

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



Trabajo Monográfico para optar al Título de Doctora en Medicina y Cirugía

INFORME FINAL

Conocimientos Actitudes y Prácticas acerca de la Toma de Papanicolaou en mujeres de
Edad fértil, con vida sexual activa, que asisten a Consulta Externa de Ginecología, del
Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua,
1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015

AUTORA: Bra. Margina Mercedes Somarriba Aráuz.

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

DEDICATORIA

A DIOS

Quien ha guiado mi camino y ha sido mi fortaleza en estos no tan fáciles años de formación, permitiéndome llegar hasta este peldaño.

A MIS SERES QUERIDOS

Quienes con su cariño y paciencia me han acompañado en mis estudios.

En especial dedico esta tesis a MI MADRE la cual con su inmenso amor y sacrificios me impulsa a seguir hasta la meta y a UN GRAN SER HUMANO que con su afecto y ejemplo me enseña a no detenerme.

Margina Mercedes Somarriva Aráuz.

AGRADECIMIENTO

A DIOS nuestro único creador por haberme dado la vida, salud, entendimiento y fortaleza para culminar mi tesis.

A mis padres y hermanos por su amor y apoyo inagotable.

A mi tutor, maestros y autoridades de la UNAN – MANAGUA por brindarme parte de su saber y ayuda para concluir mis estudios.

A todas aquellas personas que de alguna manera han aportado con la culminación de este trabajo.

Margina Mercedes Somarriva Aráng.

RESUMEN

El cáncer cervical (CaCu), es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. Se estiman 500.000 casos anuales en el mundo, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo

En Nicaragua representa la primera causa de morbilidad por cáncer ginecológico, que afecta a las mujeres Nicaragüenses, y se encuentra relacionado a Condiciones Socio Económicas de pobreza, condicionado por factores socio culturales que afectan directamente el manejo y seguimiento de esta patología de forma muy importante.

Esto provoca que en la atención primaria exista todavía una baja cobertura, con limitaciones en el diagnóstico precoz, que desarrolla una afectación en la calidad de la atención y seguimiento al grupo de pacientes afectadas, y cuyas condiciones son similares a los reportados en diversos países de América Latina.

Se debe 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.

Se realizó un estudio en una muestra de 330 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, para valorar los Conocimientos Actitudes y Prácticas acerca de la Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil, con vida sexual activa, que asisten a Consulta Externa de Ginecología, del Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015

.

De las 330 mujeres entrevistadas el 39.1% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 40.9% al grupo de edad de 27 a 38 años. Según el estado civil predominaron las mujeres acompañadas con un 40.9%, seguidas de las solteras con un 23.0%.

En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 23.9% profesaban la religión católica y un 57.0% la evangélica, 19.1% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 13.9% de los casos y procedencia urbana en el 86.1%. En la escolaridad encontramos que el 23.0% de los casos eran de un nivel primario, 53.9% cursaban la secundaria el 3.0%, tenían un nivel técnico y un 20.1% se encontraban en la universidad.

De manera general encontramos que el nivel de conocimiento fue bueno en el 66.4%, el nivel de actitud fue favorable en el 57.0% de las mujeres entrevistadas, pero el nivel de la práctica en relación a la prueba del Papanicolaou fue mala, con el 66.4% de los casos.

Los resultados obtenidos nos orientan a indicar la importancia de impulsar Medidas y Programas con intervenciones objetivas a fin de impulsar más el papel que se está desempeñando en materia preventiva para que las mujeres adopten actitudes y prácticas más responsables y seguras en relación al conocimiento sobre la toma de Papanicolaou y el Cáncer del Cérnix Uterino, manteniendo un constante monitoreo durante la toma de decisiones.

El personal de salud, con un 81.2%, así como las Unidades de Salud, con el 70.9%, juegan un rol importante ya que es en primera instancia en este sitio y con estos actores donde las mujeres destacaron como principal fuente de información acerca del tema de Papanicolaou.

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, las oportunidades de desarrollo económico que se ven reflejados desde el mismo núcleo familiar.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas acerca de la Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil, con vida sexual activa, que asisten a Consulta Externa de Ginecología, del Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre de 2015, realizado por la Bachiller Margina Mercedes Somarriba Aráuz, es un tema de mucha importancia en la población femenina de Nicaragua, orientado hacia una de las Patologías con un alto nivel de Morbi-Mortalidad en las mujeres de nuestro país.

Los procesos de educación sexual deficiente, desde los primeros años del desarrollo, crean un ambiente difícil para las mujeres, siendo base de las futuras limitaciones acerca de los niveles de conocimiento y prácticas sobre el Manejo del Papanicolaou.

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.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática fortalecerán una mayor conciencia para impulsar una vida más saludable, donde nuestras mujeres sean verdaderas impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por la Bachiller Somarriba Aráuz, 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.

Felicito a la Bachiller Somarriba Aráuz, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1 ANTECEDENTES	3
2 JUSTIFICACION.....	9
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	10
4 OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	11
4.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	11
5 MARCO TEÓRICO.....	12
5.1 ASPECTOS DE LA CALIDAD DE LOS MÉTODOS CITOLÓGICOS DEL TAMIZAJE.....	35
5.2 MATERIAL Y MÉTODO	37
Tipo de Estudio.....	37
Técnicas y procedimientos:	39
6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	43
6.1.1 RESULTADOS	49
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	59
7 CONCLUSIONES	67
8 RECOMENDACIONES	68
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	71

INTRODUCCIÓN

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

Según la Unión Internacional Contra el Cáncer, cada año se diagnostican en el mundo doce millones de personas y 7,6 millones mueren por esta enfermedad. Se calcula que en el 2030 habrá 26 millones de nuevos casos de cáncer y 17 millones de muertes, y el aumento será más rápido en los países en vías de desarrollo. (Figueroa Solano, 2011)

Se ha asociado principalmente por algunos tipos de virus del papiloma humano (HPV), considerado 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 Cérnix 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.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), en un informe del año 2015 en Nicaragua, las neoplasias malignas en los órganos genitales femeninos, el tumor maligno del cuello del útero es la primera causa más frecuente de muerte en las mujeres (78.68%). (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (O.P.S.), 2015)

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.

1 ANTECEDENTES

En el año 2008, en todo el mundo se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En América, durante el mismo año se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer. Para el año 2030 también en América y considerando un incremento anual del 1% se proyecta que se presentaran 6.4 millones de casos de cáncer de los cuales 3.1 millones morirán por esta razón.

Los países en vías de desarrollo presentan el cáncer cervical como uno de los problemas frecuentes más importantes en mujeres de edad adulta, Siendo a su vez el segundo cáncer más común entre mujeres a nivel mundial. (CHOW MAIRENA, 2005)

La incidencia del cáncer cervical a nivel mundial en el año 2002 llegó a 468 mil casos nuevos y 233 mil defunciones por dicho cáncer determinando que más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, por lo tanto las tasas de incidencia más alta ocurren en África, América del centro, Sur y Asia..

Los países en vías de desarrollo presentan el cáncer cervical como uno de los problemas frecuentes más importantes en mujeres de edad adulta, Siendo a su vez el segundo cáncer más común entre mujeres a nivel mundial.

Según la organización panamericana de la salud (OPS), la tasa de incidencia anual de cáncer cervicouterino, tiene de cada 100 casos por cada 100,000 mujeres en países como Brasil, Costa Rica, Jamaica, Perú y Panamá.

Para el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 mil personas en el Perú, 17 mil de estas personas tuvieron menos de 70 años. Siendo en este país el cáncer una de las principales causas de muertes, y proyectándose como la segunda causa de defunciones (22.9%) para el año 2030 la cual solo puede ser superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.

En el instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú, muestra que del año 2000-2004 la incidencia de casos de cáncer de cuello de útero ha variado poco de 1320 a 1380. (Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cancer de cuello uterino (examen de papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Analisis del periodo 1996-2008, 2016)

En Nicaragua el cáncer cervico uterino representa el 20% de muertes en mujeres con tendencia al incremento por una baja cobertura el cual abarca solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. De 1980 a 1984 según reportes del sistema nacional de estadísticas vitales (SINEVI) en Nicaragua se registraron 640 egresos hospitalarios con diagnóstico de lesiones pre malignas del cérvix. Según la estadística de salud de Nicaragua demuestra que el cáncer es la principal causa de muerte en nuestro país y en el caso del cáncer cervico uterino la RAAN encabeza con la mayor cantidad de casos seguido de Matagalpa y Jinotega.

En tanto en el pacifico de nuestro país el cáncer cervico uterino abarca el 20% de muertes en las mujeres con una tendencia al incremento por una baja cobertura del Papanicolaou, la cual alcanza el 10.7% de las mujeres en riesgo. Obteniendo como un grupo de riesgo a mujeres jóvenes entre edades de 20- 40 años con un 45% de mortalidad otorgada al cáncer cervico uterino.

En 1992, Omier, D y Taylor, E. en Corn island y laguna de perla realizaron un estudio sobre la relación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) con neoplasia cervical de 108 casos, el 79% presento enfermedades de transmisión sexual siendo las lesiones pre malignas con una prevalencia del 6.48% y el grupo de expuestos enfermos fue de las edades de 30-45 años multíparas y sin realización previa de Papanicolaou.

En 1996 Castillo y López estudiaron los factores asociados a neoplasia Intraepitelial, cervical en dos unidad de atención Primaria en granada, de 300 mujeres estudiadas se encontró que el 10% tenían las edades entre 15 y 19, de procedencia urbana en un 81% y de acuerdo a su estado civil el 50% era de unión estable, 50% nivel secundaria y el 58% inicio vida sexual activa entre los 15 y 19 años, mientras el 30% refirió 2 compañeros sexuales , el 18% reporto neoplasia Intraepitelial cervical y el 3% cáncer insitu, así mismo del total de

pacientes con neoplasia Intraepitelial el 2% estaba embarazada, 85% tenía antecedentes de ETS y el 96% tuvo tres o más embarazos. (Z, Factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical,, 1996)

En el periodo de julio a octubre del 2000 se realizó un estudio de conocimientos y actitudes sobre cáncer cervico uterino de las mujeres entre 15 y 49 años del barrio san mateo Bluefields por las bachilleras Marbelia Simmons y William Méndez, dando como resultado que las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años tenían un nivel de conocimiento medio de los síntomas y signos así como los factores de riesgo para el cáncer cervico uterino entre las mujeres de mayor nivel educacional existe un mayor nivel de conocimientos sobre el cáncer cervico uterino además de un mayor nivel de conocimiento sobre el factor de riesgo de los síntomas y signos de esta enfermedad.

Encontrándose además que existe un buen porcentaje en mujeres que se han realizado el Papanicolaou la mayoría lo realizaron por voluntad propia y otro importante porcentaje realizado únicamente por insistencia de enfermeras y médicos. Sobresaliendo en este estudio que la información más frecuente para el público son a través de charlas en las unidades de salud seguido de consultas de enfermería y personal médico y los factores por los cuales las mujeres no se realizan la citología es debido a que existe vergüenza entre las mujeres así como las creencias equivocadas que el examen solo lo realizan si se siente síntomas ginecológicos y de que las misma es dolorosa.

La directora del hospital Bertha calderón de Managua, Nicaragua Dra. Maribel Hernández indica que para el año 2009 se reportaron un total de 332 casos y que para los primeros siete meses del año 2010 se habían registrado un total de 363 casos lo cual indicaba que el comportamiento del cáncer cervico uterino se presentaba en aumento.

En el periodo de enero 2005-enero 2010 Marcela Urroz Madriz realizo un estudio sobre correlación citológica, colposcopia e histología de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del hospital Bertha Calderón Roque en el cual los resultados arrojaron que la población más afectada corresponde al grupo

comprendido entre 31 a 40 años, amas de casa, con baja escolaridad y de procedencia urbana. Así como también con inicio de vida sexual antes de los 20 años y con más de una pareja sexual, multíparas y con antecedentes de enfermedad de transmisión sexual incluyendo al virus de papiloma.

Un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas de riesgo acerca del cáncer cervicouterino en mujeres de la libertad chontales por Lorio Marina realizado en el año 2009 determino que el 40% entre 20 a 34 años de edad y en su mayoría amas de casa recibieron información por parte del personal que tiene conocimiento sobre el cáncer a pesar de tener un conocimiento bueno reflejaron una actitud negativa y en las prácticas de riesgo el 90% no se realizó el Papanicolaou con predominio de contextura con sobre peso.

A pesar del conocimiento de la población encuestada en estudio la mayoría tenía conocimiento buenos independiente del nivel de escolaridad seguido del regular y malo en su minoría y de las prácticas de riesgo sobresale la baja actitud favorable, por consiguiente la práctica de riesgo alta con actitud favorable. (Marina, 2009)

En el año 2003 Baltodano Rodríguez realizó un estudio descriptivo sobre conocimientos, actitudes, prácticas sobre la importancia del Papanicolaou en mujeres que acuden al centro de salud Carolina Osejo en el municipio de Villa Nueva Chinandega, en el cual se encontraron los siguientes resultados: en relación a las características socio demográficas el 34.1% se encontraba en las edades entre 20 a 29 años, 55% se hallaban acompañadas, con escolaridad primaria 58.3%; el 81.6% eran amas de casa, con religión católica 45% y procedencia rural 65%.

En cuanto a los antecedentes GinecoObstétricos predominaron las mujeres multigestas, las cuales en un 53.3% habían tenido más de 4 hijos, a su vez predominaron las que no habían tenido abortos y legrados con 80 y 81.6% respectivamente.

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

candidiasis vaginal con un 30%. En cuanto al nivel de conocimiento 34.1% tenía un conocimiento bueno, otro 34.1% tenía un conocimiento regular, un 31.6% el conocimiento era malo; un 62.1% tenía practicas correctas y un 96.6% actitudes adecuadas sobre Papanicolaou. (Tenorio, 2010)

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

La mitad de las adolescentes han utilizado algún método anticonceptivo, solo un 48% de las adolescentes se habían realizado al menos un Papanicolaou al momento del estudio y el 53.3% no, por lo que se concluye con un nivel malo en cuanto a las prácticas. El 78% habían escuchado hablar del Pap, 50.5% de las adolescentes han obtenidos la información del personal de salud y el lugar donde la han adquirido en su mayoría (56.3%) en un centro de salud. El 62.1% sabe la utilidad del Pap y solamente 52.8% de las mujeres que se practicaron el examen reclamaron los resultados. (Tenorio, 2010)

En el año 2006, Soza Noel realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del hospital en donde se obtuvo los siguientes resultados: La mayoría de las pacientes (58%) no se habían realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, solo el 42% de ellas se lo habían hecho.

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

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

Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar. (Rodríguez, 2006)

Para el periodo de junio a diciembre del año 2010 Irina Tenorio realizó un estudio acerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio determinando que en general el nivel de conocimiento es bueno, conocen la utilidad de la prueba, reconocen la importancia de la consejería previa a la toma de la muestra, conocen sobre las condiciones que deben tener para realizarse la prueba de Papanicolaou, saben que toda mujer que inicio vida sexual activa debe realizarse la prueba de Papanicolaou. La mayoría de las mujeres en el estudio presentaron un nivel de actitud adecuado.

En referencia a los factores asociados a la negación de la prueba del Pap encontró con mayor frecuencia: el miedo a la prueba, la vergüenza, el descuido, no se lo realizan con personal de sexo masculino. La mayoría de las mujeres recogen los resultados y los conocen. En su mayoría las prácticas se clasificaron de riesgo intermedio.

Así mismo se encontró que las mujeres han obtenido información sobre el Papanicolaou por un médico, por un familiar o por una enfermera. (Morales, 2010)

2 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 Villa Libertad, 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.

3 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.

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 acerca de la Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil, con vida sexual activa, que asisten a Consulta Externa de Ginecología, del Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas acerca de la Toma de Papanicolaou en mujeres de Edad fértil, con vida sexual activa, que asisten a Consulta Externa de Ginecología, del Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015

4.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

5 MARCO TEÓRICO

Aspectos generales acerca de los estudios que utilizan metodología de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)

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

Para la real academia de la Lengua Española define el término conocimiento como Noción, ciencia, sabiduría Entendimiento, inteligencia, razón natural.

