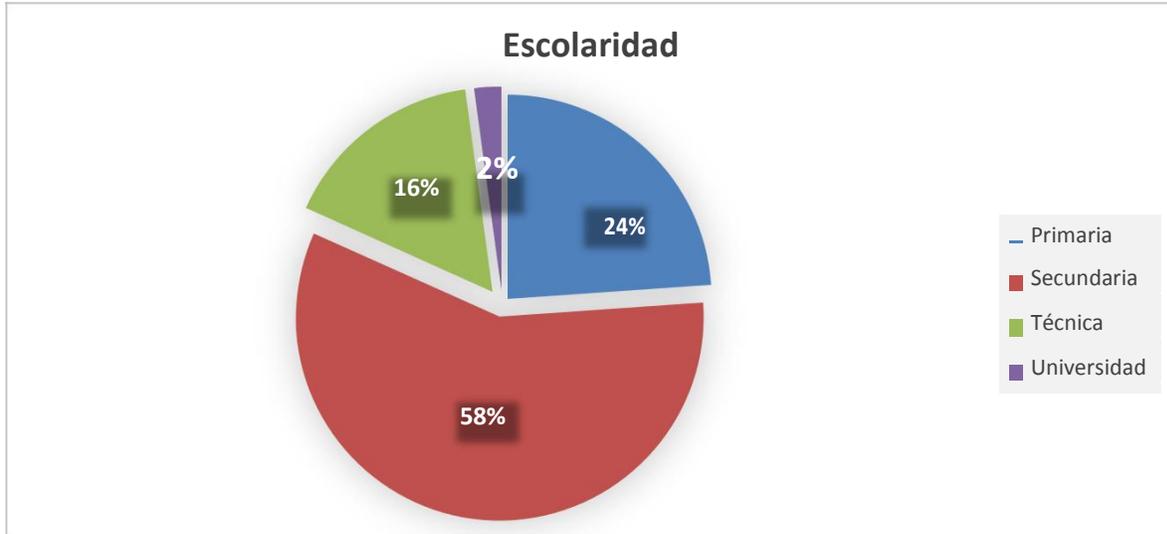
Procedencia de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 5

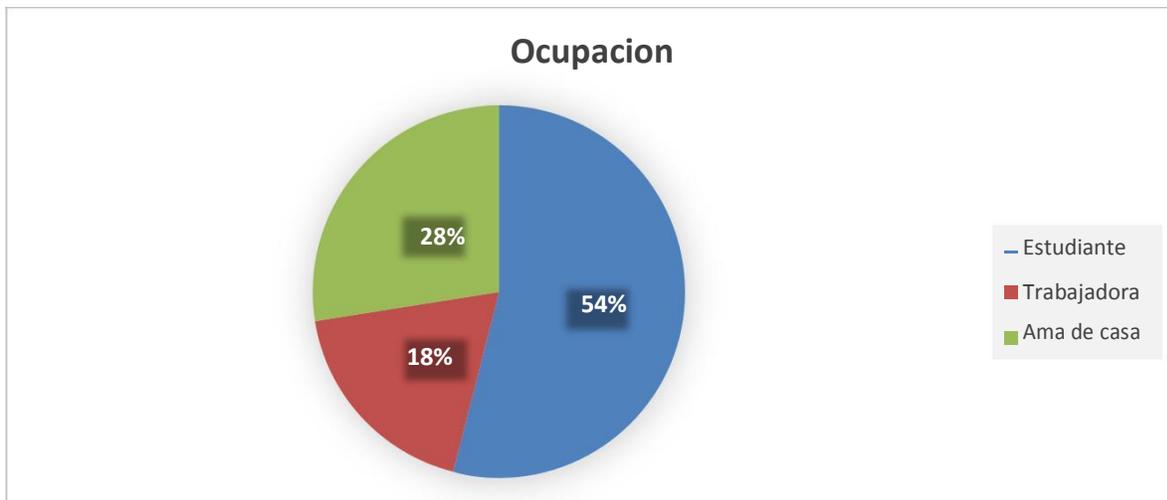
Escolaridad de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 6

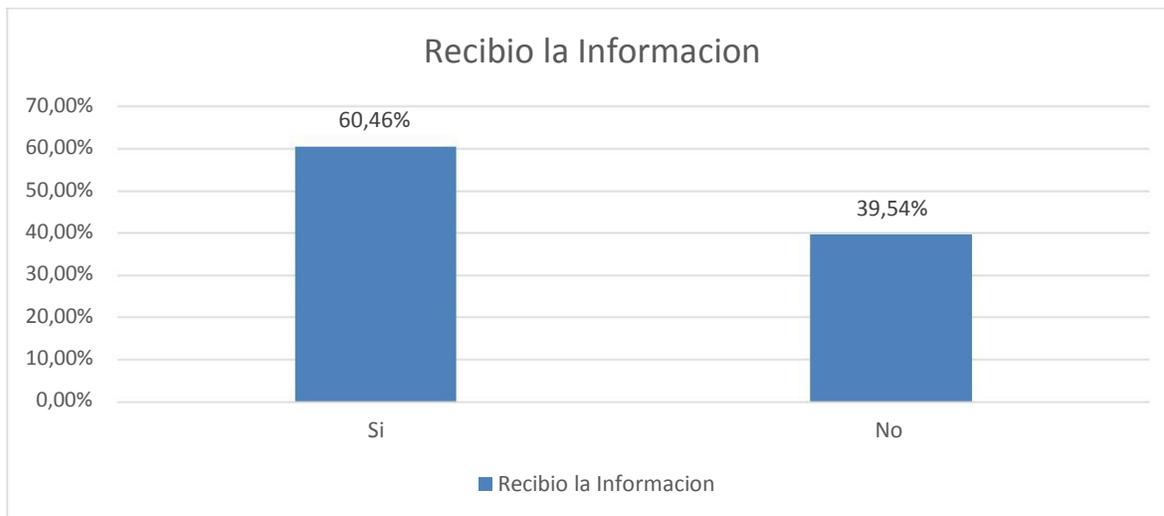
Ocupación de las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N°1

### Gráfico N° 7

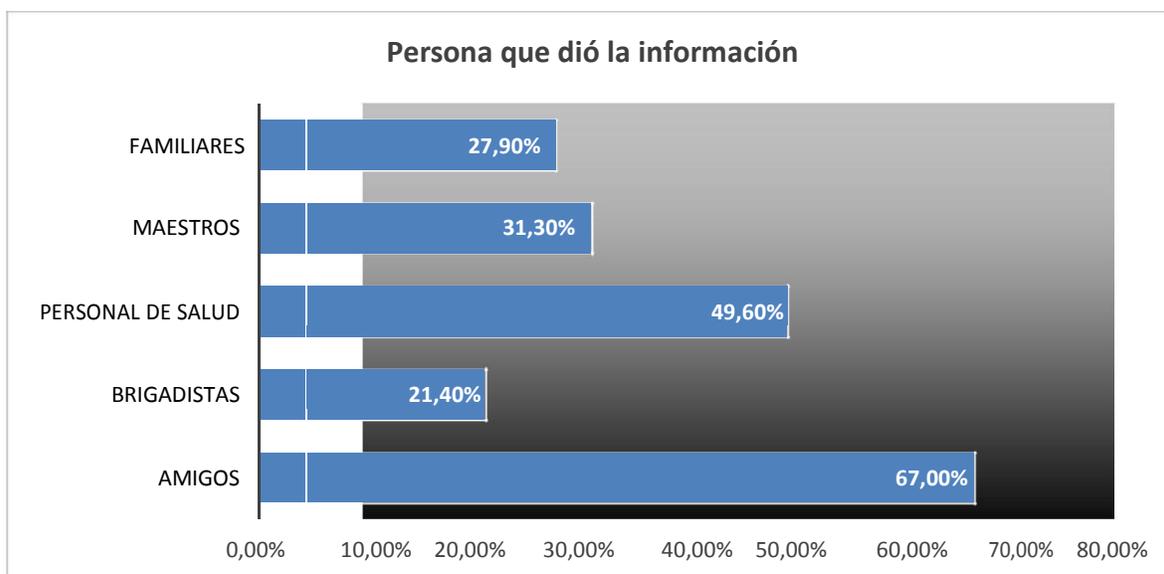
Antecedentes de Recibir Información sobre Papanicolaou, según las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 2

### Gráfico N° 8

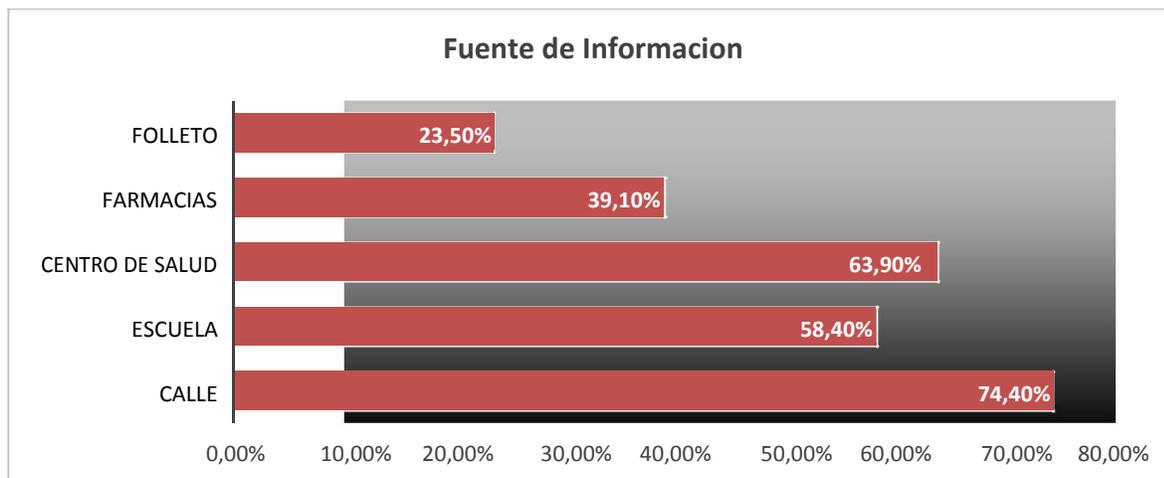
Persona que brindó la Información a las mujeres de edad fértil, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 2