Aunque el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, si es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una situación. El tipo de conocimiento es el que estimula el autoanálisis y es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas. (Ausubel, 1983, págs. 187-190,318-325)

La actitud se refiere a una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada Las actitudes son adquiridas y no heredadas por tanto su desarrollo implica socialización y habito. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, entre otros.

El nivel socioeconómico, educacional, ocupacional y la edad tiene influencias sobre las actitudes y las creencias, Las actitudes pueden entonces ser confundidas fácilmente con los hábitos y motivos. La diferencia fundamental es que aquellas, además de ser una disposición de conducta, incluyen también el conocimiento y la visión del mundo de una persona. (Valdespino, 1992)

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

El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo. (Morales, 2010)

Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.

Prácticas: La Real Academia de la Lengua Española define el término prácticas como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida.

La encuesta CAP investigan el proceso por medio del cual el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) se transforman en comportamientos o estilos de vida en una población; y como esta misma tiene conductas individuales y colectivas en razón de prácticas de auto-cuidado y las que impiden a otras realizarlo no. Se basa en un cuestionario de preguntas cerradas y/o abiertas, aplicado a una muestra representativa de la población estudiada.

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud.

Riesgo en términos generales es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud.

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

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

a) Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal.

b) Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.

c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable.

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

Los factores de riesgo pueden ser:

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

CUELLO UTERINO

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

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

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

En el cuello uterino, el área donde colindan los epitelios pavimentoso y cilíndricos se denomina unión escamo-columnar original. Históricamente consiste en una unión neta bien definida. La metaplasia es un fenómeno habitual, sobre todo en ciertas épocas de la vida y bajo determinadas circunstancias; esencialmente es un cambio fisiológico, normal y dinámico que se origina fundamentalmente en el orificio externo del cuello.

CÁNCER CERVICO UTERINO

El cáncer cervico uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos; que se presentan en el cuello de la matriz obedeciendo a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto) denominada neoplasia cervical Intraepitelial (CIN) los cuales empiezan con displasia leve, llamada CIN I o condiloma plano, lesiones

que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio.

En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogenicidad de la cromatina. En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogenicidad de la cromatina. El CIN III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración.

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

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

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

La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como

causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix.

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

Factores dependientes del virus:

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

Factores ambientales:

Anticoncepción hormonal oral. Cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.

Estrato socioeconómico. Las condiciones sociales y económicas en la población de estrato 1 y 2 denotan el bajo acceso a los planteles educativos, fuerza laboral informal, la prestación de servicios de salud por parte del régimen subsidiado; por qué su mayoría sólo cuentan las precarias condiciones de vivienda y nutrición.

El virus VPH. Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia bulbar Intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras.

La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. – Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más común en la mujer y del total de muertes por este cáncer en el año 2002, el 85 % ocurrieron en países en vías de desarrollo. En Colombia, para el año 2002 se estimaron 6 815 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y se registraron 2 045 muertes por esta causa con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 10,8 por 100 000 mujeres, lo que la sitúa como la primera causa de muerte por cáncer y además la primera causa relacionada con la salud sexual y reproductiva.

Hasta fines de la década del 60, el grupo etario de mayor prevalencia se encontraba entre los 50 y 65 años, donde los factores de riesgo estaban solamente vinculados a los de orden socioeconómico y a la multiparidad propia observada en las zonas rurales.³² Otros factores asociados son el consumo de tabaco y uso prolongado, por más de 12 años, de anticoncepción oral; en relación a las condiciones socioeconómicas que predominan en las mujeres que presentan la enfermedad son: bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso económico y baja cobertura de servicios de salud, en especial, los destinados a la mujer. Posteriormente, otro factor, de tipo infeccioso y epidemiológico, modificó el rango a edades más bajas, puesto que, el virus Papiloma Humano, surgió como un posible agente causal, vinculado al inicio temprano de las relaciones sexuales y a pareja inestable.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se ha identificado como un factor causal, en especial los serotipos 16 y 18, que han sido calificados como carcinógenos. Esta infección de transmisión sexual, que está asociada a alguno de los factores mencionados, se encuentra presente en el 99,7% de los casos de la enfermedad.

Sin embargo, sólo el 5% de las mujeres infectadas por este virus desarrollan la neoplasia.³⁵ secundaria de este tipo de cáncer.

Los datos de mortalidad de la OPS (1996- 2001) indican una mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades (TMEE); si bien las tasas de mortalidad en algunos países parecen menores, ningún país en particular muestra una tasa tan baja como la de Canadá, donde, en el año 2000, se registró una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades de 1,17 defunciones por cada 100.000 mujeres.

El doctor George N. Papanicolaou (1883-1962)

George Papanicolaou nació en 1883 en la isla griega de Eubea, en el seno de una familia acomodada. Su padre era un reconocido médico y su madre contaba con una amplia cultura literaria y musical.

Tenía dos hermanas y un hermano mayor. A sus cuatro años, su familia se trasladó a Atenas. Era un muchacho muy hábil que disfrutaba caminando en las montañas, junto al mar o paseando en un bote.



Papanicolaou ingresó en 1898 a la Universidad de Atenas para estudiar Humanidades y Música. Luego estudió Medicina y se graduó en 1904 a la edad de 21 años con las más altas calificaciones. Recién graduado se enroló al Ejército, donde fue cirujano asistente hasta 1906. Empezó a trabajar con su padre, pero su deseo por hacer investigación científica fue más grande y eso lo llevó a Alemania. Allí estuvo un semestre en Jena y otro en Friburgo, pero recién se sintió cómodo cuando llegó al Instituto de Zoología de la Universidad de Múnich, que era el más reconocido del mundo. Allí obtuvo un doctorado por sus trabajos sobre diferenciación sexual.

Luego retornó a Grecia, donde conoció a Mary Mavroyen, con quien se casó. Ella fue su compañera de vida y le brindó un gran apoyo en su trabajo.

En 1913, él y Mary viajaron a los Estados Unidos. Al inicio –imposibilitado de trabajar como médico– se empleó como vendedor en unos almacenes. Renunció pronto, cuando se sintió avergonzado de atender a una dama con quien habían compartido el viaje desde Europa en primera clase. Luego trabajó de archivero en un periódico y como violinista en un restaurante. Pero no pasó mucho tiempo hasta que obtuvo trabajo en la Universidad de Columbia en el laboratorio de patología.

En 1914, llegó a la Escuela de Medicina de Cornell como Asistente de Anatomía y su esposa también recibió trabajo como su técnica. Allí pudo continuar sus estudios sobre la diferenciación sexual. Pidió algunos cobayos para realizar sus experimentos sobre el rol de los cromosomas en los óvulos. Esto requería sacrificar a muchas hembras para determinar la ovulación, por lo que empezó a estudiar las variaciones de los flujos vaginales y sus patrones citológicos.

De esa manera pudo sacrificar menos animales al determinar la fecha de ovulación para obtener los óvulos maduros que requerían sus investigaciones. Ese fue el tema de una de sus primeras publicaciones, en 1917: La existencia del ciclo de ovulación en los conejillos de indias y sus cambios histológicos y fisiológicos. Como era costumbre, se había puesto como primer autor Dr. Stockard, Director del Departamento.

Desde 1920 trabajó con el flujo vaginal humano que obtenía de pacientes de los hospitales de Cornell y de la ciudad de Nueva York. En 1923 logró aislar células cancerosas y fue sistematizando los aspectos técnicos de sus investigaciones

En 1928 presentó sus hallazgos con el título de Nuevo diagnóstico de cáncer formulando que se podía diagnosticar antes de palpar algo anormal. Esto no recibió mayor atención pues los patólogos más eminentes consideraban que era una técnica superflua, ya que ellos podían hacer el diagnóstico con una biopsia del cuello uterino.

Papanicolaou siguió en estudios endocrinológicos hasta que en 1939 recibió el apoyo del nuevo jefe del servicio para continuar con los estudios citológicos para detección de células malignas.

Se formó un equipo integrado por su esposa, ginecólogos y patólogos. En el Hospital de Nueva York se sometió a todas las mujeres del servicio de ginecología a una citología exfoliativa. Era una prueba sencilla y no dolorosa, en la que con un pequeño cepillo redondeado se tomaban células del interior del cuello uterino y se procedía después al estudio citológico. Los resultados fueron categóricos, ya que con esta técnica se podía diagnosticar un buen número de casos de cáncer uterino asintomático y no visible al ojo, lo que antes solo podía demostrarse por biopsia.

En agosto de 1941 se publicaron los resultados en el American Journal of Obstetrics and Gynecology con el título de “Valor diagnóstico del frotis vaginal en carcinoma del útero”, indicándose que era un método sencillo, económico y efectivo. Papanicolaou no recomendó en un inicio el uso masivo de este método porque creía que caería en desprestigio si no había el adecuado entrenamiento de personas que pudieran interpretar el extendido citológico.

En 1947, en la Universidad de Cornell se realizó el primer curso de citología exfoliativa. Su laboratorio se convirtió en centro de referencia para el mundo. Él siguió sus investigaciones; perfeccionó el método citológico y entrenó a otros en cursos que duraban desde algunas semanas hasta seis meses. Fue bien asistido por su leal tecnóloga Charlotte Street, BS, a quien se reconoce como la primera cito tecnóloga profesional (ya que su esposa trabajaba ad honórem).

En 1954 publicó el Atlas de citología exfoliativa en el que presentó ampliamente su experiencia. Continuó trabajando en Cornell hasta 1961 en que aceptó dirigir el nuevo Instituto de Investigación de Cáncer de Miami. Esto le permitió plasmar otro sueño de su vida: crear un centro de investigación y de docencia. Sin embargo, poco pudo hacer porque falleció de un infarto al miocardio en febrero de 1962. Como homenaje póstumo el nombre del centro en Miami le fue dedicado como Papanicolaou Research Institute.

Queda como curiosidad que el comité del Premio Nobel no llegó a aceptar su nominación porque en abril de 1929, meses antes de su primera presentación se publicó en La Presse Médicale un trabajo realizado en Rumania por el Dr. Aurel Babes sobre citología vaginal, desconocido por Papanicolaou. Babes utilizó distintas técnicas de examen, de preparación y de coloración a las de Papanicolaou, pero que eran para el diagnóstico precoz del cáncer cervical. Él ya había comunicado sus resultados a la Sociedad de Ginecología de Bucarest en 1927. Por ello en Rumanía se habla de “test de Babes-Papanicolaou”. (villanueva-Meyer)

PREVENCIÒN DEL CÀNCER CERVICOUTERINO

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria.

Prevención primaria. La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH

Como el VPH es un virus que se transmite por sexual, la manera prevenir la infección sería la abstinencia absoluta, que es totalmente irrealista. Se pueden reducir las probabilidades de adquirir la infección con la práctica de la monogamia, pero ésta debería ser mutua; la circuncisión y el uso de preservativo sólo confieren un cierto grado de protección. Las vacunas profilácticas representan el método ideal para prevenir la infección por VPH.

Prevención secundaria. La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anormalidades. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical.

La constatación de que se trata, en su mayor parte, de una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es el VPH, plantea la necesidad de revisar el abordaje de prevención primaria.

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada.

Por ejemplo, en Finlandia, un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino nacional, puesto en marcha en 1963, permitió reducir la tasa de cáncer cervicouterino a 5,5 casos por

100.000 mujeres, uno de los valores más bajos del mundo. En cambio, en los países en desarrollo, donde se produce el 80% de todos los casos nuevos, se ha estimado que sólo el 5% de mujeres se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años.

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

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

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

En la región de las Américas se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cervico-uterino de los cuales 83.9 % y 81.2% corresponderían a América Latina y el Caribe. El cáncer cervico-uterino produce altas tasas de mortalidad en la población femenina, sin embargo es una patología que se puede prevenir y curar a través de la detección oportuna con la prueba de la citología cervical, cuando se cuenta con los métodos de tamizaje en las mujeres asintomáticas; sin embargo los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco éxito.

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

En Cuba existe un programa de tamizaje desde 1968, observándose en los registros estadísticas incrementos en la incidencia y mortalidad, especialmente entre mujeres jóvenes. Midiendo la carga de morbilidad en años de vidas ajustados en función de la discapacidad (AVAD), tomando en cuenta que un AVAD es igual a la pérdida de un año de vida saludable;

los cálculos recientes hechos por la OMS sugieren que en las Américas, el cáncer cervico-uterino causa 471,000 AVAD al año.

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

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

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

El cáncer cervico-uterino ocasiona una mayor proporción de muertes por cáncer en la mujer en América Latina y el Caribe que en América del Norte. Si se consideran las defunciones por todas las neoplasias (excluyendo las de piel) en mujeres en las Américas, la mortalidad proporcional por cáncer cervico-uterino varía desde menos de 2,5 por ciento en América del norte hasta 49,2 por ciento en Haití.

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

Las variaciones entre la incidencia y la mortalidad pueden relacionarse con las diferencias en el acceso a los servicios y la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas

pueden ser la ubicación geográfica, la situación socio económica, así como aspectos culturales y psicosociales.

Las tasas de supervivencia al cáncer son significativamente más bajas en los países en desarrollo. En un estudio multisectorial por Internacional Agency for Reserch on Cáncer (IARC), las tasas de supervivencias estandarizadas para el cáncer cervico-uterino por edades (SREE) variaron entre 28 y 64.9 % en 10 poblaciones tomadas de 5 países en desarrollo, entre ellos Cuba.

Los análisis encontraron diferencias entre las tasas de supervivencia entre países en desarrollo y países desarrollados en cuanto a las tasa de supervivencia relativa en cáncer cervico-uterino.

La supervivencia decreciente a mayor edad fue más notable para el cáncer cervico-uterino en los diez registros que se examinaron, tomados de 5 países en desarrollo.

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

Situación del cáncer cervico-uterino en Nicaragua

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

En el año 1990 se reportó 141 casos de muertes por Cacu por 100,000 mujeres y para el año 2005 se encontraron 205 casos por 100,000 mujeres. Se observa que con el tiempo ha aumentado el número de casos de muerte por esta patología.

Durante el año 2004 se reportó una tasa de 2.17 por 100,000 mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 34 años, una tasa de 17.14 por 100,000 mujeres comprendidas entre las edades de 35 a 49 años y en mujeres de 50 años y más con una tasa de 51.8 por 100,000 mujeres.

En este mismo año la tasa de cáncer cervico-uterino reportada por el SILAIS Managua, fue una tasa de 17 defunciones por 100,000 mujeres en edades entre 20 a 64 años de edad. Para el año 2005 se reportó una tasa de defunciones de 17.9 por 100,000 mujeres en edades de 20 a 64 años.

De acuerdo con las coberturas de citología cervical para el año 1999 se alcanzó el 12% y para el año 2005 se alcanzó el 9%. Los niveles de tamizaje reflejan poca efectividad para la detección oportuna de la enfermedad en su etapa pre invasora y curable.

En Nicaragua para el año 2004 se realizó un análisis comparativo entre las tasas de defunciones, el número de defunciones y la cobertura de PAP encontrándose los siguientes datos: 240 defunciones, con una tasa de 18.7 por 100,000 mujeres y con una baja cobertura de un 9%, para el año 2007 se reportaron 244 casos de muertes por cáncer cervico-uterino. Los casos de cáncer cervico-uterino según la edad se observan que en los grupos de 15 a 34 años se reportaron 21 casos, de 35 a 49 años se reportaron 78 casos, en mujeres de 50 años y de más edad se reportaron 145 casos para el año 2007.

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

En Nicaragua las coberturas de citología cervical ha venido en descenso, para el año de 1999 fue de 11% y en el año 2008 fue de 9.2%.

Se han notificado las tasas muerte por Cáncer según SILAIS, encontrándose dentro de las regiones más afectadas Chontales con una tasa de 27 por 100,000 mujeres entre 20 y 64 años, Estelí con una tasa de 23.2, Managua con una tasa de 21, Masaya con una tasa 20, Granada

con una tasa de 19.6, Rio San Juan con una tasa de 19.6, Jinotega con una tasa de 19 y León con una tasa 18.8, con una tasa de mortalidad en el país de 17.8 para el año 2007.

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

Al investigar el número de casos y de muerte por cáncer cervico-uterino por unidades de salud urbana en Managua encontramos para el centro de salud de salud “Villa Libertad” 19 casos, con una tasa de muerte de 48 por 100,000 habitantes, Francisco Buitrago 8 casos y con una tasa de mortalidad de 19.1, Altagracia con un número de 7 casos y una tasa de mortalidad de 31.7, Edgard Lang con un número de 4 casos con una tasa de mortalidad de 11.5, Pedro Altamirano con 4 casos y una tasa de mortalidad de 7.9 para el año 2007.

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

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

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

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

En el año 2008 de acuerdo con los resultados de las citologías cervico vaginales y en relación con la edad de las usuarias de los servicios del centro de salud/ en las mujeres de 10 a 14 años encontramos una muestra que reporta inflamación. En las mujeres de 15 a 49 años 287

muestras con resultados normales, 265 muestras reportadas con proceso inflamatorio, 40 muestras reportadas con infecciones cervico vaginales, una muestra con atipia escamosa, una muestra con lesión intraepiteliales de bajo grado y 3 muestras con lesiones intraepiteliales de alto grado.

En las mujeres de 50 y más años de edad se encontró 116 muestras sin alteraciones, 38 muestras con procesos inflamatorios, 6 muestras que reportan procesos infecciosos. La frecuencia de procesos infecciosos e inflamatorios en mujeres de 10 a 49 años es representativa, lo que se puede explicar por un probable inicio temprano de vida sexual activa lo que constituye una práctica sexual de riesgo de presentar posteriormente cáncer cervico-uterino. En el grupo de 15 a 49 años se han reportado muestras con alteraciones celulares y lesiones pre invasoras, constituyendo a este grupo de edad el más afectado. (Solano, 2010)

CITOLOGÍA CERVICO UTERINA

Desde el punto de vista de la salud pública, la finalidad de cualquier tipo de examen selectivo de salud es proporcionar medios accesibles y de bajo costo para determinar, en una población, quiénes pueden tener una enfermedad determinada, y quiénes no. Estos factores se examinan en forma conjunta para establecer las prioridades o determinar la necesidad de realizar actividades de tamizaje de salud.

El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou.

Es un examen que permite la detección de la neoplasia del cerviz; una buena muestra requiere de la toma de células vivas, metabólicamente activas, de dos sitios: la superficie del ectocérvix y el canal endocervical.

La toma ectocervical debe ser la inicial para evitar la desecación de la mucosa y su posible contaminación con sangre proveniente del canal endocervical; se realiza raspando en forma circular, con una espátula; a fin de desprender células de toda la zona de transformación.

La toma endocervical debe hacerse con cepillo para que la muestra sea de todo el canal endocervical; ambas tomas deben desprender células vivas sin provocar sangrado que contamine la muestra, lo que dificultaría su lectura.

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

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

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cervico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 o más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor.

Indicaciones para el tamizaje (Pap):

- Todas las mujeres que hayan Iniciado vida sexual activa con énfasis en:
- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo
- Toda mujer embarazada.

Recomendaciones a las usuarias:

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

FRECUENCIA DE LA PRUEBA:

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

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

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

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

TOMA DE LA MUESTRA:

1. Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.
2. Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir
3. Obtener el consentimiento informado de la usuaria.
4. El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lámina.
5. Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros estén disponibles: especulo estéril, fuente estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc.

6. Preparación de las láminas, tocarla solo por los bordes.
7. Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.
8. Inspeccionar genitales externos, colocar espejulo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espejulo para que el operador pueda tener las manos libres. Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix.
9. Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocervix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad.
10. La muestra se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
11. Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente porque tiende a quedar muy grueso y a dañar las células
12. Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce al canal y rotarlo 360°. La muestra de endocervix se extiende longitudinalmente a la otra mitad de la lámina
13. Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células.
14. Una vez concluida la toma con suavidad retire el espejulo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.
15. Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado, v Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días.
16. Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco.

RECOMENDACIONES:

- a. No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- b. Usar especulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del especulo acorde a las características de las usuarias.
- c. Usar especulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del especulo acorde a las características de las usuarias.
- d. Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o postmenopáusico, es preciso remitir la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología.

ERRORES QUE DEBEN EVITARSE:

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

INFORME DE LOS RESULTADOS:

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

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

Interpretación de los resultados de la citología cervical.

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

Cuando el reporte de la citología da negativo para lesión intraepiteliales y células malignas, la unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando orientaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos.

En la cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería. Es de vital importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas del 1-1-1-3.

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

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

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

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

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

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

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

Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para la evaluación por el médico ginecólogo/a, quien derivara al nivel necesario para su evaluación colposcopia.

COMO SON SEGÚN EL SISTEMA DE BETHESDA:

1. ASC-H (atipia de células escamosas, no excluye lesión)
2. ASC-H (atipia de células escamosas, no excluye lesión)
3. LIE DE BAJO GRADO (lesiones intraepiteliales de bajo grado)
4. LIE DE ALTO GRADO (lesiones intraepiteliales de alto grado)
5. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
6. AGC (atípica de células glandulares)
7. Inflamación severa persistente
8. Sospecha clínica de malignidad aun cuando la citología sea negativa.
9. Negativo: en ausencia de células malignas

5.1 ASPECTOS DE LA CALIDAD DE LOS MÉTODOS CITOLÓGICOS DEL TAMIZAJE

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

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

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

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

ASPECTOS TÉCNICOS, SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD

El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%. Los factores que limitan la sensibilidad de esta prueba incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de una pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de

inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo.

Según la Agencia Internacional para el Cáncer la sensibilidad de la citología cervico uterina debe ser alrededor del 60 %, pero que varía según diferentes autores desde un 20 a un 80 %. Cuando se habla de la sensibilidad de la citología orgánica es importante notar que se habla de la capacidad de detectar los verdaderos positivos de las lesiones, antes de que se hagan invasoras y potencialmente incurables en relación con la especificidad de la citología esta es mayor del 85% lo que traduce en la capacidad que tiene la prueba para identificar a los verdaderos negativos. (Ministerio de salud, 2000)

EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA:

Todo programa necesita asegurar una buena cobertura teniendo en cuenta que de ésta depende grandemente el impacto sobre la mortalidad por cáncer del cuello uterino.

Se debe enfatizar que la cobertura debe obtenerse a partir de mujeres examinadas con citología en el período establecido y no con base en el número de citologías realizadas.

La evaluación de la cobertura es crucial; se logra la mayor eficiencia cuando ésta es mayor del 80%, aunque los intervalos de reexamen no sean tan frecuentes.

Con recursos limitados, la prioridad debe dirigirse a lograr el ingreso del mayor número de mujeres en riesgo que nunca antes habían sido tamizadas aun a costa de la frecuencia de los controles citológicos. Se considera mujeres en riesgo a aquellas que han tenido o tengan vida sexual activa; desde el punto de vista de las pruebas de detección, el factor más importante de riesgo a tener en cuenta es la edad de las mujeres.

Tres indicadores de cobertura en conjunto con las encuestas comunitarias resultarían apropiados para la mayoría de los países de la región:

- a) proporción global y específica de cobertura.
- b) porcentaje de mujeres que por primera vez son examinadas por la citología.
- c) distribución porcentual por edades de las mujeres tamizadas.

5.2 MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio.

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio.

Centro de Salud Villa Libertad, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, (Distrito VII) en el periodo del 1 de Agosto a 31 de Octubre del 2015. Consta con 11 puestos médicos y brinda atención a una población de 122,986 personas de las cuales 36,970 corresponden a mujeres en edad fértil entre los 15 a 49 años., distribuidas en todo el área de salud.

Universo

Estuvo constituido por **2,333 mujeres** en edad fértil con vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del Agosto a Octubre de 2015

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, conformada por **330 mujeres** en edad fértil con vida sexual activa, la cual fue calculada de acuerdo a la siguiente fórmula (véase abajo) que asistieron al Centro de Salud Villa Libertad, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015, y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión

Para calcular el tamaño de la muestra será utilizada la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valorará un valor del 5% (0.05)

Criterios de inclusión:

- a. Mujeres con vida sexual activa.
- b. Mujeres en edad fértil (15-49 años).
- c. Mujeres que pertenecen al Programa de Ginecología del Centro de Salud en estudio.
- d. Mujeres que por su consentimiento deciden participar en el estudio.
- e. Mujeres que saben leer y escribir

Criterios de Exclusión:

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

Unidad de Análisis

Pacientes femeninas en edad fértil con vida sexual activa que acudieron al Centro de Salud Villa Libertad, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015.

Técnicas y procedimientos:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades

1. Se realizaron visitas a la Unidad de Salud, para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.
2. 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:
 - a. Mujeres en edad fértil con vida sexual activa
 - b. Parteras y brigadistas de salud
 - c. Adolescentes masculinos y femeninos.
 - d. Personal de salud. (médicos y enfermeras)
3. Elaboración de instrumento con preguntas abiertas para obtener la información de los informantes claves
4. Entrevista a profundidad a los informantes claves.
5. Validación del instrumentos definitivo con profesionales especialistas que laboran con programas y perfiles de atención a la mujer como médicos y enfermeras.
6. El Instrumento se aplicó como una prueba piloto a un número de 25 mujeres en edad fértil con vida sexual activa en los barrios cercanos al centro de salud.
7. Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones para el mejoramiento del mismo.

Encuesta auto aplicada a las mujeres seleccionadas las cuales fueron captadas en el Centro de Salud Villa Libertad, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Agosto al 30 de Octubre de 2015.

Para valorar el conocimiento se crearon preposiciones relacionadas a los objetivos del estudio, se utilizaron el índice sumatorios regular y malo con el siguiente puntaje:

Bueno:	18 – 22 proposiciones correctas	80% - 100 %
Regular:	14 – 17 proposiciones correctas	60% - 79%
Malo:	0 - 13 proposiciones correctas	0% - 59 %

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert, la cual fue modificada en el presente estudio, para lo cual se presentaron un conjunto de 18 ítems distribuidos en forma de 9 aseveraciones positivas y 9 aseveraciones negativas para la valoración de la reacción de las entrevistadas. 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:

1. De acuerdo (A)
2. Indeciso (I)
3. En desacuerdo (DA)

Las practicas se valoraron en 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

- a. Bueno
- b. Regular
- c. malo

Plan de tabulación y análisis:

La información obtenida de la entrevista a los informantes claves se incluirá en una base de datos, y luego se procesarán por medio del programa estadístico SPSS y las proposiciones para valoración de las actitudes se revisarán manualmente una por una con puntaje del 1 a 3 para obtener la puntuación de cada individuo, luego se introducirán en una base de datos previamente realizada para realizar las posibles cruces.

Los datos fueron organizados considerando los objetivos del estudio.

La información sintetizada se presentará en cuadros y grafico usando para ello el sistema Windows 7, con el programa OFFICE 2010.

VARIABLES

1. En respuesta al primer objetivo específico , características socio demográficas:
 1. Edad.
 2. Escolaridad.
 3. Ocupación.
 4. Religión.
 5. Estado civil.
 6. Procedencia

2. 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.

3. 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

4. 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

5. 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

6 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 -Trabajadora - Desempleada
Religión	Doctrinas o creencias que se tributan a la divinidad referida por las personas encuestadas.		Creencias de las personas encuestadas.	-Católico -Evangélico -otra
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones en la sociedad		Situación conyugal	-Soltero -Casado -Acompañado
Fuente de información	Medio en los cuales se origina la transmisión 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>-Información fidedigna</p>	<p>-lugar donde se ha obtenido la información</p> <p>-Información recibida</p> <p>-Calidad de la información 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 que es lo que se debe o puede hacer	-Tiempo transcurrido entre un PAP y el siguiente.	-Meses	<p>-Cada mes -Cada 3 meses -Cada 6 meses -Cada año -Cada 2 años -no se</p>

		<p>-Mujeres que deben de realizarse el PAP</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>-Tipo de mujer</p> <p>-Uso</p> <p>-Preparación de la mujer para el examen del PAP</p>	<p>-Todas las mujeres Las que han iniciado relaciones sexuales -Las niñas -Solo las mujeres -No se</p> <p>-para detectar cáncer. -Para saber si hay -cáncer en los senos -Para detectar cáncer cérvico uterino (CACU) -Para detectar SIDA -No se</p> <p>-Tener relaciones sexuales -usar medicamentos vaginales -no andar con la regla -No tener relaciones sexuales -No haber usado duchas vaginales -No haber usado medicamentos vaginales</p>
--	--	--	--	--

		<p>-Factores de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar CACU</p> <p>-Razón por la que debe realizarse el PAP</p>	<p>-Causas del cáncer cervico uterino (CACU)</p> <p>-Importancia del PAP</p>	<p>-Múltiples parejas sexuales</p> <p>-inicio temprano de las relaciones sexuales</p> <p>-tener muchos hijos</p> <p>-Nos damos cuenta del estado de nuestra salud.</p> <p>-Detecta el CACU</p>
Actitud	Es una organización relativamente verdadera de creencias entorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	<p>-interés de realización del Pap.</p> <p>-aceptación del Pap.</p> <p>-disposición para realización.</p> <p>-búsqueda de información</p>	-grado de acuerdo	<p>-De acuerdo.</p> <p>-Indeciso.</p> <p>-en desacuerdo.</p>

		-personas que deben de realizárselo		
		-influencia de la sociedad		
Prácticas.	Conducta o reacción como respuesta establecida para una situación común	-edad de realización del PAP. -resultado del examen realizado. -cantidad de Pap realizado. -frecuencia de realización. -tiempo del último Pap.	-años. -obtención del resultado -números -meses	-15 a 25 -26 a 35 -36 a 49 -si - no -1 - 2 - 3 o mas -cada 3 meses -cada 6 meses -cada año -cada 2 años

				<ul style="list-style-type: none"> -menos de un año. - de uno a dos años -tres o más años.
		<ul style="list-style-type: none"> -objetivos por los cuales la entrevistada se ha realizado el Pap. 	<ul style="list-style-type: none"> -razones para realizarse el Pap. 	<ul style="list-style-type: none"> -interés propio. -por orden médica. -por CPN -por requisito. -otro
		<ul style="list-style-type: none"> -objetivos por los cuales no se ha realizado el Pap 	<ul style="list-style-type: none"> -Razones para no realizarse el Pap. 	<ul style="list-style-type: none"> -temor -vergüenza -falta de importancia -por descuido. - tenía infección. - dolor -falta de conocimiento. -lejanía de la unidad de salud. -Falta del personal femenino. -Estoy embarazada y produce abortos.

6.1.1 RESULTADOS

De las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acudieron a la sede del centro de salud en estudio se encontró con respecto a la edad que el 39.1% (129) oscila entre los 15-26 años ,40.9% (135) se halla en 27-38 años en tanto que un 20.0%(66) corresponde a las de 39-49 años de edad. En cuanto a su estado civil el 23.0% (76) pertenece a las solteras 36.1% (119) son casadas y un 40.9% (135) acompañadas.

En cuanto a preferencia religiosa se encontró que 57.0%(188) son evangélicas, 23.9%(79) católica y 19.1% (63) de otra religión .Con respecto al lugar de procedencia 86.1%(284) son urbano y solamente un 13.9% (46) son de zona rural. En tanto al nivel de escolaridad el 53.9 % (178) pertenece a secundaria seguida por primaria en un 23.0% (76) universidad 20.1% (66) y técnico un 3.0% (10). Lo correspondiente a ocupación la mayoría son ama de casa con un 67.9% (224) estudiante 13.9% (46) empleada 13.0 % (43) y desempleada con un 5.2 % (17). (Ver anexo tabla N° 1).

Sobre las características de la información brindada a las mujeres que acuden al centro de salud villa libertad acerca del Papanicolaou se determinó que si recibieron información un 79,4% (262) y no un 20.6% (68). Lo correspondiente a personas responsable que dio información se halló que el personal de la salud predominó con un 81.2 % (268) seguidos con un 68.2 % (225) de las amigas un 46.4% (153) familiares, brigadistas 39.1%(129) y maestros con un 19.1% (63).

Acerca del medio utilizado para dicha información se determinó que sobresalió el centro de salud con un 70.9% (234) folletos 52.1 % (172) farmacias con un 30.9 % (102) las escuelas 22.1% (73) y calle 13.0 % (43). Con respecto a la opinión de la explicación brindada se encontró que el 78.5% (259) de la información es dada con lenguaje sencillo en tanto que un 21.5% (71) no entiende el lenguaje explicativo. (Ver anexo tabla N°2)

En relación al conocimiento que tienen las mujeres de la utilidad del Pap se encontró que 98.9% (326) respondieron con un sí que el Pap es importante porque se dan cuenta de su

estado de salud en cambio un 0.9%(3) dijo no saber y un 0.3%(1) respondió con un no así mismo también se les consulto que si sirve para detectar cáncer en vagina contestando que si un 97.9%(323) no sabe un 1.5%(5) no un 0.6% (2).En tanto que si sirve para detectar cáncer de seno un 77.9% (257) dijo no seguido de un si 17.0%(56) y no sé 5.2%(17) en cuanto así es útil para saber si determina infección genital 96.1% (317) respondió si 3.0% (10) no,0.9%(3) no saber.