### Gráfico N° 9

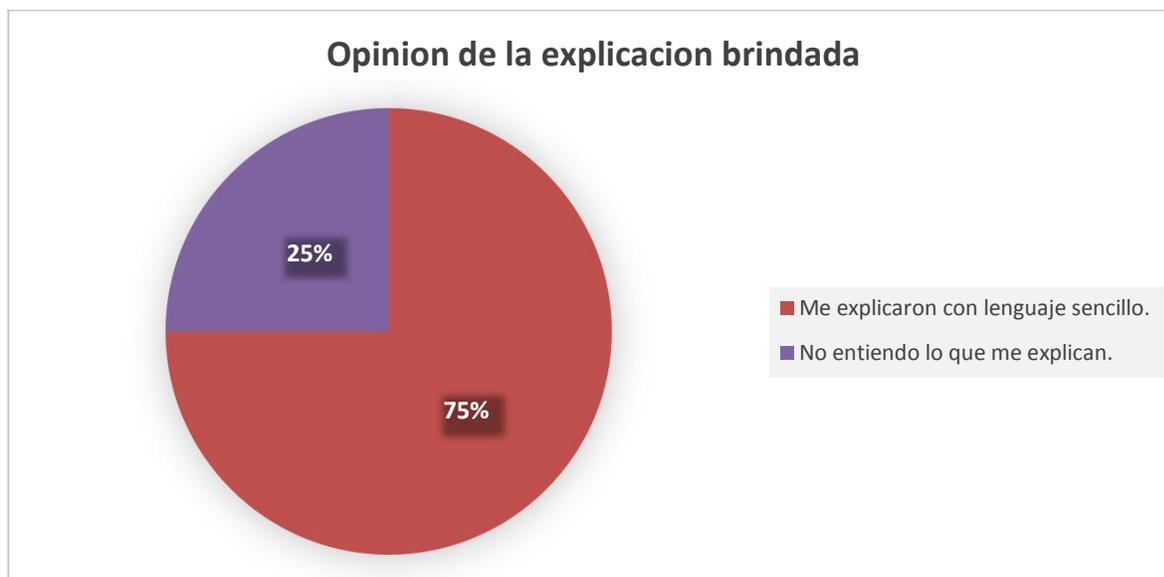
Lugar donde recibieron la Información las mujeres de edad fértil, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 2

### Gráfico N° 10

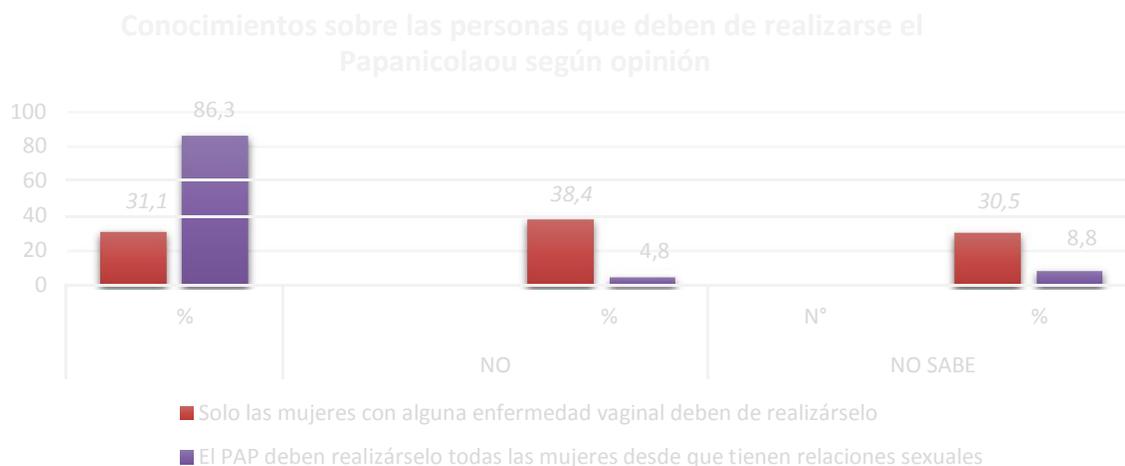
Calidad de la Información obtenida por las mujeres de edad fértil, que asisten al Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 2

### Gráfico N° 11

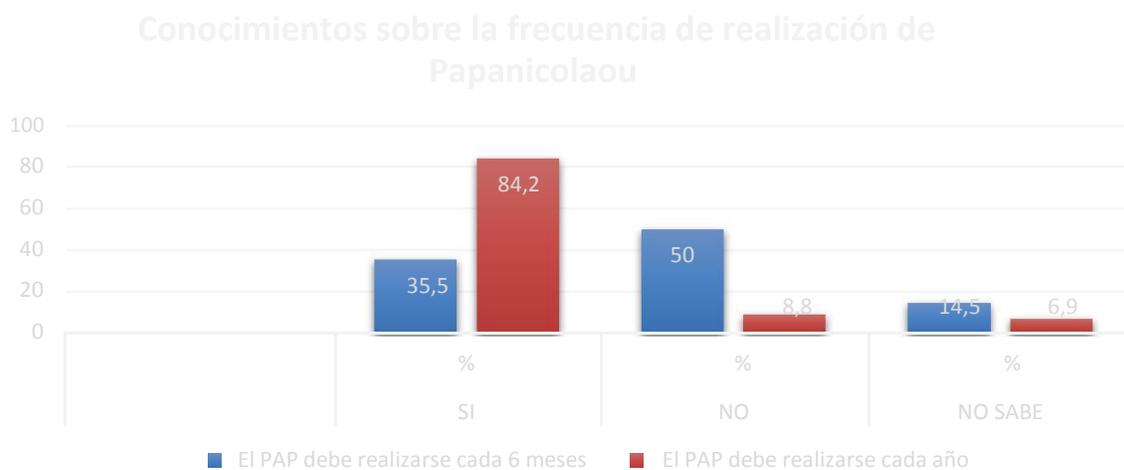
Conocimientos sobre las personas que deben realizarse el Papanicolaou según las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 4

### Gráfico N° 12

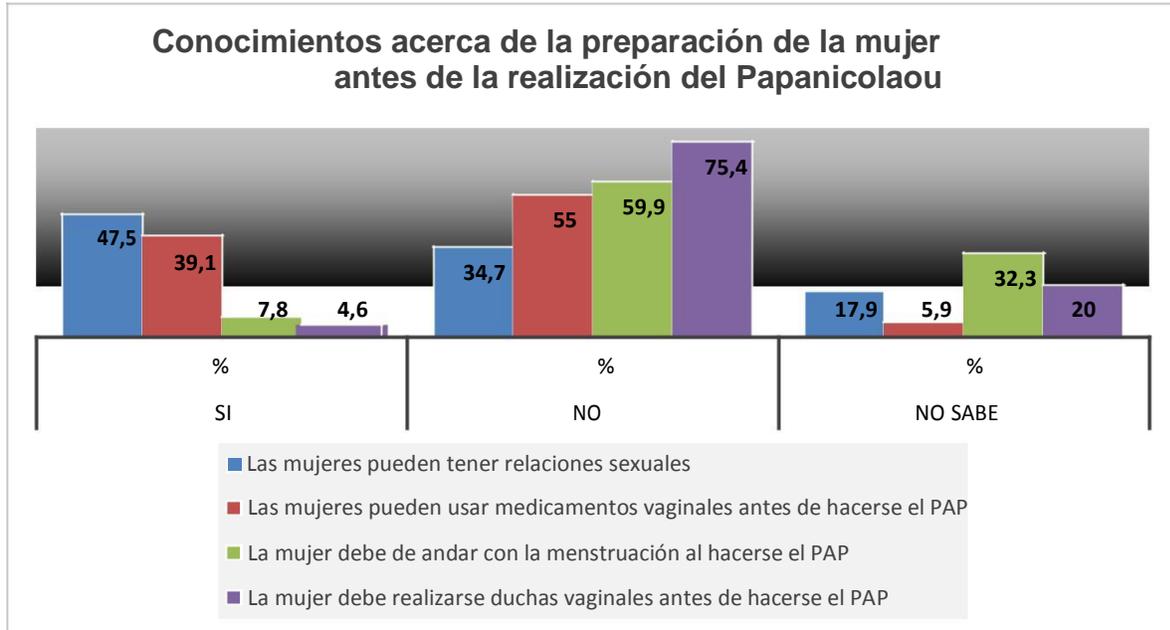
Conocimientos sobre la Frecuencia de Realización del Papanicolaou según las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 5

**Gráfico N° 13**

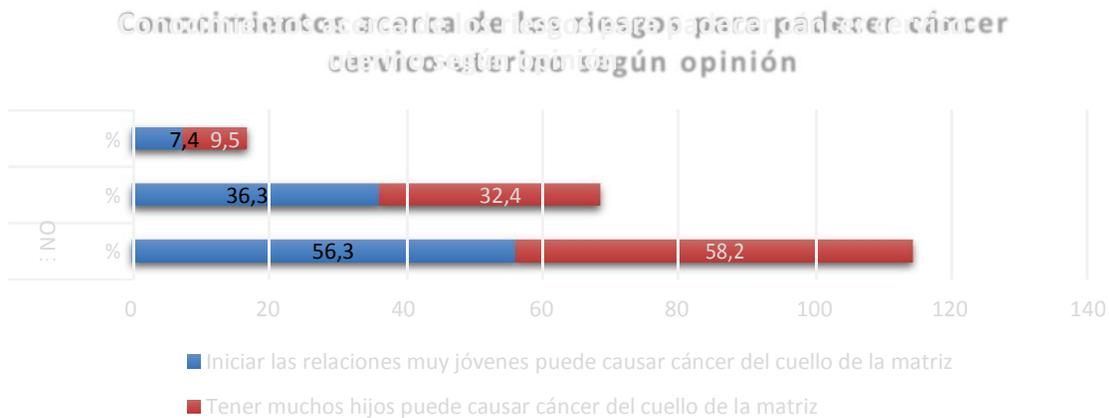
Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la Realización del Papanicolaou según las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 6