Acerca de la pregunta si la prueba del Pap detecta a tiempo cáncer su mayoría respondió con un 96.1%(317) para un si, 3.3%(11) no y no saber un 0.6 % (2). Si detecta sida 56.9% (188) contesto con un no en cambio dijeron si un 35,2%(116) y no saber un 7.9%(26). Detecta quistes en ovario se contestó con mínimas diferencia que si un 43.0%(142) no un 40.9% (135) y no saber con un 16.1% (53).Produce aborto un 49.1%(162) aplico para un no y un no sé 27.9%(92) seguido de un si 23.0% (76). (Ver anexo tabla N°3).

Acerca de los conocimientos sobre las personas que deben de realizarse el Pap según opinión de las mujeres en estudio estas respondieron de la siguiente manera solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben de realizarse la prueba 91,0% (303) dijo no si el 6.1%(6) y no saber un 2.1%(7).Deben realizárselo todas las mujeres que tienen relaciones sexuales 97.0% (320) dijo si y no saber un 2.4%(8) seguido de un no 0.6% (2)(Ver anexo tabla N°4).

En cuanto a los conocimientos sobre la frecuencia de realización para el Pap según la opinión de las usuarias en estudios se encontró que 66.1%(218) consideran que este examen si debe realizarse cada 6 meses un 30.9%(102) no y no saben un 3.0%(10) lo que respecta así se debe hacer anual se determinó que 87,9 % (290) dijo si ,10.0% (33) no y 2.1%(7) no saber (Ver anexo tabla N°5).

Acerca de los conocimientos de las usuarias para la preparación de la realización del Pap en base a su opinión estas respondieron a los siguiente preguntas así que pueden tener relaciones 93.9% (310) no,5.2% (17) no saben y 0.9 % (3) dijo sí. Pueden usar medicamentos vaginales con un 76.1%(251) no, con un si 13.0% (43) seguido de un no saber 10.9 % (36).

Debe andarse con la regla 93.6% (309) contesto no ,4.8% (16) dijo no saber y 1.5% (5) sí. Realización de duchas vaginales 72.1% (238) respondió con un no mientras que si con un 17.9 % (59) y 10,0% (33) dijo no saber (Ver anexo tabla N°6)

En base a la opinión y/o conocimientos acerca de los riesgos de padecer cacu en las encuestadas se encontró que iniciar relaciones sexuales muy jóvenes puede causar cacu con un sí de respuestas 57.0%(188) no saber 29,1% (96) y no 13.9%(46).Así mismo tener muchos hijo puede causar cacu un 37.9% (125) respondió sí, no saber 33.0%(109) y 29.1% (96) no. (Ver anexo tabla N°7)

En cuanto al nivel de conocimientos de las mujeres en estudio que asisten al centro de salud se determinó que 66.1% (219) es bueno en tanto que un 21.5 % (71) es regular y solo un 12.1%(40) corresponde a malo (Ver anexo tabla N°8).

Con respecto a la actitud hacia el examen en las mujeres en estudio se encontró que el 99.4%(328) están de acuerdo que el Pap es un examen importante para la salud de la mujer y solo el 0.3 % (1) está indeciso con igual porcentaje también para las que están en desacuerdo con un 0,3 % (1). En cuanto a la disposición de realizarse el test se determinó que un 99.1%(327) estaba de acuerdo mientras un 0.6% (2) en desacuerdo y 0.3%(1) indeciso. Lo que respecta así da más confianza si es doctor o enfermera para la toma del Pap el 63.0%(208) es para de acuerdo y con un 36.1%(119) para desacuerdo seguido por un 0.9% (3) para indecisa.

En tanto a la preocupación de realizarse la prueba solo es exclusiva de la mujer el 53.0%(175) respondió de acuerdo, con un 46.1% (152) en desacuerdo y 2.1%(7) se encuentra indecisa. La religión no influye en la decisión de la toma de Pap en la mujer estas contestaron en un 73.9 (244) de acuerdo, 23.9% (79) en desacuerdo y 2.1% (7) indecisa. En cuanto a la pregunta si entre más nivel académico tiene una mujer está más Pap se realizara con facilidad estas respondieron en acuerdo un 52.1%(172) en desacuerdo un 43.9 % (145) e indecisa con un 3.9%(13).principalmente las mujeres dela ciudad deben realizarse el examen se obtuvo lo siguiente en desacuerdo un 92.4% (305) de acuerdo con un 6.1%(20) y 1.5% (3) indecisa.

Sobre si la familia debe influir en la decisión de realizarse la prueba un 57.0%(188) está en desacuerdo ,42.4%(140) es de acuerdo, e indecisa con un 0.6 %(2). Solo la que tienen múltiples parejas deben realizárselo 87.9 %(290) dijo estar en desacuerdo mientras 10.0%(33) están de acuerdo e indecisa un 2.1%(7).

Sobre si el Pap debe realizarse solo por indicación médica se encontró que 83.0% (274) está en desacuerdo, 10.9%(36) de acuerdo y 6.1% (20) indeciso. El Pap debe realizarse en mujeres que planifican el 86.1% (284) respondió de acuerdo un 10.9 %(36) indecisa y 3.0%(10) en desacuerdo.

Con respecto así el Pap produce sangrado un 80.0 %(264) está en desacuerdo un 12.1 % (40) en indecisión y 7.8 %(26) en acuerdo. Si todas las mujeres deben realizárselo antes de tener un hijo el 66.1 % (218) está de acuerdo un 20.0%(66) en desacuerdo y 13.9 %(46) en indecisión .Acercas si solo las que tienen mucho hijos deben hacérselo un 90.0% (297) está en desacuerdo el 7.9 % (26) es en acuerdo y 2.1% (7) esta indecisa.

En cuanto a si el Pap es doloroso un 93.0 % (307) dijo estar en desacuerdo mientras un 4.8% (16) está en acuerdo y 2.1 % (7) indecisa. Si produce aborto un 49.1 %(162) se encontró indecisa y 27.9% (92) en desacuerdo mientras que un 23.0 % (76) está de acuerdo. (Ver anexo tabla N ° 9)

Acercas del nivel de actitud que tienen las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden a la sede del centro de salud villa libertad con respecto al Papanicolaou se determinó favorable con un 57.0% (188) indeciso un 26.0% (86) y con un 17,0% (56) para desfavorable. (Ver anexo tabla N ° 10).

Sobre la realización del Papanicolaou en mujeres en edad fértil y con vida sexualmente activa que asisten a la sede del centro de salud de villa libertad se encontró que un 93.0 % (307) si se lo realizo en tanto que un 7.0 % (23) no se lo había realizado aun .(Ver anexo tabla N° 11) con respecto a la edad de las mujeres en edad fértil y con vida sexualmente activa que se han realizado el Papanicolaou se encuentra predominando con un 86.0% (264)

las de edades entre 15-25 años mientras un 9.8 % (30) son de 26-35 años de edad y 4.2 % (13) corresponde a las edades de 36- 49 años. (Ver anexo tabla N° 12).

Acerca de la obtención de los resultados del Papanicolaou realizados en la población a estudio se encontró que un 97.7% (300) si se le fue entregado en cambio en un porcentaje relativamente no mayoritario dicho informe no fue entregado el cual es correspondiente a un 2.3% (7). (Ver anexo tabla N° 13)

En cuanto al número de Papanicolaou que se han realizado las mujeres en estudio se halló que un 76.2% (234) se realizó la prueba más de 2 veces en tanto un 16.05% (49) solo una vez mientras que el 7.8 % (24) dos veces se la han hecho únicamente al momento del estudio. (Ver anexo tabla N° 14).

De acuerdo con la frecuencia de la toma del Pap realizado en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa que acuden a la sede del centro de salud en estudio se determinó que un 46.3% (142) se lo realizan anual seguido por cada seis meses con un 26.1% (80) un 22.5%(69) son cada dos años realizado y en su minoría con un 5.2 % (16) cada tres meses. (Ver anexo tabla N° 15).

Lo que respecta al tiempo del último Pap realizado por las mujeres en estudio se encontró que 59.0% (181) se hizo la prueba hace un año en tanto que un 26.7% (82) fue realizado entre uno a dos años y 14.3 % (44) realizado más de dos años. (Ver anexo tabla N° 16)

En cuanto a las razones por las cuales se han realizado el Pap las mujeres entrevistadas se halló que 96.4% (296) fue por control prenatal, 96.1%(295) por Orden medica ,91.0%(278) por protección de salud seguida con un 76.9%(236) para saber sobre su estado de salud y un 36.5 % (112) fue por interés propio, sin embargo dicha pregunta tuvo más de una respuestas pero estas fueron las más sugeridas. Por este grupo en estudio. (Ver anexo tabla N° 17).

En tanto por las razones por la que aún no se han realizado dicho examen algunas de las mujeres en estudio se determinó con un mismo porcentaje para ambas respuestas un 95.5% (22) no se lo han realizado por vergüenza y/o temor en tanto que un 82.6%(19) es por descuido y con un 69.6 % (16) es por falta de importancia cabe mencionar que dicha pregunta al igual que la anterior tuvo más de una respuesta por contestación pero estas fueron la más mencionadas.(Ver anexo tabla N°18)

Sobre el nivel de prácticas encontrado en este grupo de mujeres en estudio se halló que un 66.4% (219) es malo su nivel de comportamiento en cambio un 20% (69) es regular y para un 12.7%(42) es bueno. (Ver anexo de tabla N° 19)

Acerca de las características sociodemográficas versus nivel de conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden a la sede del centro de salud villa libertad se encontró lo siguiente:

En lo que respecta a edad se determinó que de 15-26 años un 72.9 % (94) tiene un nivel de conocimiento bueno seguido por un 14.7 % (19) regular y 12.4 %(16) malo en tanto que entre las edades de 27-38 un 75.6 % (102) es bueno ,13.3 % (18) regular con un 11.1%(15) malo, de 39-49 años un 34.9 % (23) es correspondiente a bueno mientras un 51.5 (34) es regular y solo un 13.9% (9) es malo.

En cuanto a estado civil se encontró que las solteras tienen un 39,5 % (20) de conocimiento regular seguido de un 34.2% (26) malo y bueno con un 26.3% (20). Para las casadas el 83.2 % (99) es bueno continuado por un 13.4 %(16) regular y malo con un 3.4% (4).

Respecto a la ocupación se encontró un 45.7% (21) es tanto para bueno como regular en las estudiante y malo en un 8.7% (4) en cambio para las ama de casa se determinó como bueno con un 80.4%(180), seguido por regular un 13.4% (30) y malo un 6.3% (14), en tanto para las desempleadas un 47.1 % (8) es tanto bueno como regular y solo un 5.9 % (1) es malo. En cambio para otras un 27.9 % (12) es regular y con un 27.3% (10) es bueno, sobresaliendo con un 48.8% (21) para malo el nivel de conocimiento.

En tanto para las de religión católicas el 73.4% (58) es bueno, 16,5%(13) regular y malo un 10,1 % (8), las evangélicas responden con 63.8% (12) bueno ,22.3% (42) regular y malo el 13.8 % (26) en cuanto a otras religión e se corresponde con un 65.1 % bueno ,25.4 % (16) regular y 9.5% (6) es malo.

En relación con el estatus académico se encontró que las perteneciente a primaria poseen un 43.4% (33) de conocimiento bueno seguido por un 39.4% (30) para regular y 17.1% (13) es malo, en tanto que para las de secundaria dicho conocimiento para bueno es de 85.4% (152) ,regular un 11.2% (20),3.4%(6) es malo .para técnicas esta corresponde a bueno un 50.0% (5),regular un 30.0% (3),malo 20.0 % (2). Lo correspondiente a conocimientos para las de universidad el 43.9% (29) es bueno, malo un 28.8 % (19), seguido de regular un 27.3 % (18).

Sobre el conocimiento y lugar de procedencia se determinó que 70.4 % (200) es bueno para las de región urbana, regular un 16.9 % (48) y malo un 12.7 % (36), en tanto que para las de zona rural el 50.0% (23) de conocimiento es regular, un 41.3 % (19) es bueno y 8.7 % (4) es malo. (Ver anexo tabla N°20).

En cuanto a las características sociodemográficas versus nivel de actitud que tienen sobre el Pap las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa que acuden al centro de salud villa libertad se determinó:

Las mujeres con edad entre 15-26 años poseen un 51.2% (66) de actitud favorable seguida de un 31.0 % (40) indecisa, desfavorable un 17.8% (23). En tanto las de 27-38 un 75.6 % (102) es favorable, 15.5 % (21) Indeciso, 8.9% (12) desfavorable, de 39-49 la actitud corresponde con un 37.9 (25) indeciso, 31.8% (21) desfavorable, 30.3% (20) favorable.

Lo que respecta al estado civil las solteras poseen un 43.4% (33) de actitud indecisa ,31.6 % (24) favorable ,25.0% (76) desfavorable. Acompañadas presentan un 63.9 % (76) para actitud favorable seguida de un 25.2% (30) indecisión y 10.9 % (13) desfavorable, en cuanto a las edades de 39 – 49 años el 65.2 % (88) es favorable ,41.5% (56) desfavorable seguida por 17.0 % (23) indecisas. Por lo que entonces las mujeres acompañadas con un 65.2 % (88) tienen mejor actitud favorable solo seguidas delas casadas 63.9%, y solteras con un 31.6%

Sobre la ocupación se determinó que las estudiantes con un 45.7%(21) tienen actitud favorable seguida de un 28.3% (13) indecisas, 26.1% (12) es desfavorable, en cuanto a las desempleadas el 76.5% (13) es favorable ,17.6 %(3) indecisión ,5.9%(1) desfavorable. En cuanto a las ama de casa un 61.2%(137) es favorable, un 24.6 % (65) indecisión ,14.3 % (32) es desfavorable, con respecto a otras un 39.5 % (17) es favorable, 34.9% (15) indecisión, 25.6% (11) desfavorable.

Con respecto a la religión se encontró que las perteneciente al catolicismo el 65.8% (52) tienen actitud favorable .seguida por un 19.0% (15) indecisión ,15.2% (12) desfavorable, en tanto para las evangélicas se halló que la actitud es 58.0% (109) favorable, 30.9% (58) indecisión y 11.2 % (21) desfavorable. Para otras religión la actitud es 42.9% (27) favorable seguida por un 36,5% (23) desfavorable y 20.6% (13) indecisión.

Con respecto a la escolaridad las que cursaron primaria poseen un 50.0% (38) actitud favorable, 35.5% (27) indecisión ,14.5% (11) desfavorable. Las de nivel secundario se encontró que un 62.9% (112) tienen actitud favorable ,26.4% (47) indecisión, 10.7% (19) desfavorable. En cuanto a técnicas un 60.0% (6) poseen actitud favorable ,30.0% (3) indecisión, 10.0 % (1) es desfavorable. Las perteneciente a universidad se estimó que un 48.5% (32) es favorable ,37.9% (25) es desfavorable, y con un 13.6 % (9) indecisión.

Acerca del lugar de procedencia se determinó que las de área urbana presentan en un 60,6% (172) actitud favorable, 25.0% (71) es indecisión, 14.4% (41) desfavorable actitud, mientras la de área rural se halló que un 34.8% es favorable seguido de indecisión y desfavorable para un 32.6 % (15). (Ver anexo tabla N°21).

En cuanto a características sociodemográficas versus nivel de prácticas que tienen sobre el Pap las mujeres en edad fértil y con vida sexual que asisten al centro de salud villa libertad se encontró:

La edad entre 15 -26 años poseen practicas malas con un 62.8% (81) seguidas en un 30.8 % (41) regular, 5.4% (10) buenas, en cuanto a 27-38 años se determinó que un 77.7% (105) es malo su nivel de prácticas , 14.8% (20) es regular y 7.4% (10) malo, de 39 -49 años se encontró con un 50.0% (33) mala práctica ,37.9% (25) es buena y 12.1 % (69) regular.

En cuanto la práctica para el estado civil se encontró que las solteras poseen con un 43.4% (33) mala práctica sobre el Pap, un 36.8 % (28) es regular ,19.7 % (15) es buena, seguida con un 62.2% (74) malo para casadas, 26,9 % (32) es regular y 10.9 % (13) es buena .en cuanto a acompañadas el 83.0% (112) es mala ,10.4 % (14) bueno y regular 6.7 % (9).

Sobre la ocupación se encontró que las estudiante representan el 41,3 (19)para practicas mala un 37.0 % (17) regular y bueno 21.7% (10) en tanto para desempleada se encontró que 52.9 % (9) es bueno, 23.5% (4) es regular y malo respectivamente, lo que respecta a ama de casa un 44.6 % (11) es bueno ,regular con un 12.5% (28) y 82.6% (185) es para malo en tanto para otra ocupaciones un 46.5 % (69) es regular , 27.9 % (12) bueno y 25.6% (11) malo.

En cuanto a las perteneciente a la religión católica se encontró que un 53.2 % (42) tienen practicas malas ,31.6 % (25) regular, 15.2% (12) es buena, con respecto a las evangélicas se halló con un 79.3 % (149) practicas malas ,10.6% (20) buena práctica, seguida de 10.1 % (19) para regular, en otras religión la práctica es el 44.4% (28) mala , un 39.7% (25) regular y15.9 % (10) tiene buena práctica.

Acerca de la escolaridad de las mujeres en estudio y sus practica se halló que las de opción primaria poseen un 51.3% (39) de mala práctica ,27.6% (21) es regular y 21.1% (16) buena práctica en tanto las de secundaria presentan un 85.4% (152) de mala práctica seguido de un 12.9% (23) para regular ,1.7% (3) bueno. Con respecto a las pertenecientes a técnicos se halló que un 60.0%(6) posee mala práctica ,30.0% (3) regular y 10.1 % (1) buena. Para las que aplicaron como grado universitario se determinó que un 33,3% (22) es tanto para bueno, malo y regular.

Lo correspondiente a la procedencia se encontró que las de zona urbana poseen un 71.1% (202) nivel de practica malo seguido por regular en un 18.0 % (51) y 10.9% (31) es buena

práctica en cambio para el área rural se halló que un 39,1 % (18) es regular la práctica, 37.0%(17) es mala y 23.9 % (11) es buena la práctica. (Ver anexo en tabla N°22)

En cuanto el nivel de conocimiento versus nivel de actitud que tienen sobre el Pap las mujeres que asistieron al centro de salud de villa libertad se determinó que las de conocimiento bueno poseen un 69.1% (130) de actitud favorable seguida de actitud indecisa un 20.2 % (38) mientras un 10.6% (20) es de actitud desfavorable. En tanto un conocimiento regular tiene como un nivel de actitud favorable un 69.8% (60) seguido de 23.7 % (23) para indeciso y un 3.5% (3) corresponde a actitudes desfavorable. Mientras que las de conocimiento malo tienen un 51.8% (29) para actitud favorable ,17.0% (10) es indeciso y 30.4 % (17) es desfavorable. (Ver anexo tabla N ° 23)

Sobre el nivel de conocimiento versus nivel de prácticas que tienen sobre el Pap las mujeres que acuden al centro de salud de villa libertad se halló que un nivel de conocimiento bueno produce un 38.1% (16) de prácticas regular, seguido de un 33.3% (11) es malo y solo un 28.6% (12) es bueno. En tanto un conocimiento regular crea un 58.0 % (40) de prácticas buenas, regular un 27.5% (19) y malas prácticas un 14.5 % (10). En cambio un conocimiento malo proporciona un nivel de practica buena en un 76.3% (116.) Seguida de regular un 16.4%(36) y solo un 7.3% (16) genera practicas malas. (Ver anexo tabla 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 que participaron del estudio son mujeres en edades entre los 27 - 38 años (40.9%), 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, logrando que los grupos de riesgos debidamente identificados en el país, tengan un mayor acceso a la prueba de tamizaje lo que beneficiará a la población con un diagnóstico cada vez más temprano y con un mejor manejo.

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 del país, donde se piensa que el Cáncer del Cuello Uterino solamente se presenta 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 diagnóstico 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 para 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 53.9% de las mujeres poseían el nivel secundario, que provoca limitaciones en el proceso de apropiación de conocimientos en el área acerca de la calidad del conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, ya que los jóvenes en su mayoría inician vida sexual al final del nivel primario o inicios del nivel secundario, y muchos de ellos buscan orientación en el componente sexual, el cual tiene serias limitaciones, y que de alguna manera, al momento de la toma de decisión sobre la realización del Papanicolaou, provoca marcados obstáculos en su práctica, así mismo con el proceso de seguimiento 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.

Un punto importante a favor es que la mayoría de las mujeres indicaron un nivel de escolaridad sobre todo a nivel secundario 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. Además las mujeres, 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, y limitaciones de tiempo, 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 Papanicolaou es un método sencillo para la prevención y diagnóstico a tiempo del cáncer del cuello del útero existe todavía aún, resistencia de parte de algunas 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.

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.

Un aspecto muy relevante a destacar es el hecho de que en su mayoría las mujeres entrevistadas (79.4%), indicaron que habían recibido información acerca del Papanicolaou, donde en su mayoría había sido brindada en la Unidad de Salud. (70.9%). Y por el personal de salud (81.2%)

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 y culturales, por lo que 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 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.

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, (66.4%). Las campañas informativas impulsadas en los últimos años hacia la población femenina, y la participación activa de parte del personal de salud en el proceso de la promoción de la realización de la citología cervicovaginal, han venido poco a poco desarrollado sus resultados. Logrando una mejoría importante en el proceso de captación y cobertura de la población en riesgo.

El nivel de actitud en el grupo de usuarias del presente estudio, indicó que el 57.0% tuvieron una actitud favorable, lo que expone que la influencia por los factores socioculturales se ha venido modificando, y de esa manera el apoyo de valores de la familia nicaragüense, le da a la mujer una sensación de apoyo para tomar la decisión de realizarse el examen.

Esto revela el dato de que dentro de la muestra de usuarias del presente estudio en su mayoría (93.0%) se había realizado el examen de papanicolaou, 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.

El otro reto importante por conquistar es el hecho de que las formas clínicas del cáncer de cérvix uterino no se presenten en los servicios de salud hasta que alcanzan un proceso evolutivo muy avanzado y cuyo pronóstico es bastante sombrío, y para este cambio se hace necesario insistir en el cambio de actitud, de forma positiva no solo de la mujer sino de todo su núcleo familiar.

El nivel de una mala práctica de parte de las mujeres del estudio fue del 66.4%, incluyendo todos los aspectos acerca de la toma y seguimiento del proceso del test del papanicolaou, en relación a la frecuencia, número de papanicolaou realizados etc. Donde tanto el sistema de salud como la propia comunidad deben de mejorar los esfuerzos para que este

comportamiento se modifique, la participación de la familia juega un rol fundamental, así como el apoyo de las parejas de las mujeres en riesgo.

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.

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.

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 católica, es importante indicar que poco a poco los grupos religiosos promueven una participación más activa de parte de la población en relación a las medidas de promoción y prevención de la salud, lo que en un futuro logrará mejorar 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 desarrollaron una participación activa y una buena actitud hacia su participación.

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.

Además, en los resultados obtenidos se evaluó el hecho de que independientemente de la religión que profesaba la usuaria tanto católica como evangélica, mantuvieron una actitud favorable en relación al examen de papanicolaou, ya que demuestra el nivel de conciencia adquirido y que saben que por encima de todo deben de asumir su responsabilidad para cuidar su salud.

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 mala práctica, pero evaluando algunas variables se incluye por ejemplo el hecho que el grupo de mayor edad (39-49 años) tuvo marcadamente el mejor comportamiento, en comparación al resto de las edades, indica que las mujeres de mayor edad tienen una mayor conciencia, acerca de la toma del papanicolaou, en parte porque se encuentran dentro de riesgo, o también por la alta influencia del fenómeno cultural creyendo que hasta esa edad hay que visitar de forma más continua los servicios de salud, de forma propositiva para 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 27- 38 años, donde el comportamiento de las lesiones pre invasivas del cuello uterino tienen mayor prevalencia y en nuestro país, inclusive, la incidencia del Carcinoma del Cuello Uterino, se Presenta 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.

Evaluando el nivel de conocimiento con respecto a las actitudes se demostró que prevaleció la actitud favorable, relacionándolo a un buen conocimiento, lo cual se mantuvo de forma contante en cada uno de los grupos estudiados.

Se observó que dentro del grupo de mujeres que tuvieron un nivel de conocimiento malo es donde la actitud fue más desfavorable (30.4%), 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 prácticas con respecto a la toma del Papanicolaou

7 CONCLUSIONES

1. Predominaron las Mujeres de 27 - 38 años, Acompañadas, Amas de Casa en su mayoría con un nivel de escolaridad Secundaria, y de religión Evangélica. Con una procedencia Urbana.
2. El conocimiento en general fue Bueno, teniendo mayor fortaleza con respecto a la utilidad del examen, y las mayores deficiencias fueron observadas con la preparación para la toma del mismo.
3. Las mujeres en su mayoría recibieron información acerca del Papanicolaou, de parte del personal de Salud, en las Unidades de Salud, en su mayoría le explicaron con lenguaje sencillo
4. 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.
5. La práctica fue mala en su mayoría, encontrando en la mayoría del grupo de mujeres que indicaron que el temor y la vergüenza limitaban su disponibilidad y responsabilidad hacia la toma del examen.

8 RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud (MINSA): debe impulsar y coordinar iniciativas y proyectos para impulsar estrategias que fortalezcan actividades para el conocimiento sobre el tema del Papanicolaou, priorizando la población femenina de mayores grupos de riesgo del país, teniendo un seguimiento acerca de las medidas preventivas sobre el Cáncer de cérvix, con información más coherente a los grupos de baja escolaridad. Y con un constante seguimiento de supervisión.
2. Al Movimiento Comunitario: Reforzar las organizaciones para mejorar el nivel de conocimiento sobre la toma del Papanicolaou y la prevención del tema de Cáncer del Cérvix Uterino, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la patología.
3. A los medios de Comunicación: Desarrollar programas dirigidos a fortalecer el conocimiento en la población, de los aspectos relacionados a la prevención y el diagnóstico temprano del Cáncer Ginecológico (Mama y Cérvix), como estrategia de la calidad de atención en salud.
4. Al SILAIS Managua: Impulsar y consolidar sistemas de referencia y contra referencia del sistema de información, mantenimiento y actualización de bases de datos, para un 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.
5. Al SILAIS Managua: Desarrollar un proceso de capacitación continua a los integrantes de los equipos de salud, para desarrollar una mejor sensibilización sobre este problema de salud pública del país. Impulsando la realización de jornadas y brigadas que tengan como objetivo la masificación de la toma de Papanicolaou con el fin de un diagnóstico temprano y mejorar la calidad de atención de nuestras mujeres.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausubel, D. (1983). *Psicología educativa un punto de vista cognoscitivo*. Mexico, DF: Trillas.
- CHOW MAIRENA, D. Z. (2005). *Nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre sus funciones para con las mujeres con factores de riesgo y cáncer cervicouterino en el centro de salud Juan Manuel Morales y el hospital regional doctor Ernesto Sequeira Blanco*. Bluefields.
- Chow Mairena, D., & Zeledon Tellez, F. (2005). Nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre sus funciones para con las mujeres con factores de riesgo y cáncer cervicouterino en el centro de salud Juan Manuel Morales y el hospital regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco. Bluefields.
- Consejos de alimentación para reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer de BBC*. (15 de 01 de 2016). Obtenido de http://www.healthnutritiondietary_cancer.
- Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008*. (15 de 01 de 2016). Obtenido de rpe.epiredperu.net/.../AO4_Vol14_No1_2010.ht...
- herandez, y. (1990). c. managua: unan.
- lopez, C. (1996). *Factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical*. Granada: Unan-Managua.
- Manual y Normas de procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino*. (1990). ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.
- Manual y Procedimientos para el control del cáncer cervicouterino*. (1990). Estados Unidos de Norte America: organización panamericana de la salud.
- Marina, L. (2009). *Conocimiento, actitudes y práctica de riesgo acerca del CACU en mujeres de la libertad chontales*. Chontales, Nicaragua.
- Ministerio de salud. (2000). *Normas de prevención y atención del cáncer cervicouterino*. Managua, Nicaragua .
- Morales, I. T. (JUNIO-DICIEMBRE de 2010). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL PAPANICOLAOU EN LAS USUARIAS EXTERNAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR*. Managua.
- Rodriguez, N. S. (2006). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del hospital alemán nicaraguense*. Managua.

Solano, N. M. (2010). *CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO, EN EL BARRIO LAS FLORES; SECTOR CAGUAN, CHIPI Y TAMBOS; DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA*. Barranquia, Colombia.

Tenorio, I. (2010). *CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRACTICAS SOBRE EL PAPANICOLAOU EN LAS USUARIAS EXTERNAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ROGER OSORIO*. Managua.

Valdespino, J. (1992). *Manual de encuesta obre ETS/SIDA*. Mexico : CONASIDA.

Z, C. A. (1996). Factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical. En N. R. Jeantschke, *conocimientos, actitud y practicas que poseen mujeres y hombres en edad fertil sobre el cancer cervico uterino* (pág. 5). Granada.

Z, C. A. (1996). *Factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical*,. Granada.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
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. 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 realizarán:

A. INFORMACION GENERAL

1. Edad:

- a) 15 – 26 años _____
- b) 27 – 38 años _____
- c) 39 – 49 años _____

2. estado civil:

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

2. Procedencia:

- a) urbana
- b) rural

3) ocupación:

- a) estudiante
- b) Trabajadora
- c) ama de casa

4) religión

- a) católica
- b) evangélica
- c) otra

5) escolaridad

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

FUENTE DE INFORMACIÓN:

¿Ha recibido Información acerca del Papanicolaou?

SI _____ NO _____

¿Quién le brindó la Información?

- a) Amigos _____
- b) Brigadistas de Salud _____
- c) Personal de Salud _____
- d) Maestros _____
- e) Familiares _____

¿Dónde recibió la Información?

- a) Calle _____
- b) Escuela _____
- c) Centro de Salud _____
- d) Farmacias _____
- e) Folletos _____

¿Qué opina de la Explicación Brindada?

- a) Me explicaron con lenguaje sencillo _____
- b) No entiendo lo que me explicaron _____

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:

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

PROPOSICIONES	A	I	D
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			
17.Las mujeres embarazadas no deben de hacerse el PAP porque produce abortos			
18.El PAP es doloroso por eso no me lo hago			

D.VALORACION DE LAS PRÁCTICAS

- 1) ¿Te has realizado el PAP?
 - Si
 - No

- 2) ¿A qué edad te lo realizaste?