**Gráfico N° 14**

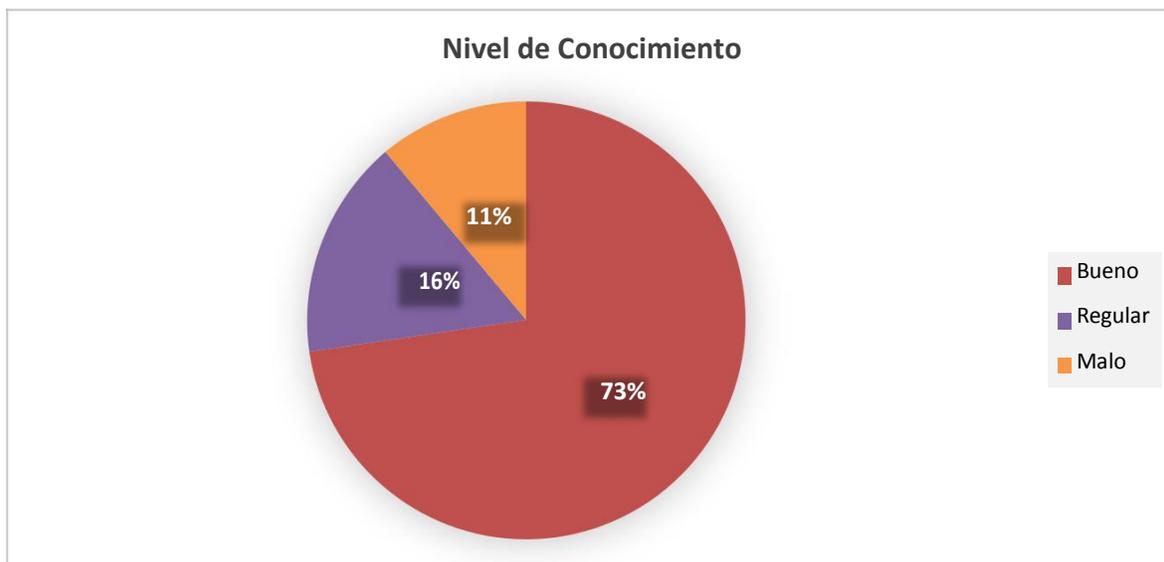
Conocimientos acerca de los Riesgos de Padecer Cáncer Cervicouterino según las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 7

### Gráfico N° 15

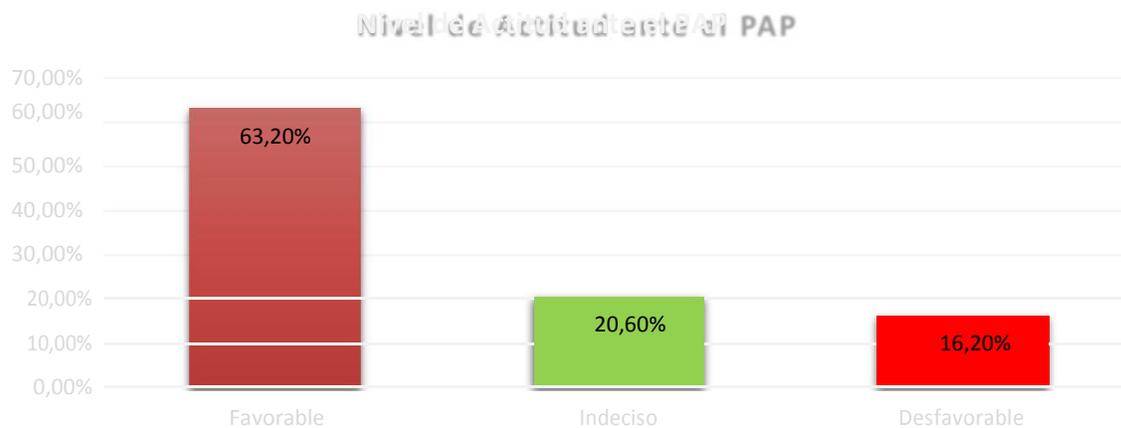
Nivel de Conocimientos sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 8

### Gráfico N° 16

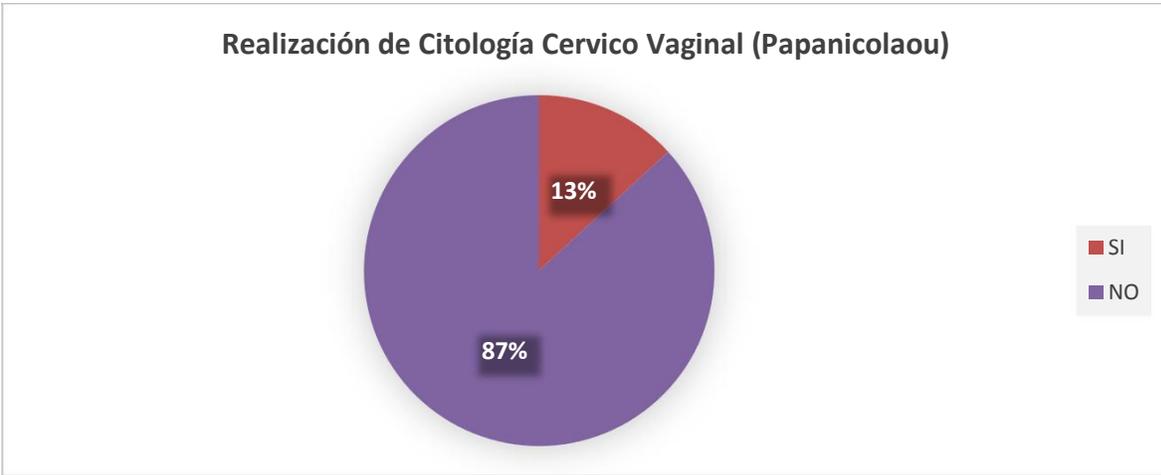
Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

### Gráfico N° 17

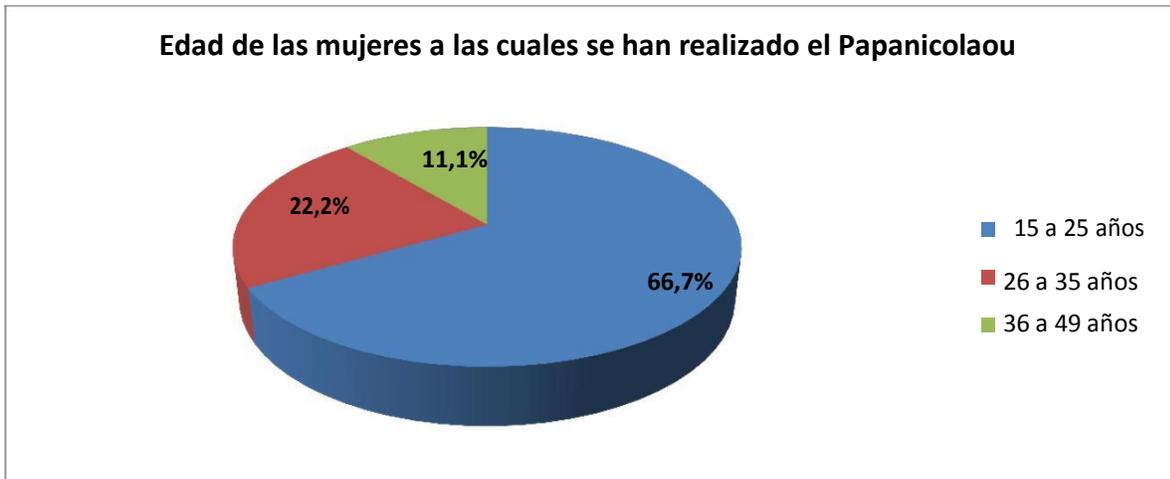
Realización de Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

### Gráfico N° 18

Edad de Realización de Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

### Gráfico N° 19

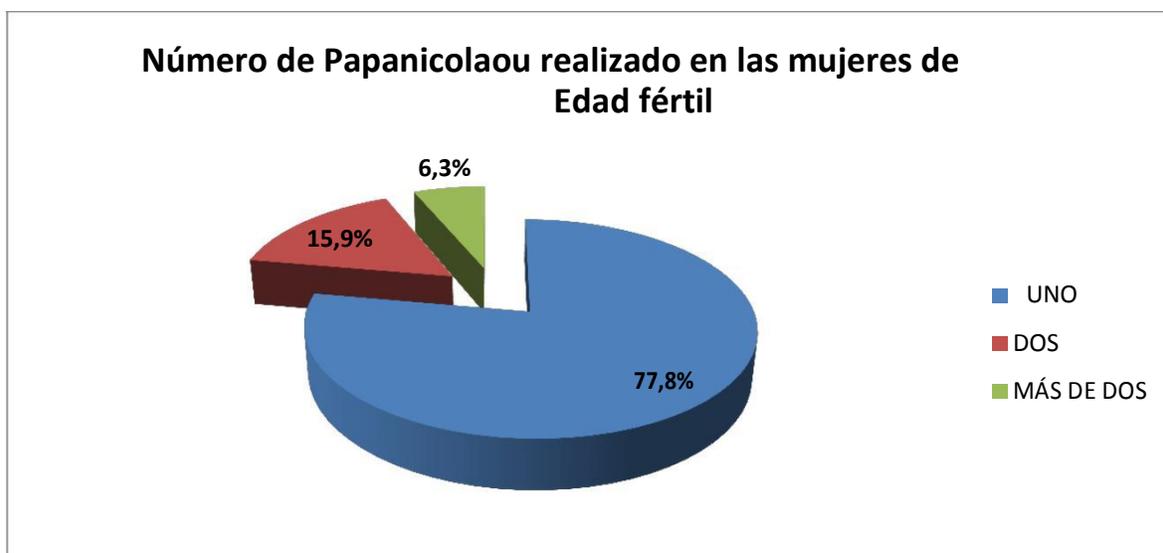
Obtención de los Resultados del Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