- 3) ¿Obtuviste los resultados del examen?
 - Si
 - No

- 4) ¿Cuántos 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 más 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

GRACIAS POR TU COLABORACION

TABLA N° 1

Características Sociodemográficas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa, que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua.
1 de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Características Sociodemográficas	Numero	%
Edad		
15-26 años	129	39.1
27-38 años	135	40.9
39-49 años	66	20.0
Estado civil		
Soltera	76	23.0
Casada	119	36.1
Acompañada	135	40.9
Religión		
Católica	79	23.9
Evangélica	188	57.0
Otro	63	19.1
Procedencia		
Urbana	284	86.1
Rural	46	13.9
Escolaridad		
Primaria	76	23.0
Secundaria	178	53.9
Técnica	10	3.0
Universidad	66	20.1
Ocupación		
Trabaja	43	13.0
Estudiante	46	13.9
Desempleada	17	5.2
Ama de casa	224	67.9

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 2

Características de la Información brindada a las mujeres sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto a 31 Octubre del 2015

n= 330

Característica de la información	Numero	%
Recibió información		
Si	262	79.4
No	68	20.6
Persona que dio información(*)		
Amigos/as	225	68.2
Brigadistas de Salud	129	39.1
Personal de salud	268	81.2
Maestros	63	19.1
Familiares	153	46.4
Fuente de información(*)		
Calle	43	13.0
Escuela	73	22.1
Centro de salud	234	70.9
Farmacias	102	30.9
Folletos	172	52.1
Opinión de la explicación brindada		
Me explicaron con lenguaje sencillo.	259	78.5
No entiendo lo que me explican.	71	21.5

Fuente: Encuesta. (*) Algunas Usuarías indicaron mas de una respuesta

TABLA N° 3

Conocimientos acerca de la utilidad del Papanicolaou que tienen las mujeres sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Conocimientos sobre el PAP	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud	326	98.9	1	0.3	3	0.9
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en la vagina	323	97.9	2	0.6	5	1.5
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos	56	17.0	257	77.9	17	5.2
El PAP sirve para saber si la mujer tiene infección en su genitales	317	96.1	10	3.0	3	0.9
El PAP detecta a tiempo el cáncer de cuello del útero	317	96.1	11	3.3	2	0.6
El PAP detecta el SIDA	116	35.2	188	56.9	26	7.9
El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios	142	43.0	135	40.9	53	16.1
El PAP produce abortos	76	23.0	162	49.1	92	27.9

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 4

Conocimientos sobre las personas que deben de realizarse el Papanicolaou según opinión de las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Preposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben de realizárselo	20	6.1	303	91.8	7	2.1
El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales	320	97.0	2	0.6	8	2.4

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 5

Conocimientos sobre la frecuencia de realización de Papanicolaou según opinión de las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP debe realizarse cada 6 meses	218	66.1	102	30.9	10	3.0
El PAP debe realizarse cada año	290	87.9	33	10.0	7	2.1

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 6

Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la realización del Papanicolaou según opinión de las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Las mujeres pueden tener relaciones sexuales	3	0.9	310	93.9	17	5.2
Las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP	43	13.0	251	76.1	36	10.9
La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP	5	1.5	309	93.6	16	4.8
La mujer debe realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP	59	17.9	238	72.1	33	10.0

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 7

Conocimientos acerca de los riesgos de padecer cáncer cervicouterino según opinión de las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Iniciar las relaciones muy jóvenes puede causar cáncer del cuello de la matriz	188	57.0	46	13.9	96	29.1
Tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz	125	37.9	96	29.1	109	33.0

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 8

Nivel de Conocimientos de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1 de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	219	66.4
Regular	71	21.5
Malo	40	12.1

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 9

Actitud hacia el examen del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Proposiciones	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es un examen importante para la salud de la mujer	328	99.4	1	0.3	1	0.3
Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra	327	99.1	1	0.3	2	0.6
La Doctora o enfermera me da más confianza a la hora de tomarme la muestra	208	63.0	3	0.9	119	36.1
La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer	175	53.0	3	0.9	152	46.1
La religión influye en mi decisión de realizarme el PAP	244	73.9	7	2.1	79	23.9
Una mujer con más estudios hará el PAP más fácilmente	172	52.1	13	3.9	145	43.9
Principalmente las personas de la ciudad deben hacerse el PAP	20	6.1	5	1.5	305	92.4
La familia debe influir en la decisión de realizarse el PAP	140	42.4	2	0.6	188	57.0
Solo las mujeres con muchos compañeros deben realizarse el PAP	33	10.0	7	2.1	290	87.9
El PAP debe hacerse solo cuando la enfermera o Doctor. lo indique	36	10.9	20	6.1	274	83.0
El PAP debe de realizárselo las mujeres que planifican	284	86.1	36	10.9	10	3.0
El PAP produce sangrado	26	7.8	40	12.1	264	80.0
Todas las mujeres deben realizárselo antes de tener un hijo	218	66.1	46	13.9	66	20.0
Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben realizarse el PAP	26	7.9	7	2.1	297	90.0
El PAP es doloroso	16	4.8	7	2.1	307	93.0
Produce abortos	76	23.0	162	49.1	92	27.9

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

TABLA N° 10

Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1 de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 330

Nivel de Actitud ante el PAP	N°	%
Favorable	188	57.0
Indeciso	86	26.0
Desfavorable	56	17.0

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 11

Realización de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1 de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n=330

Realización de Citología Cervico Vaginal (Papanicolaou)	N°	%
SI	307	93.0
NO	23	7.0

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 12

Edad de realización de papanicolaou por primera vez en las mujeres, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Edad de Realización del Papanicolaou	N°	%
15 a 25 años	264	86.0
26 a 35 años	30	9.8
36 a 49 años	13	4.2

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 13

Obtención de los Resultados, en las mujeres a las cuales se realizó el Papanicolaou, que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Obtención de Resultados	N°	%
SI	300	97.7
NO	7	2.3

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 14

Número de Papanicolaou realizado en las mujeres, que se realizaron el Papanicolaou y que acuden al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Número de Papanicolaou realizados	N°	%
UNO	49	16.0
DOS	24	7.8
MÁS DE DOS	234	76.2

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 15

Frecuencia de realización de la toma de Papanicolaou en las mujeres, a las cuales se han realizado el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Frecuencia de Realización del Papanicolaou	N°	%
Cada 3 meses	16	5.2
Cada 6 meses	80	26.1
Cada año	142	46.3
Cada 2 años	69	22.5

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 16

Tiempo de realización de Último Papanicolaou, les se han realizado el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Tiempo de Realización del Último Papanicolaou	N°	%
Menos de un año	181	59.0
1 a 2 años	82	26.7
Más de 2 años	44	14.3

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 17

Razones por las cuales se han realizado el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 307

Razones de realización del PAP	N°	%
Para proteger la salud	278	91.0
Por orden medica	295	96.1
Para saber si tengo cáncer	236	76.9
Por interés propio	112	36.5
Por control prenatal	296	96.4

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

TABLA N° 18

Razones por las cuales NO se han realizado el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n= 23

Razones de NO realización del PAP	N°	%
Temor	22	95.7
Vergüenza	22	95.7
Por descuido	19	82.6
Falta de importancia	16	69.6

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 19

Nivel de Prácticas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n=330

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	42	12.7
Regular	69	20.9
Mala	219	66.4

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 20

Características Sociodemográficas versus Nivel de conocimientos sobre el Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, de 1° Agosto a 31 Octubre de 2015

n=330

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	94	72.9	19	14.7	16	12.4
27-38 años	102	75.6	18	13.3	15	11.1
39-49 años	23	34.9	34	51.5	9	13.6
Estado civil						
Soltera	20	26.3	30	39.5	26	34.2
Casada	99	83.2	16	13.4	4	3.4
Acompañada	100	74.1	25	18.5	10	7.4
Ocupación						
Estudiante	21	45.7	21	45.7	4	8.7
Desempleada	8	47.1	8	47.1	1	5.9
Ama de casa	180	80.4	30	13.4	14	6.3
Trabaja	10	23.3	12	27.9	21	48.8
Religión						
Católica	58	73.4	13	16.5	8	10.1
Evangélica	120	63.8	42	22.3	26	13.8
Otras	41	65.1	16	25.4	6	9.5
Escolaridad						
Primaria	33	43.4	30	39.5	13	17.1
Secundaria	152	85.4	20	11.2	6	3.4
Técnico	5	50.0	3	30.0	2	20.0
Universidad	29	43.9	18	27.3	19	28.8
Procedencia						
Urbana	200	70.4	48	16.9	36	12.7
Rural	19	41.3	23	50.0	4	8.7

Fuente: Encuesta.

TABLA N ° 21

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, de 1° Agosto a 31 Octubre de 2015

n=330

Características Sociodemográficas	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	66	51.2	40	31.0	23	17.8
27-38 años	102	75.6	21	15.6	12	8.9
39-49 años	20	30.3	25	37.9	21	31.8
Estado civil						
Soltera	24	31.6	33	43.4	19	25.0
Casada	76	63.9	30	25.2	13	10.9
Acompañada	88	65.2	23	17.0	24	41.5
Ocupación						
Estudiante	21	45.7	13	28.3	12	26.1
Desempleada	13	76.5	3	17.6	1	5.9
Ama de Casa	137	61.2	55	24.6	32	14.3
Trabaja	17	39.5	15	34.9	11	25.6
Religión						
Católica	52	65.8	15	19.0	12	15.2
Evangélica	109	58.0	58	30.9	21	11.2
Otra	27	42.9	13	20.6	23	36.5
Escolaridad						
Primaria	38	50.0	27	35.5	11	14.5
Secundaria	112	62.9	47	26.4	19	10.7
Técnico	6	60.0	3	30.0	1	10.0
Universidad	32	48.5	9	13.6	25	37.9
Procedencia						
Urbana	172	60.6	71	25.0	41	14.4
Rural	16	34.8	15	32.6	15	32.6

Fuente: Encuesta.

TABLA N ° 22

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

n=330

Características sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	20	15.5	26	20.2	83	64.3
27-38 años	11	8.1	18	13.3	106	78.5
39-49 años	11	16.7	25	37.9	30	45.5
Estado civil						
Soltera	15	19.7	28	36.8	33	43.4
Casada	13	10.9	32	26.9	74	62.2
Acompañada	14	10.4	9	6.7	112	83.0
Ocupación						
Estudiante	10	21.7	17	37.0	19	41.3
Desempleada	9	52.9	4	23.5	4	23.5
Ama de casa	11	4.9	28	12.5	185	82.6
Trabaja	12	27.9	20	46.5	11	25.6
Religión						
Católica	12	15.2	25	31.6	42	53.2
Evangélica	20	10.6	19	10.1	149	79.3
Otra	10	15.9	25	39.7	28	44.4
Escolaridad						
Primaria	16	21.1	21	27.6	39	51.3
Secundaria	3	1.7	23	12.9	152	85.4
Técnico	1	10.0	3	30.0	6	60.0
Universidad	22	33.3	22	33.3	22	33.3
Procedencia						
Urbano	31	10.9	51	18.0	202	71.1
Rural	11	23.9	18	39.1	17	37.0

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 23

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, de 1° Agosto a 31 Octubre de 2015

n= 330

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	130	69.1	38	20.2	20	10.6
REGULAR	60	69.8	23	26.7	3	3.5
MALO	29	51.8	10	17.9	17	30.4

Fuente: Encuesta.

TABLA N° 24

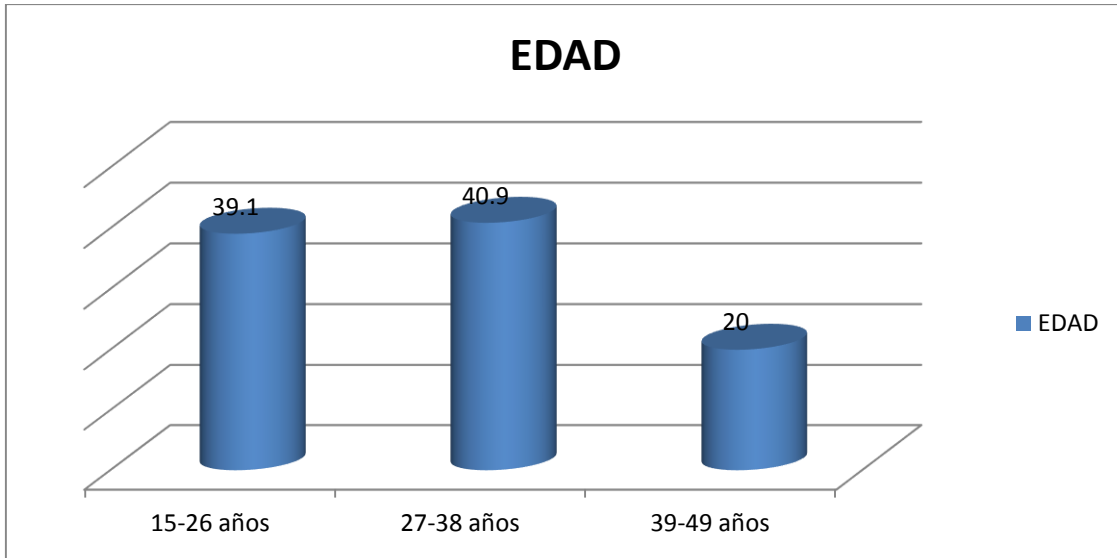
Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua, de 1° Agosto a 31 Octubre de 2015

n= 330

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	12	28.6	16	38.1	14	33.3
REGULAR	40	58.0	19	27.5	10	14.5
MALO	167	76.3	36	16.4	16	7.3

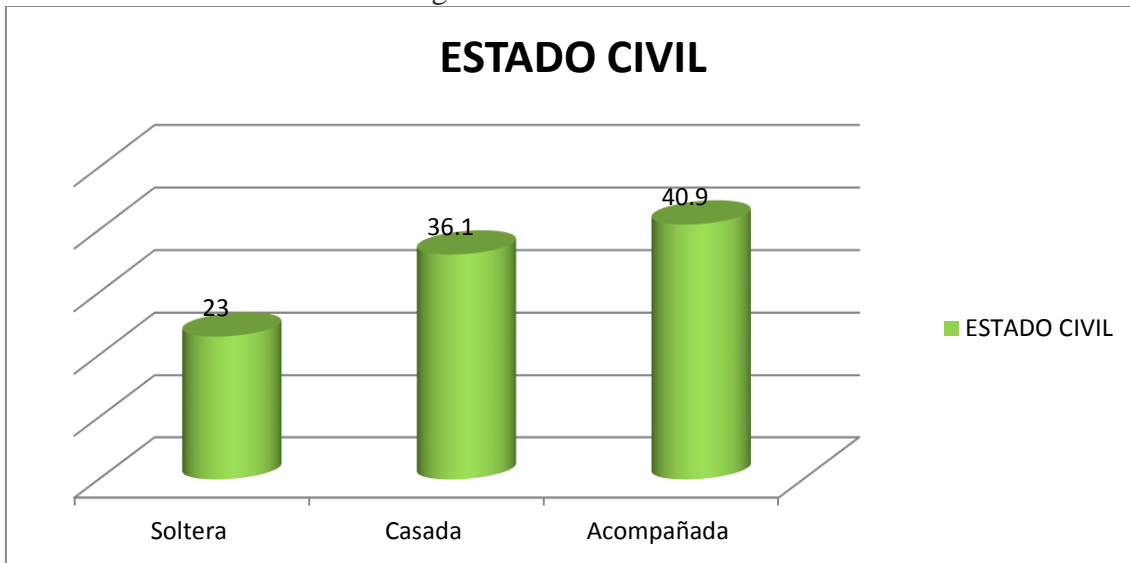
Fuente: Encuesta.

Gráfico N° 1
Edad de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



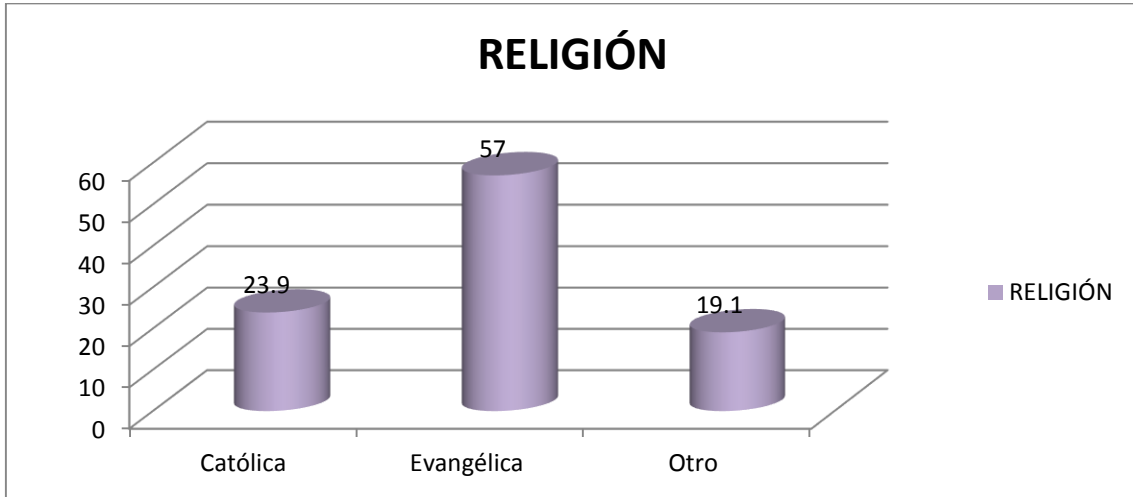
Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 2
Estado Civil de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



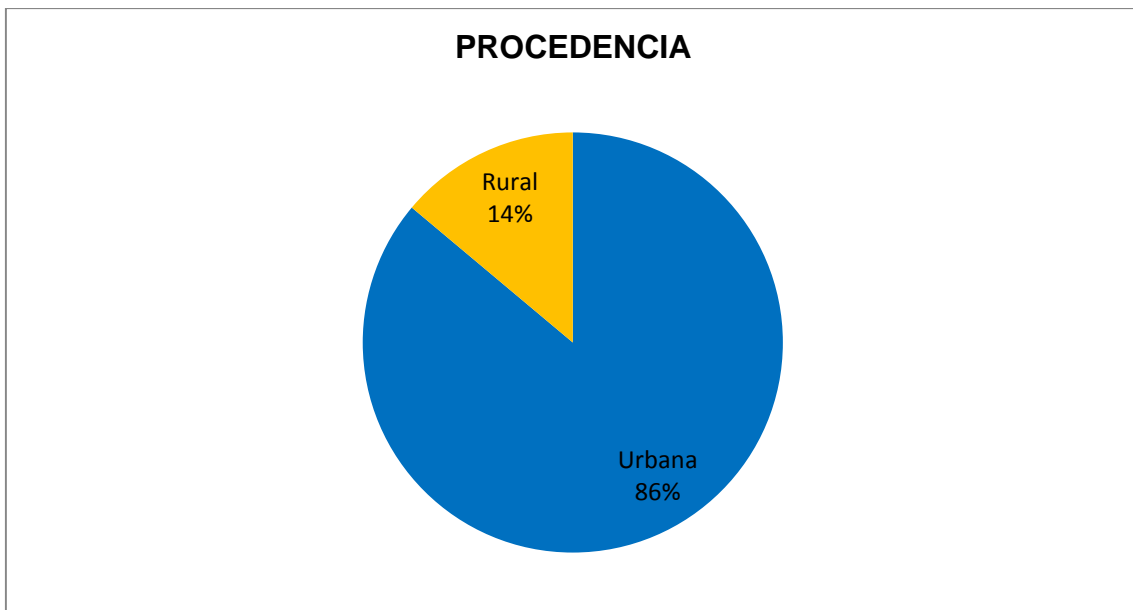
Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 3
Religión de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



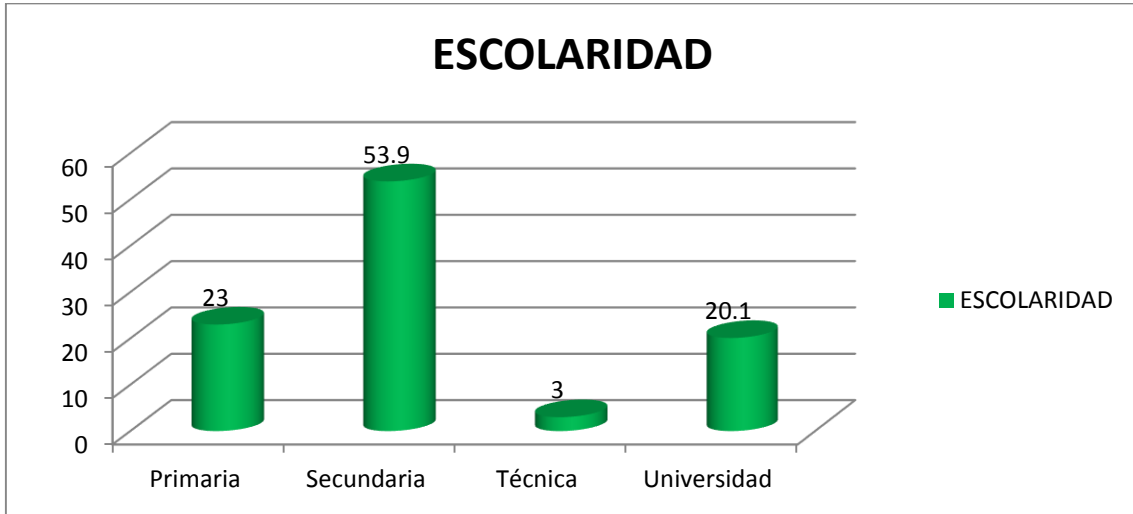
Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 4
Procedencia de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



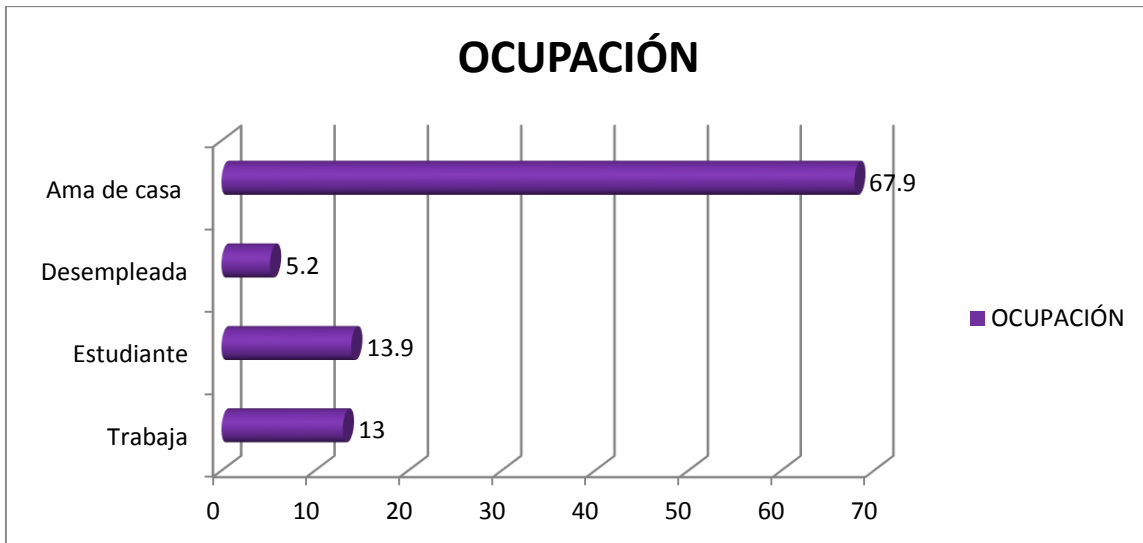
Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 5
 Escolaridad de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
 Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 1

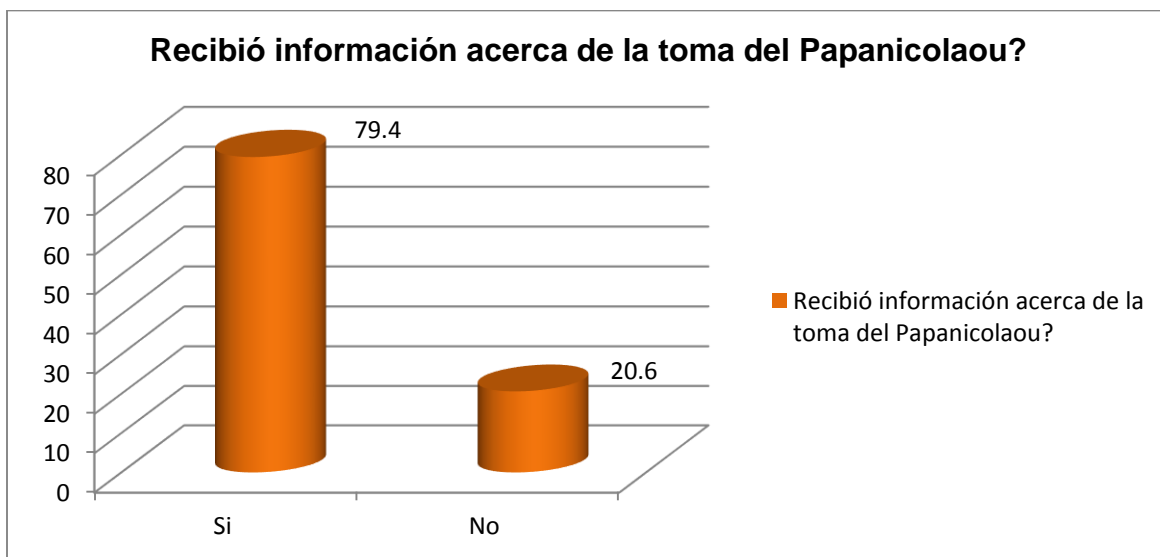
Gráfico N° 6
 Ocupación de las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al
 Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 7

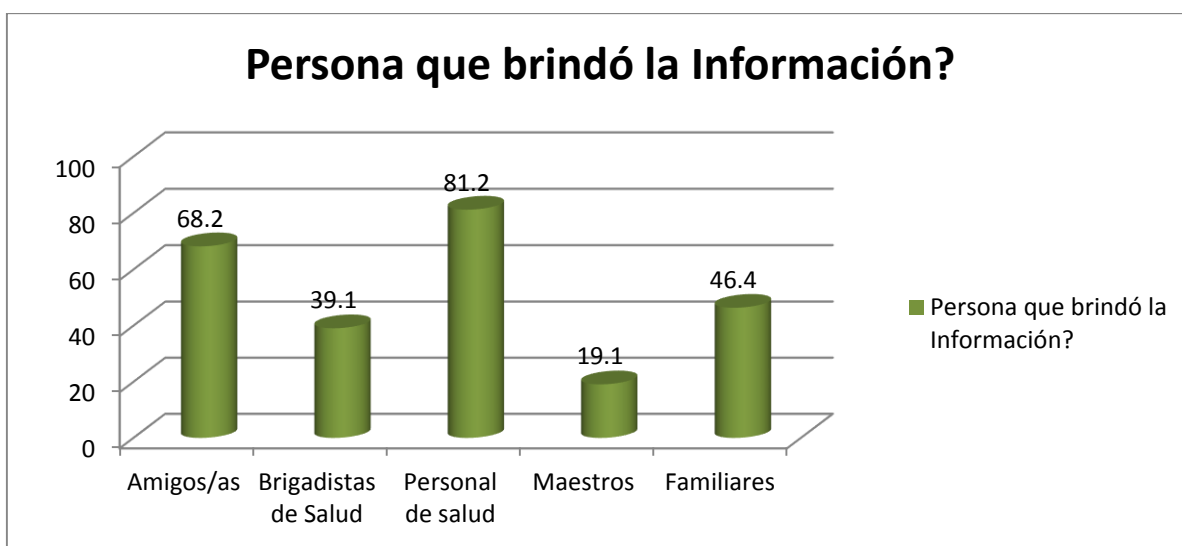
Antecedentes de Recibir la información brindada a las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 8

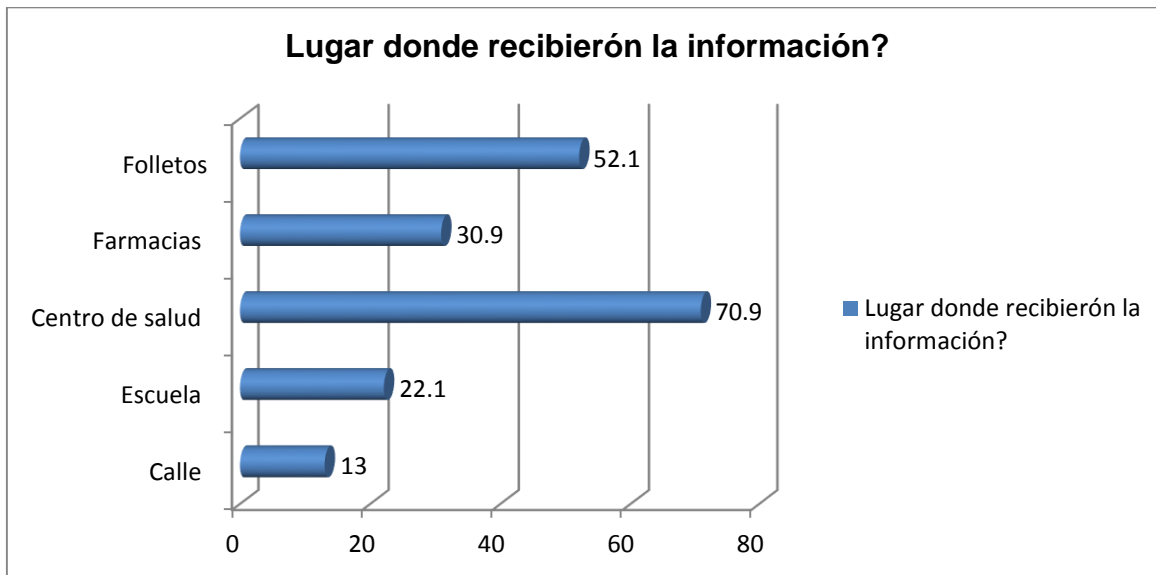
Persona que brindó la Información a las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 9

Lugar donde recibieron la Información las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 10

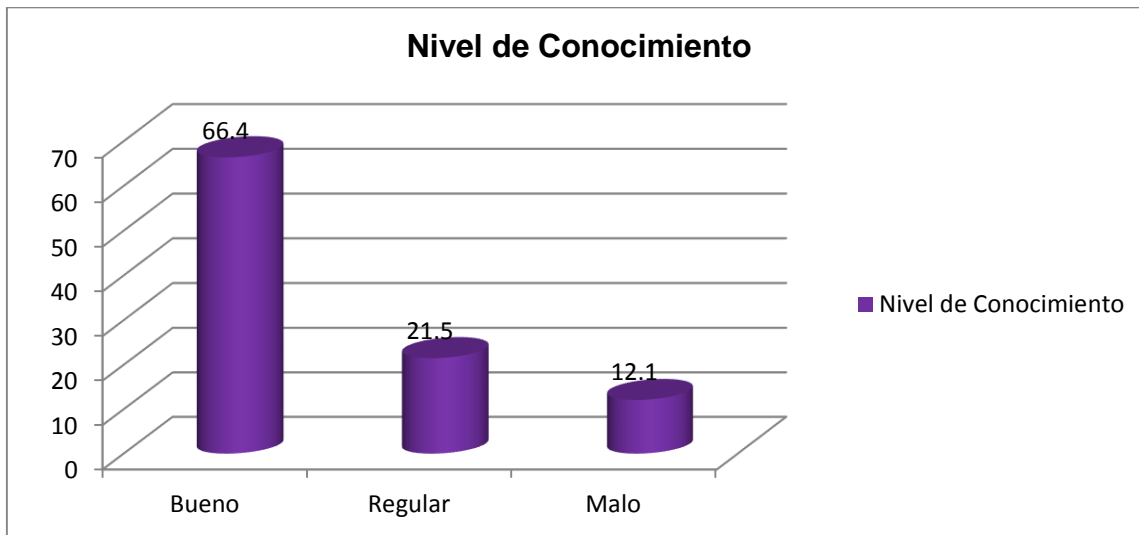
Calidad de la Información obtenida por las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 11

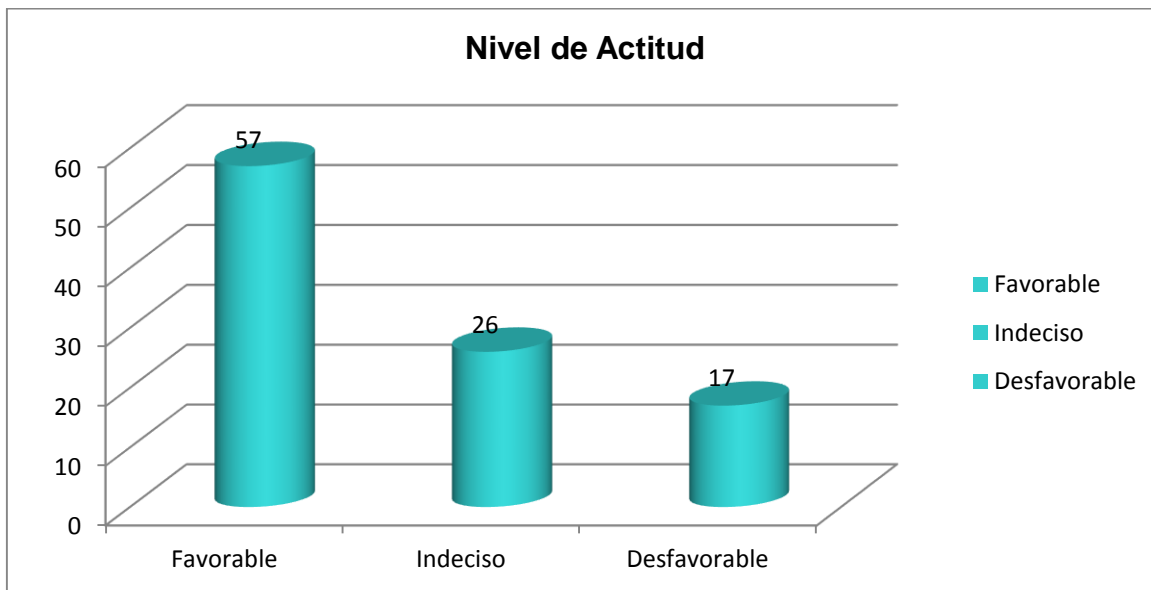
Nivel de Conocimientos de las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 12