### Gráfico N° 20

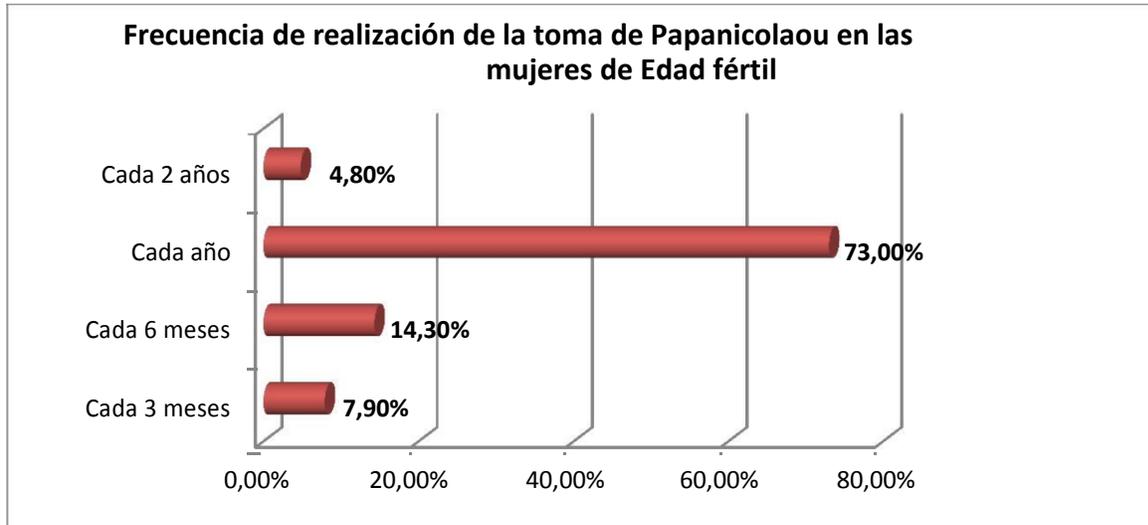
Número de Papanicolaou realizados a las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua, 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 14

### Gráfico N° 21

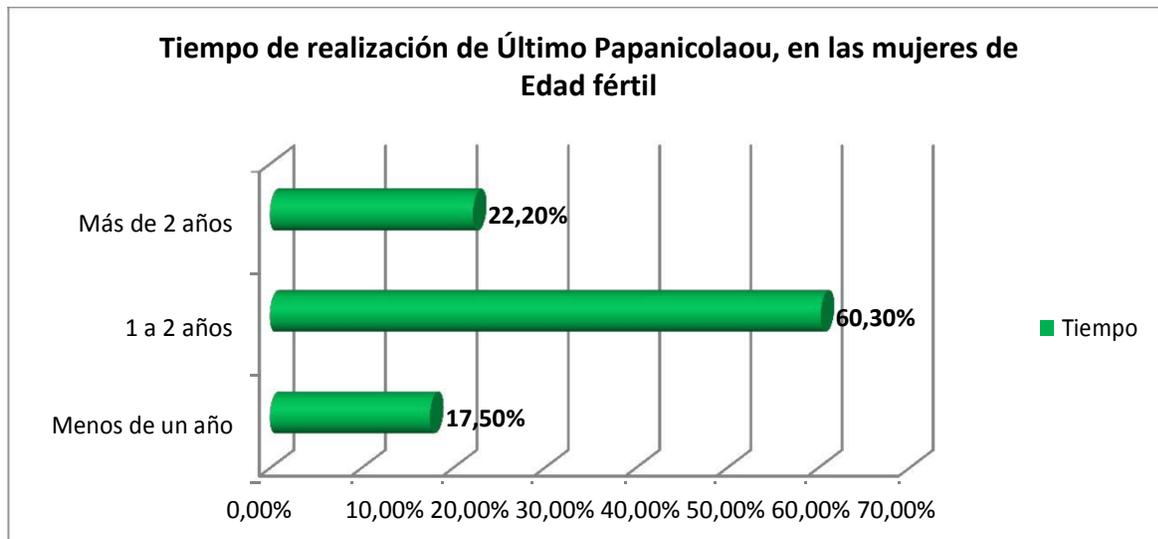
Frecuencia de Realización de Papanicolaou realizados a las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 15

### Gráfico N° 22

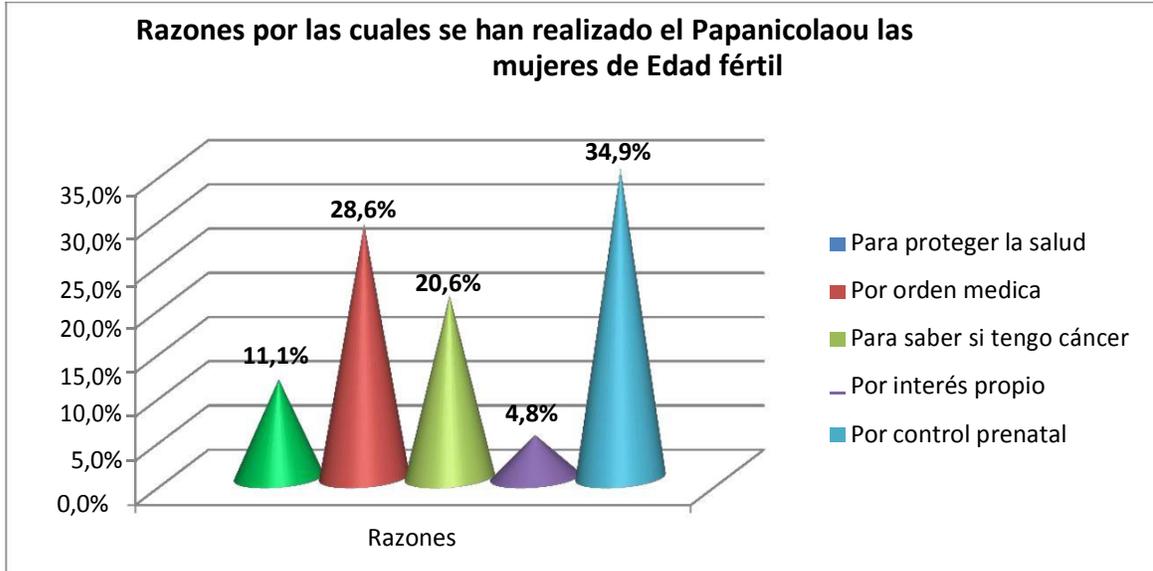
Tiempo de Realización del Último Papanicolaou realizado a las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 16

**Gráfico N° 23**

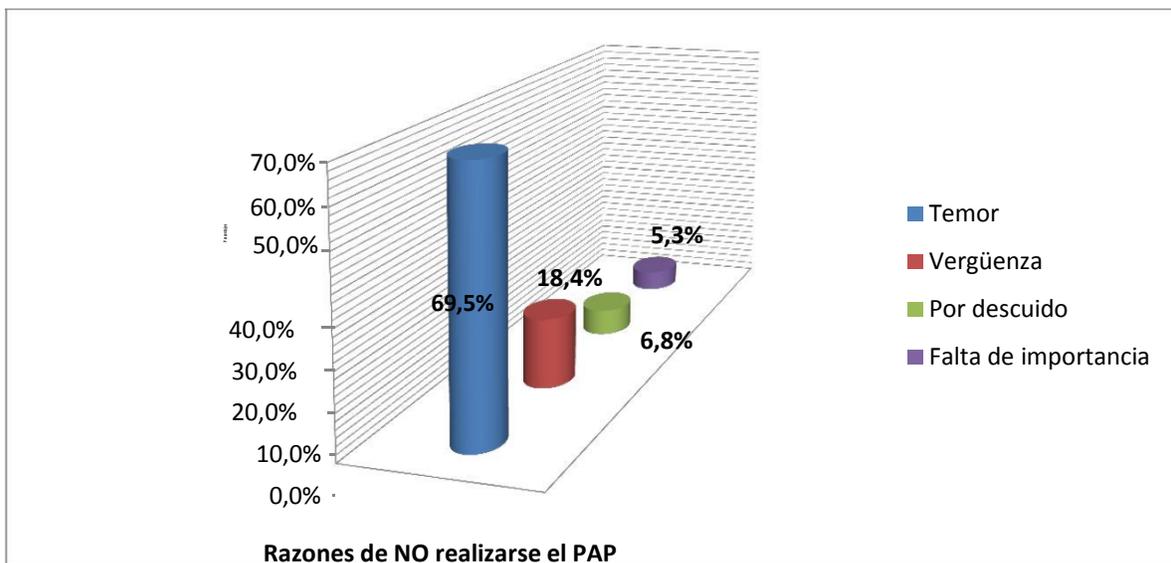
Razones para la Realización de Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 17

**Gráfico N° 24**

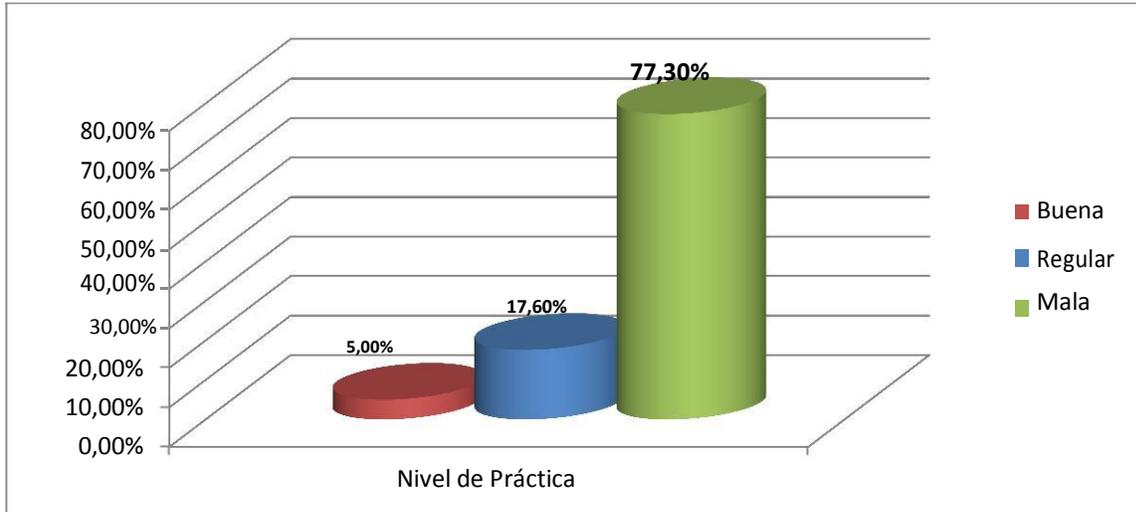
Razones para la NO Realización de Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 18

**Gráfico N° 25**

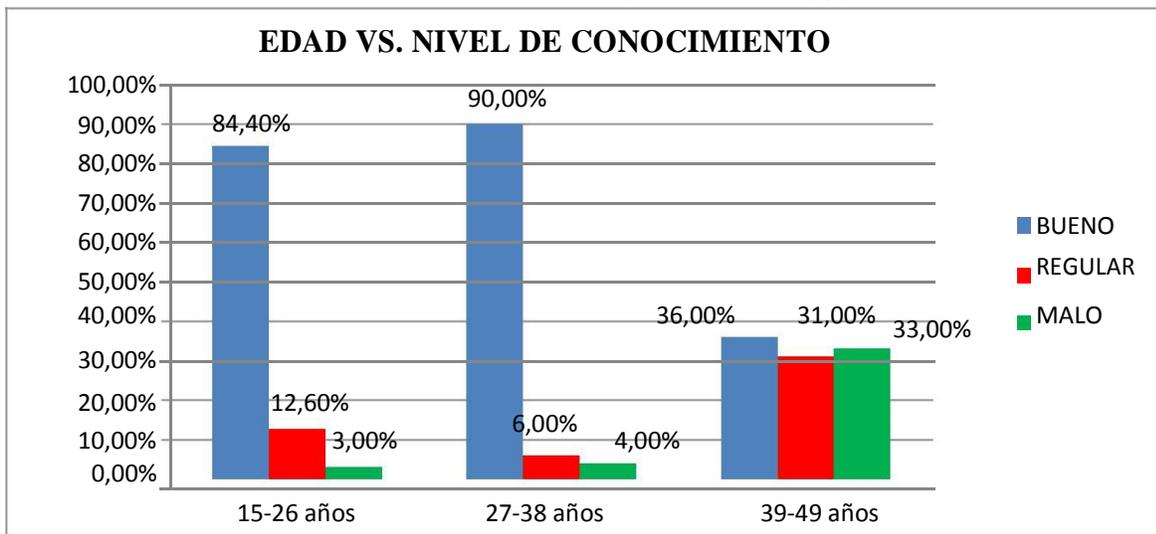
Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 19

**Gráfico N° 26**

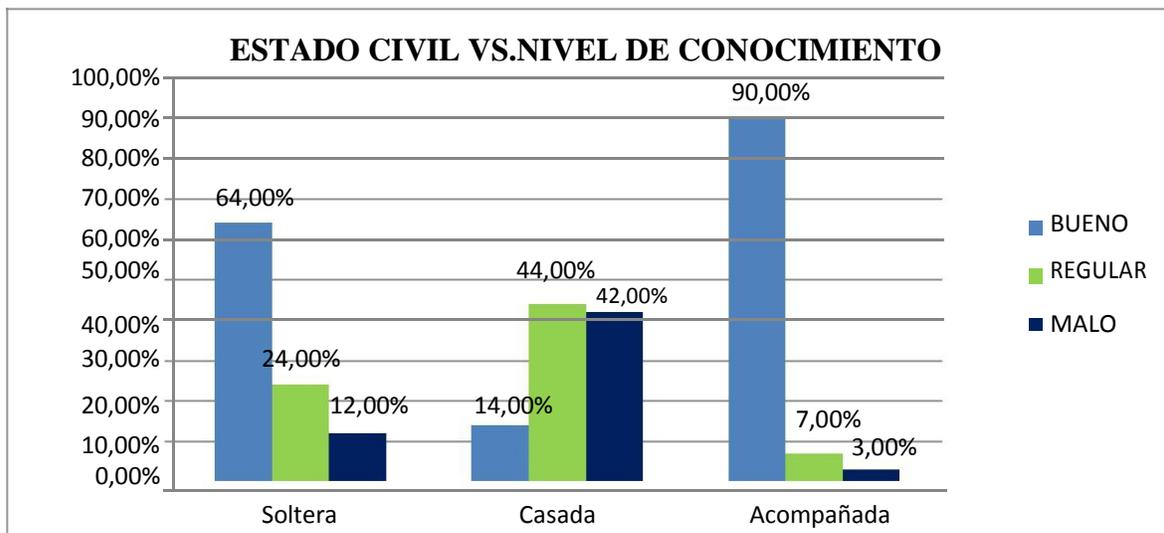
Edad vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

### Gráfico N° 27

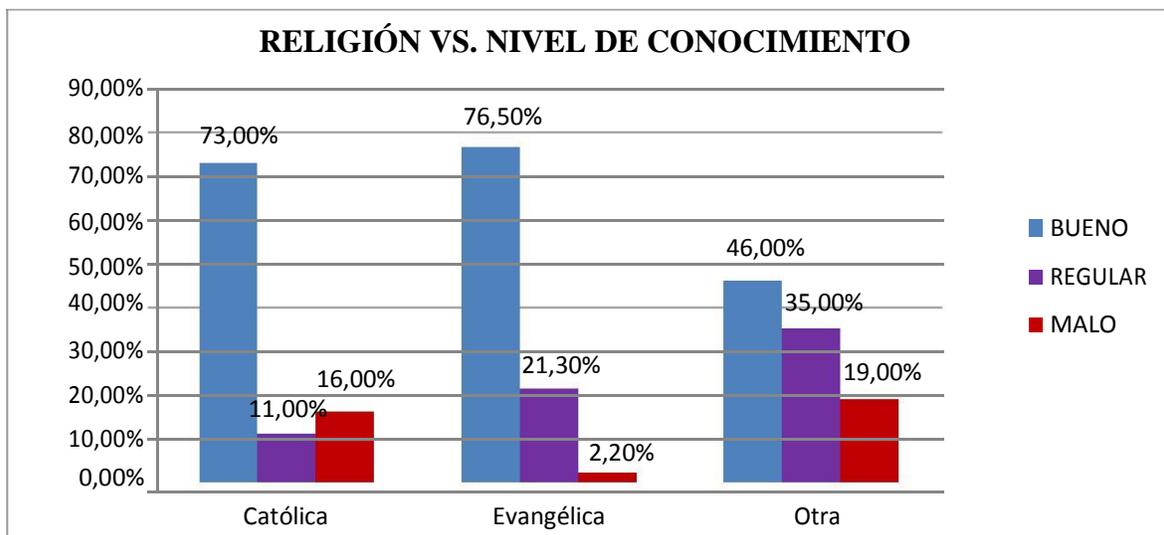
Estado Civil vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

### Gráfico N° 28

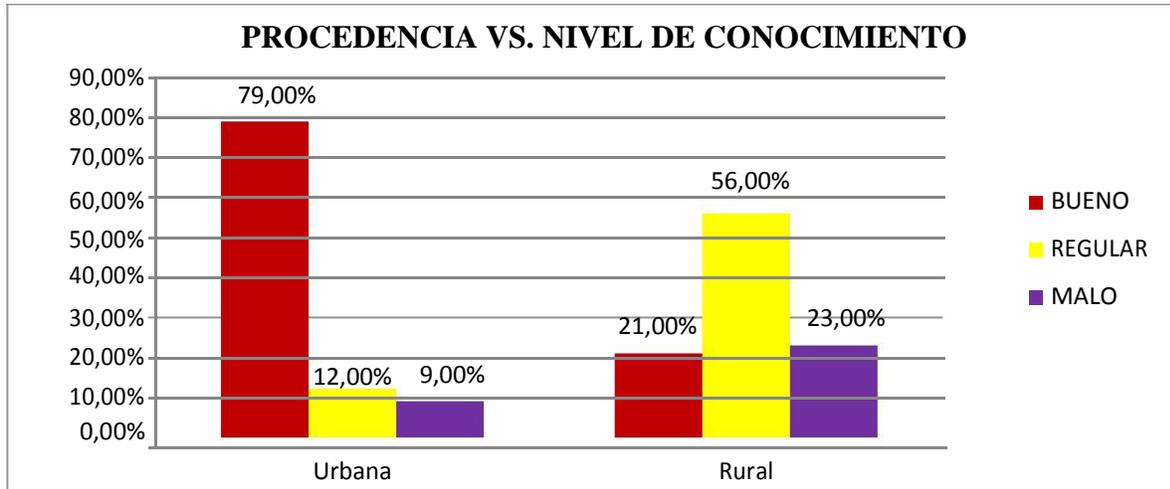
Religión vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

**Gráfico N° 29**

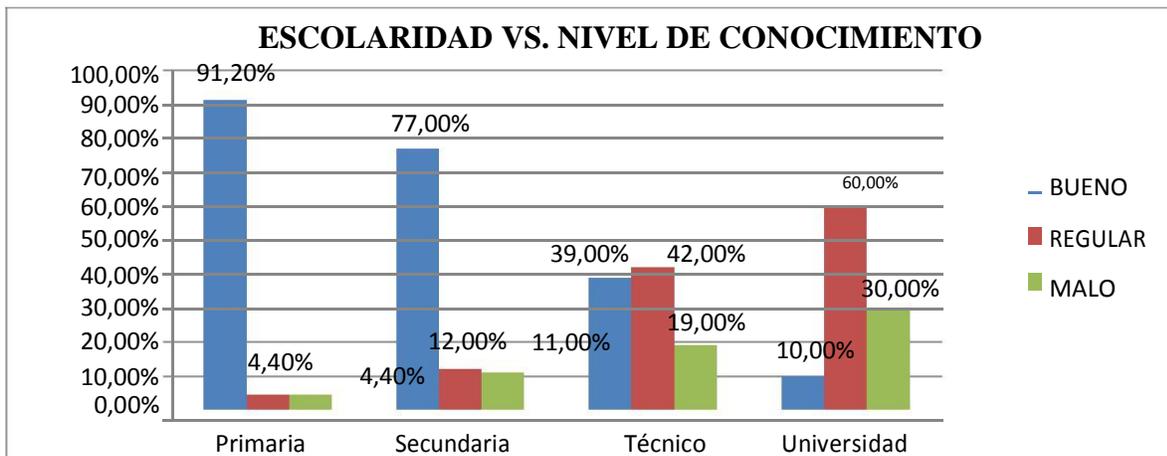
Procedencia vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

**Gráfico N° 30**

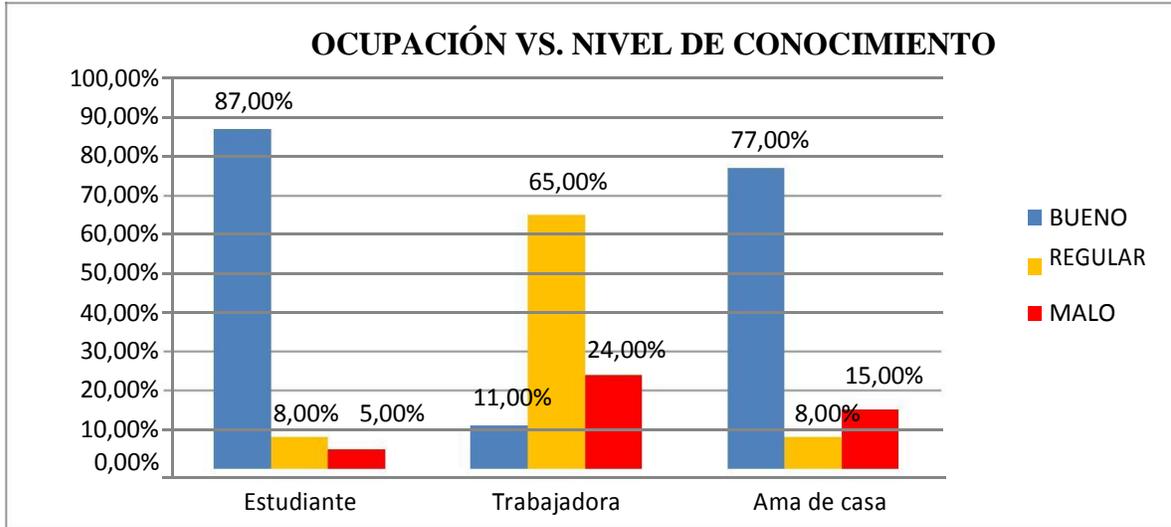
Escolaridad vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

**Gráfico N° 31**

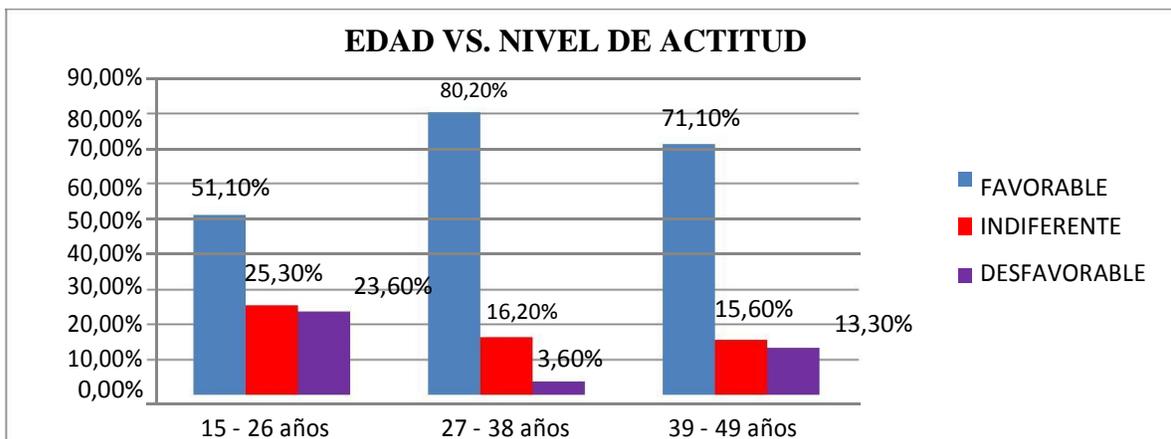
Ocupación vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 20

**Gráfico N° 32**

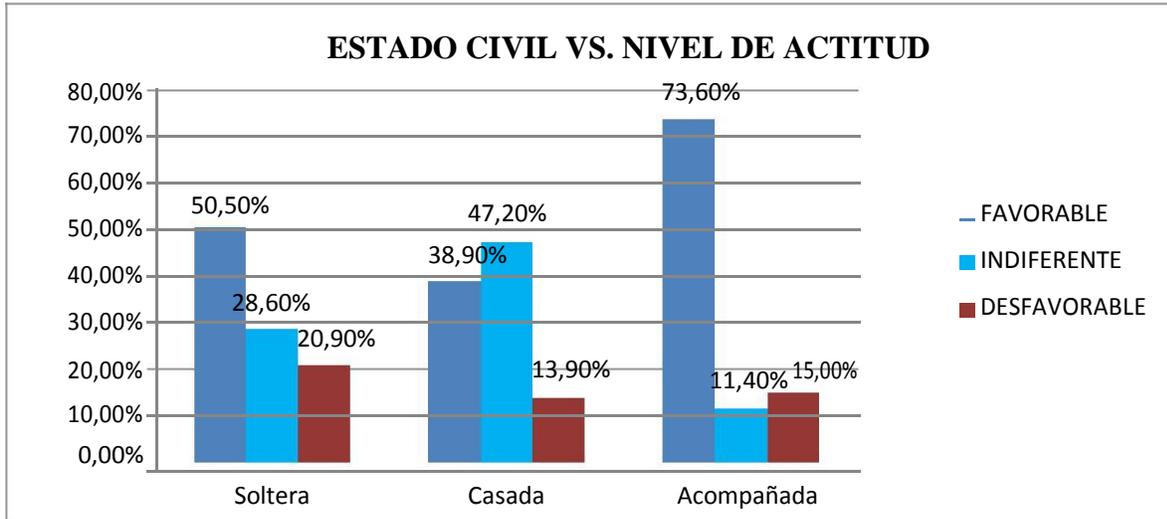
Edad vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

**Gráfico N° 33**

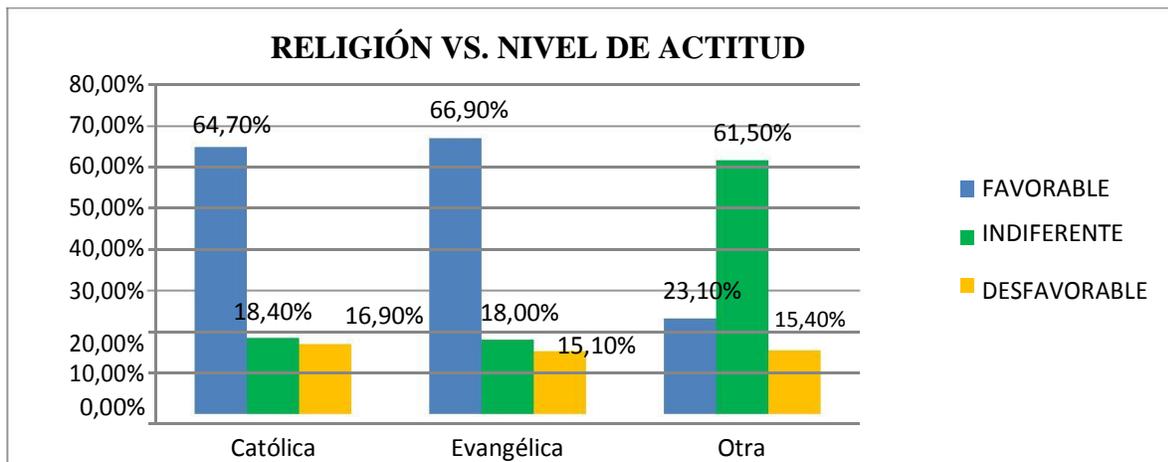
Estado Civil vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

**Gráfico N° 34**

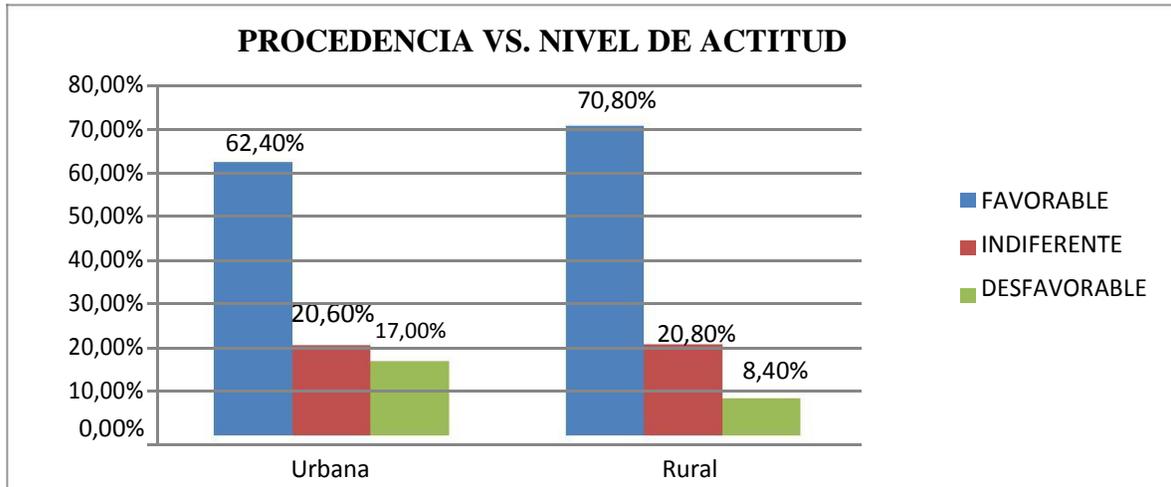
Estado Civil vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

### Gráfico N° 35

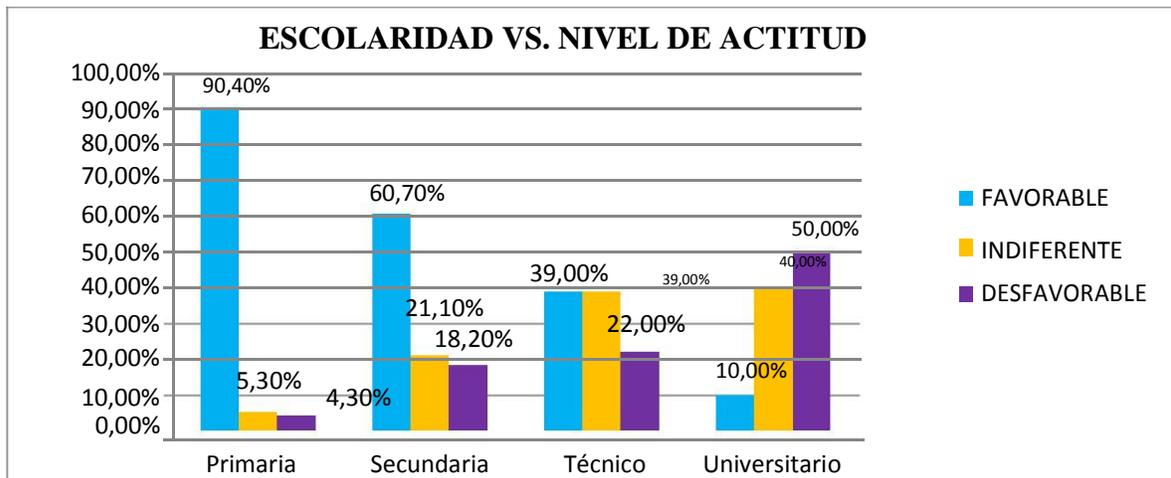
Procedencia vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

### Gráfico N° 36

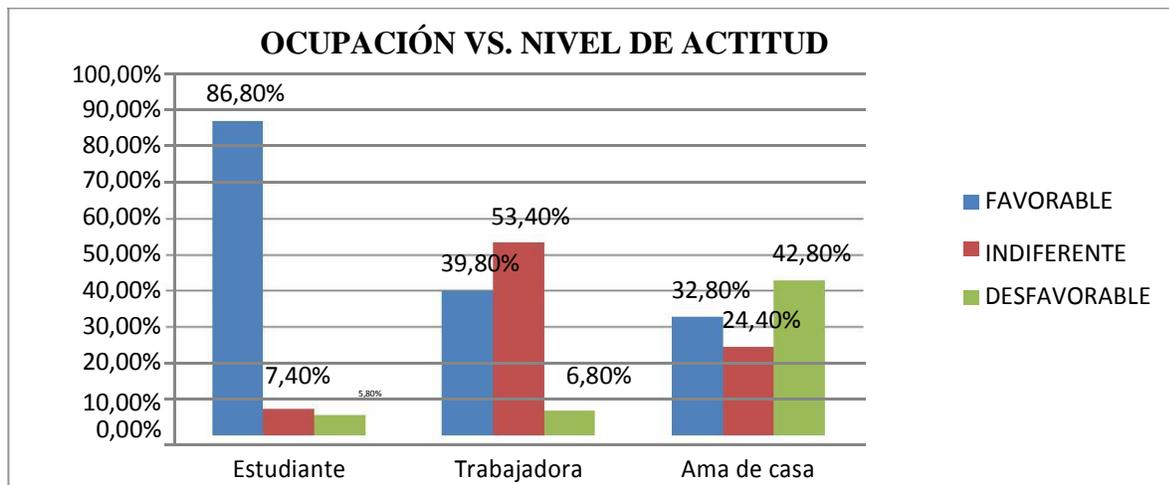
Escolaridad vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

**Gráfico N° 37**

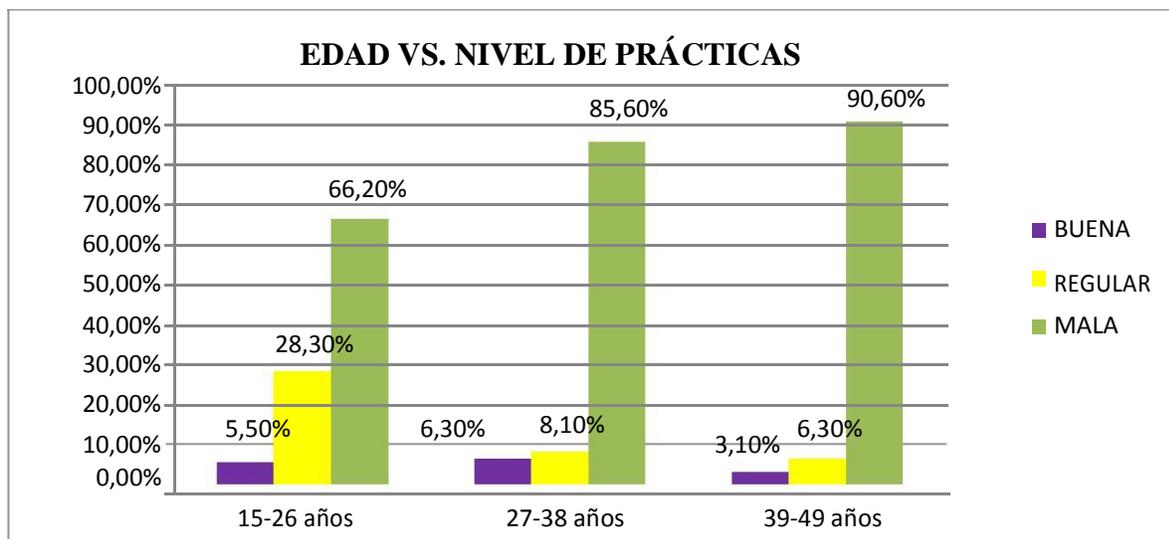
Ocupación vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 21

**Gráfico N° 38**

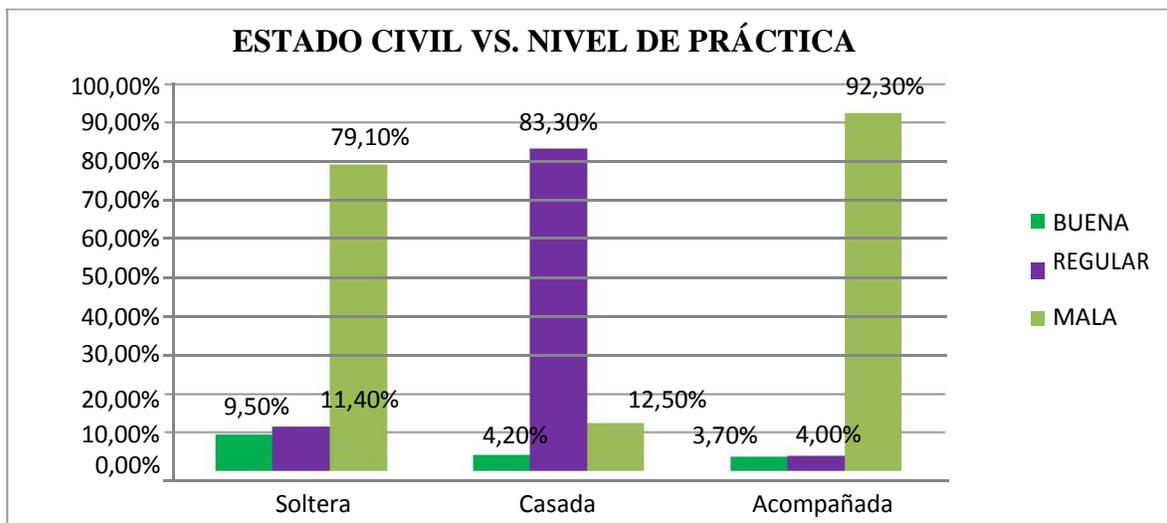
Edad vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

### Gráfico N° 39

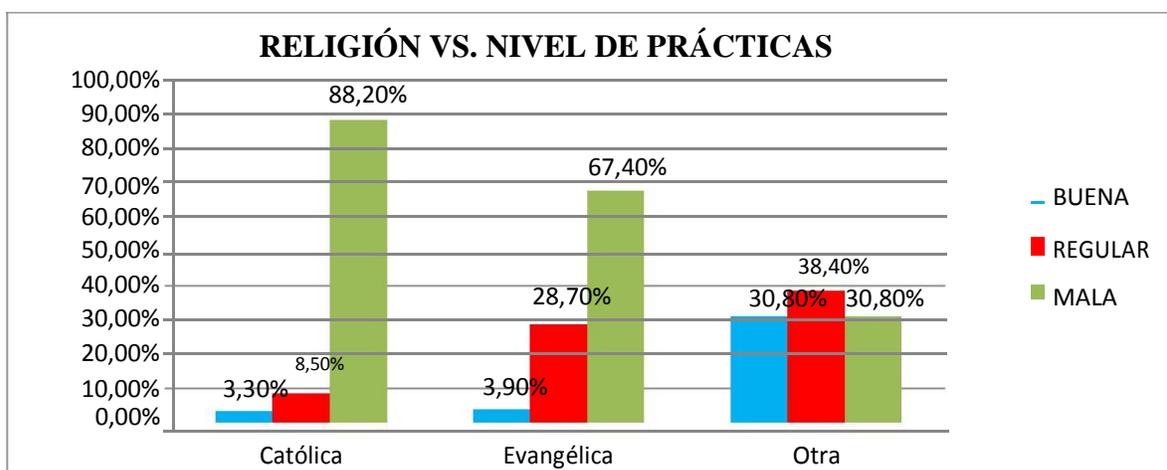
Estado Civil vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

### Gráfico N° 40

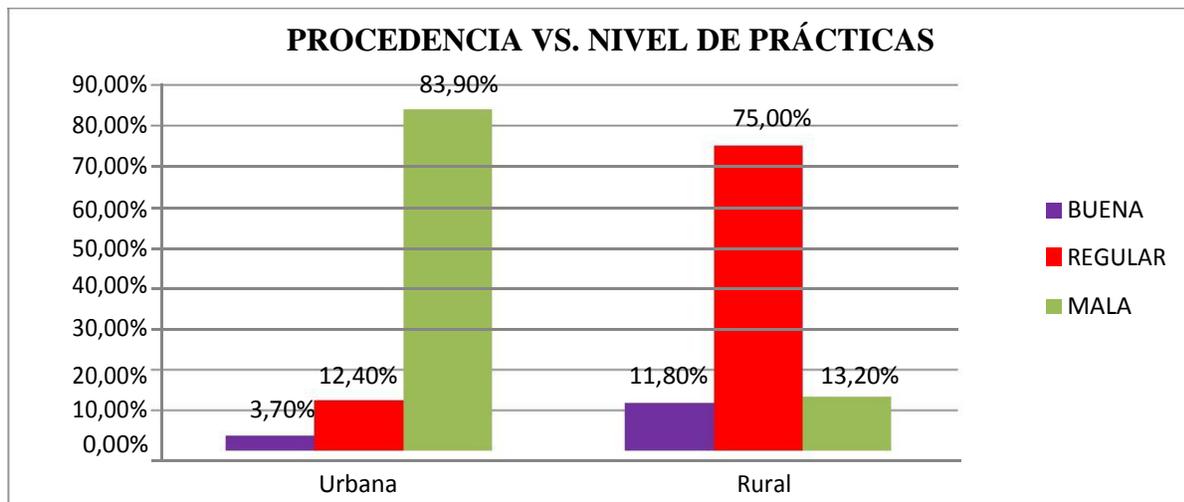
Religión vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

**Gráfico N° 41**

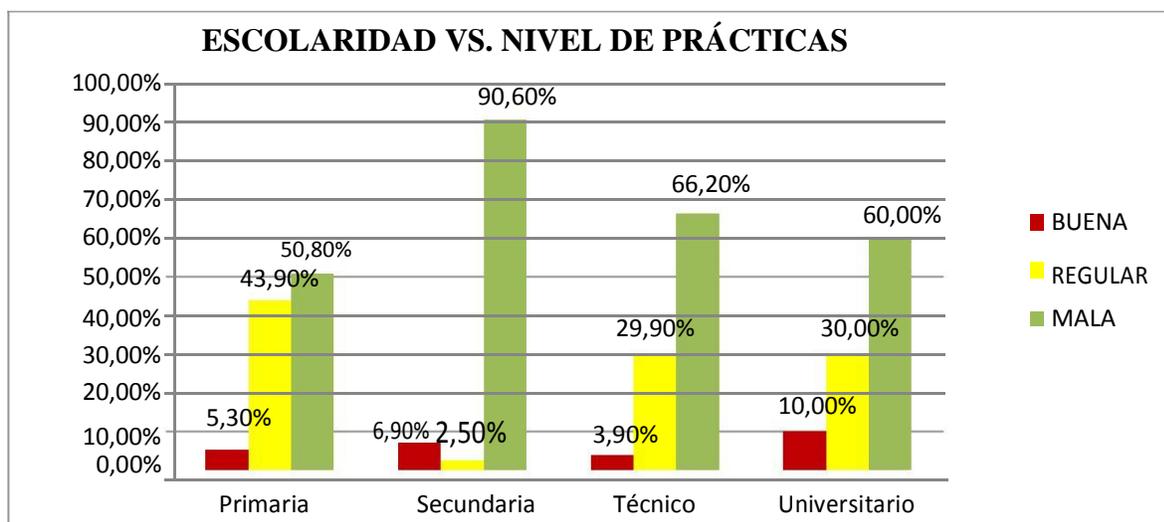
Procedencia vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

**Gráfico N° 42**

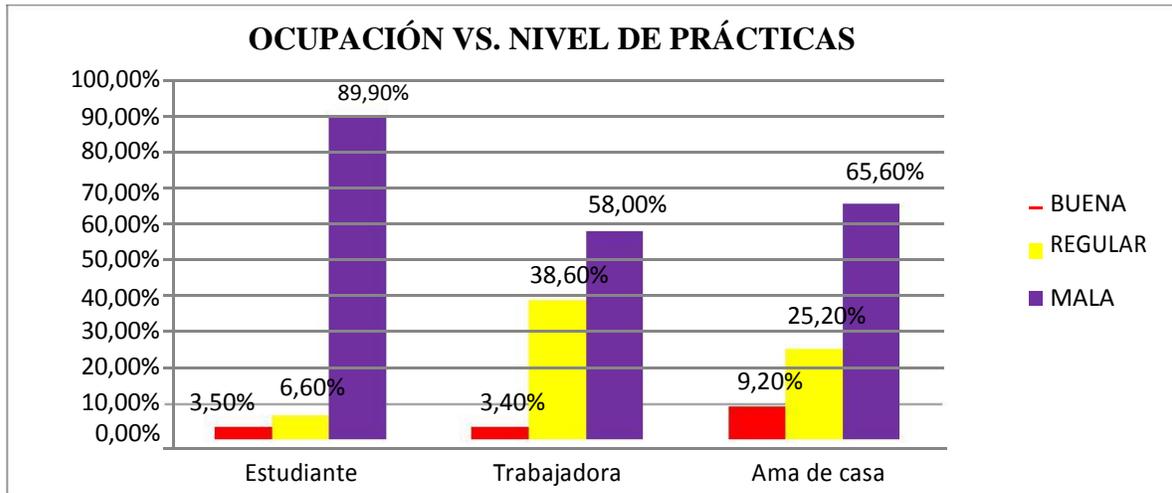
Escolaridad vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

**Gráfico N° 43**

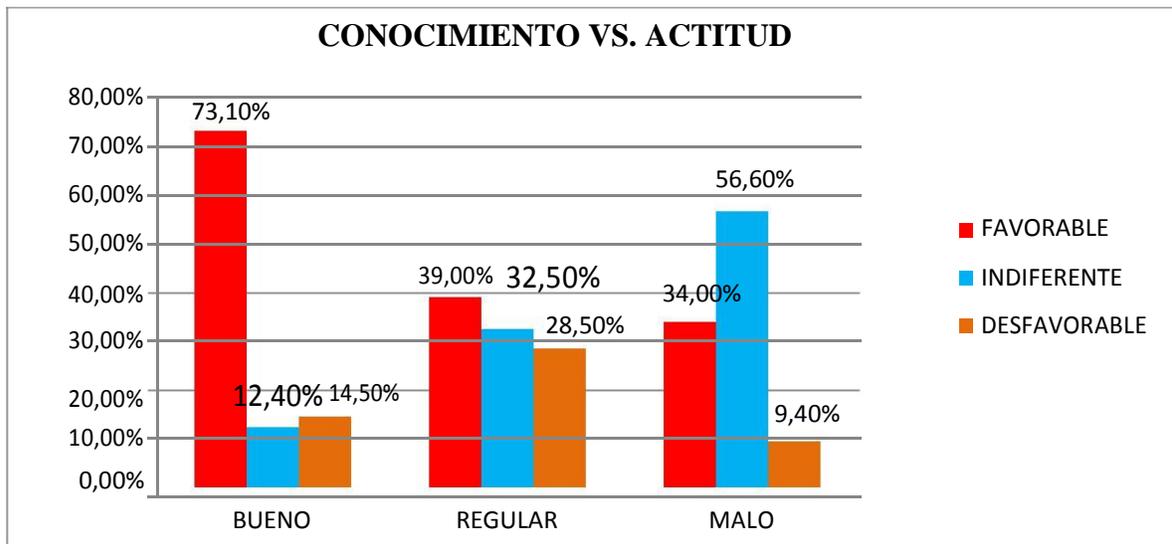
Ocupación vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 22

**Gráfico N° 44**

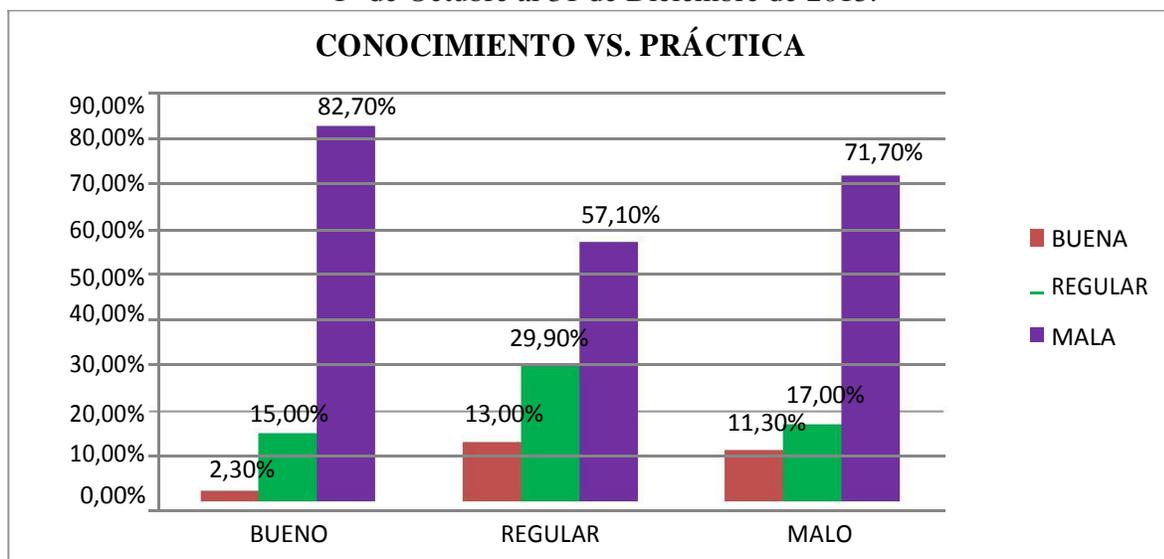
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 23

### Gráfico N° 45

Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago, del Departamento de Managua  
1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2015.



Fuente: Cuadro N° 24