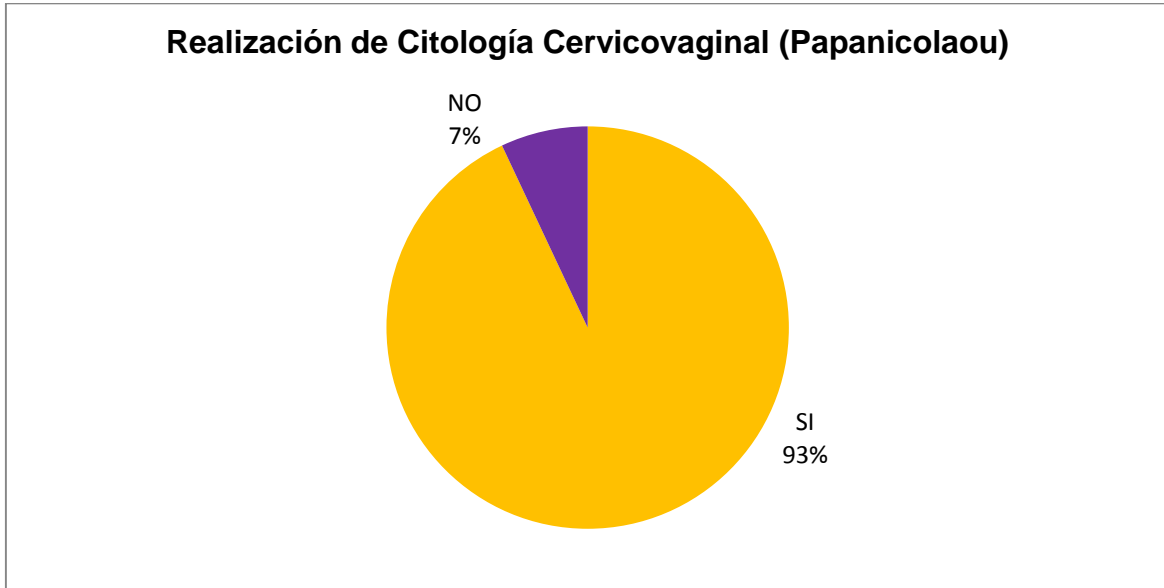
Nivel de Actitud de las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 10

Gráfico N° 13

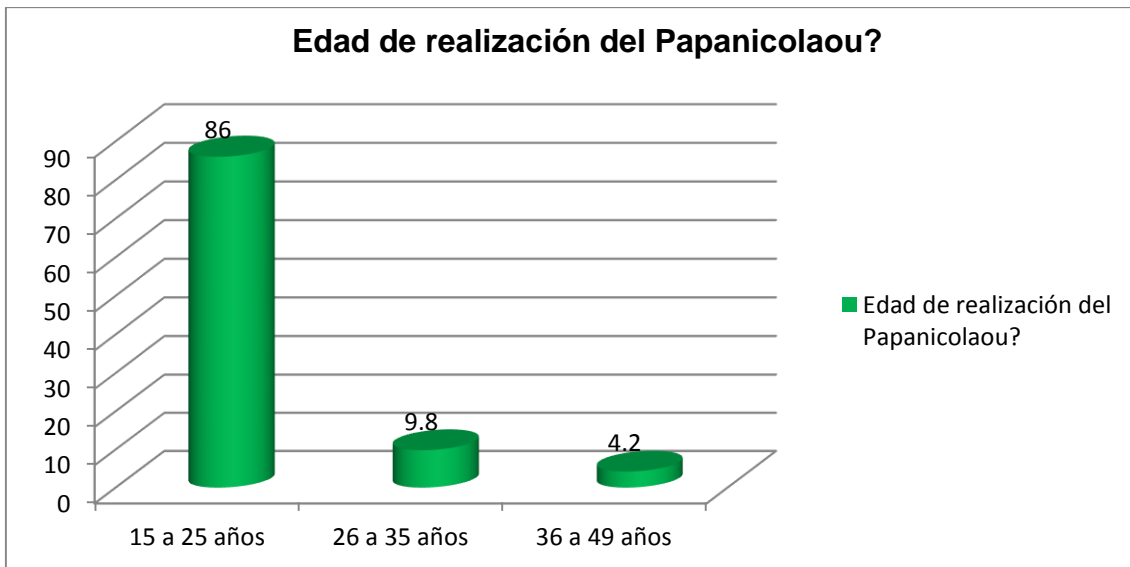
Realización de Papanicolaou en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 14

Edad de Realización de Papanicolaou en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 15

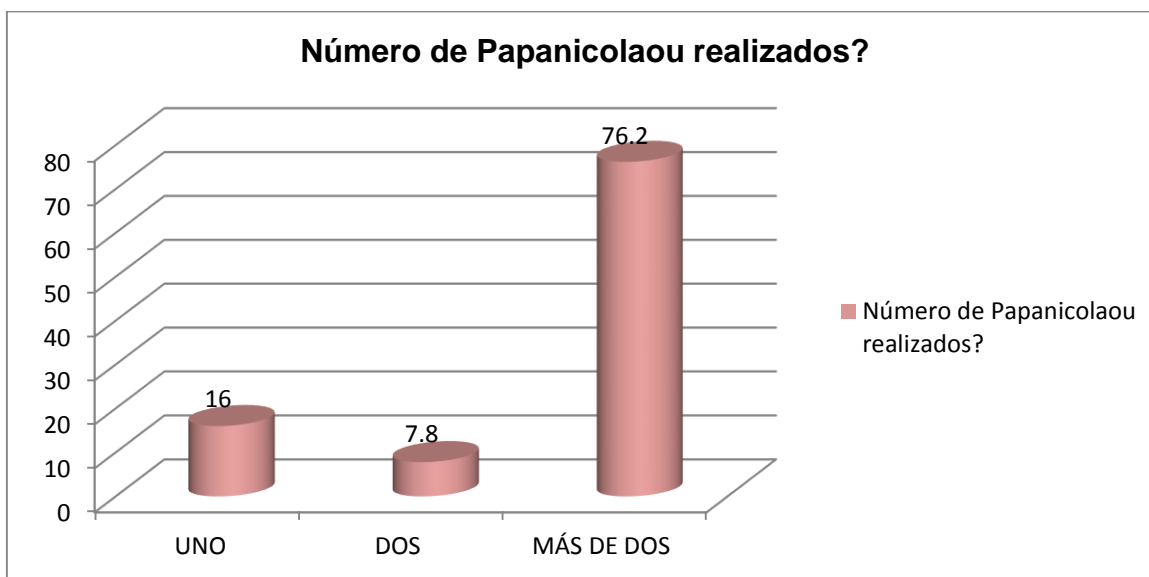
Obtención de los Resultados del Papanicolaou en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 16

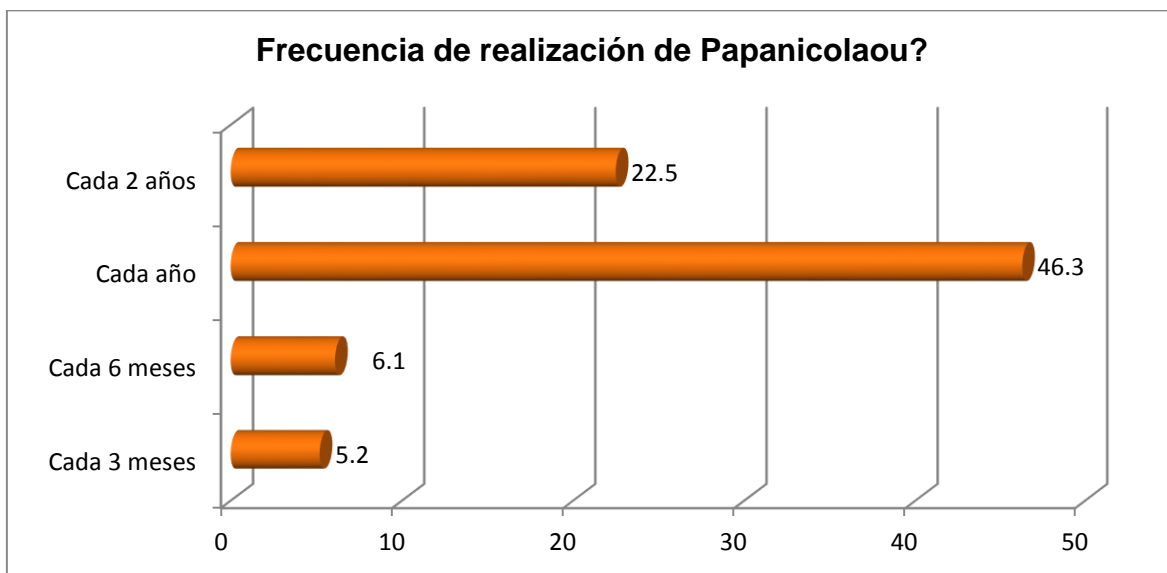
Número de Papanicolaou realizados a las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 14

Gráfico N° 17

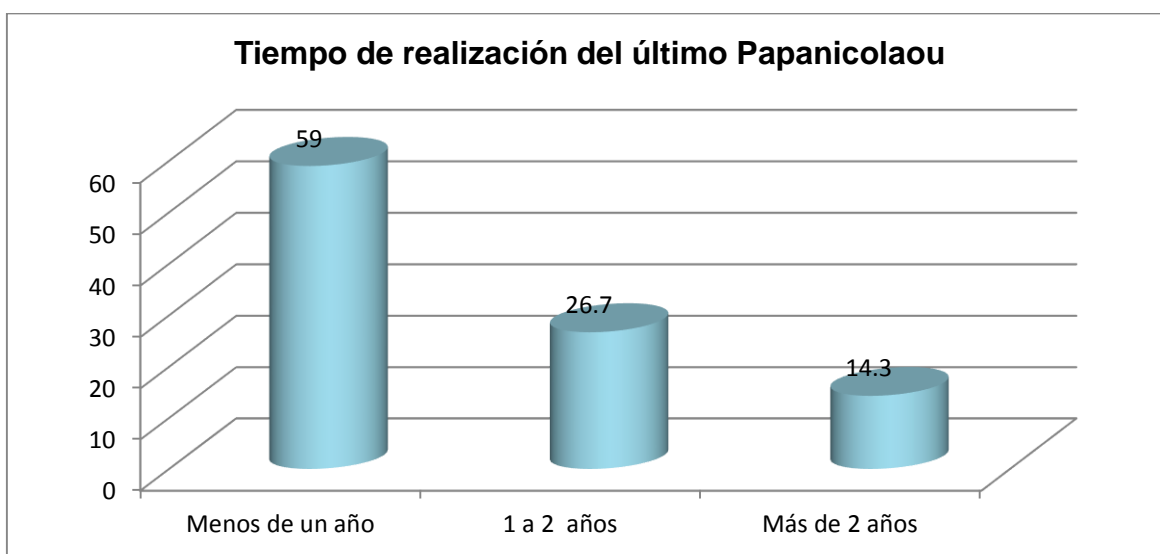
Frecuencia de Realización de Papanicolaou realizados a las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 15

Gráfico N° 18

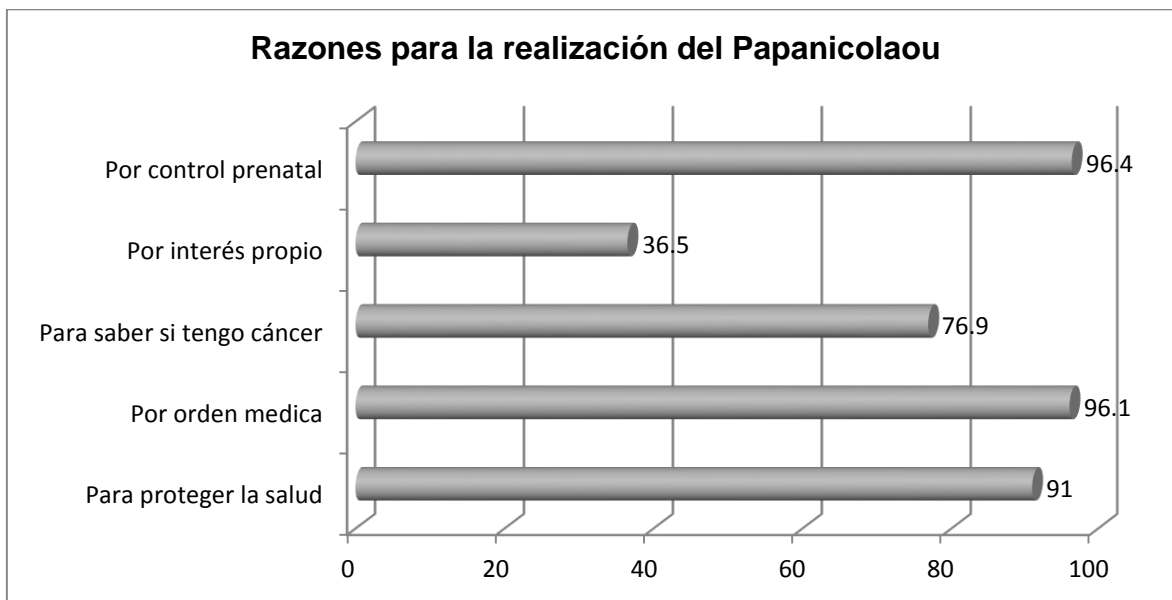
Tiempo de Realización del Ultimo Papanicolaou realizado a las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 16

Gráfico N° 19

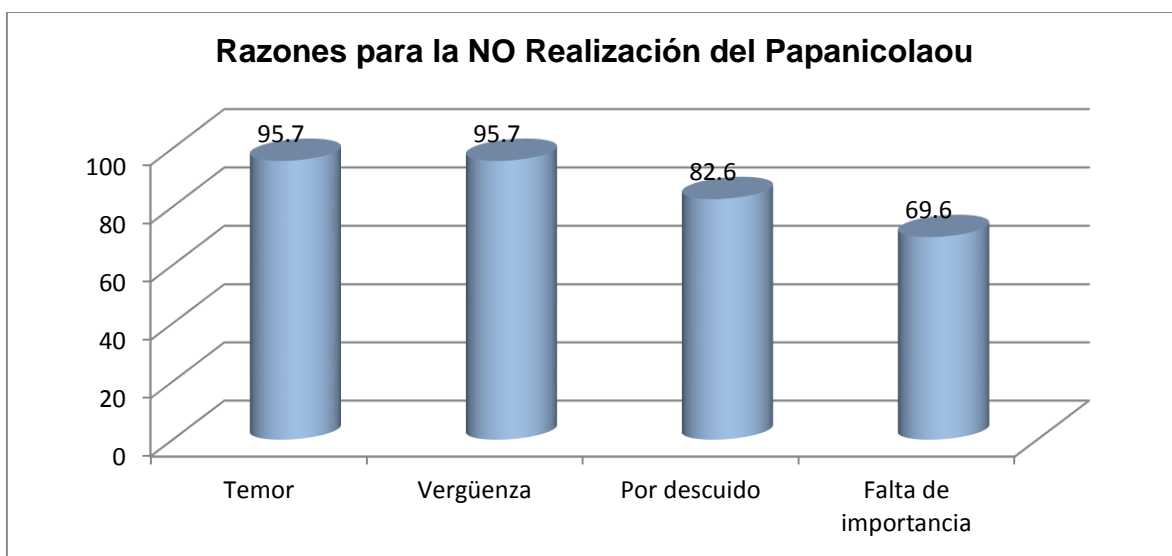
Razones para la Realización de Papanicolaou en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 17

Gráfico N° 20

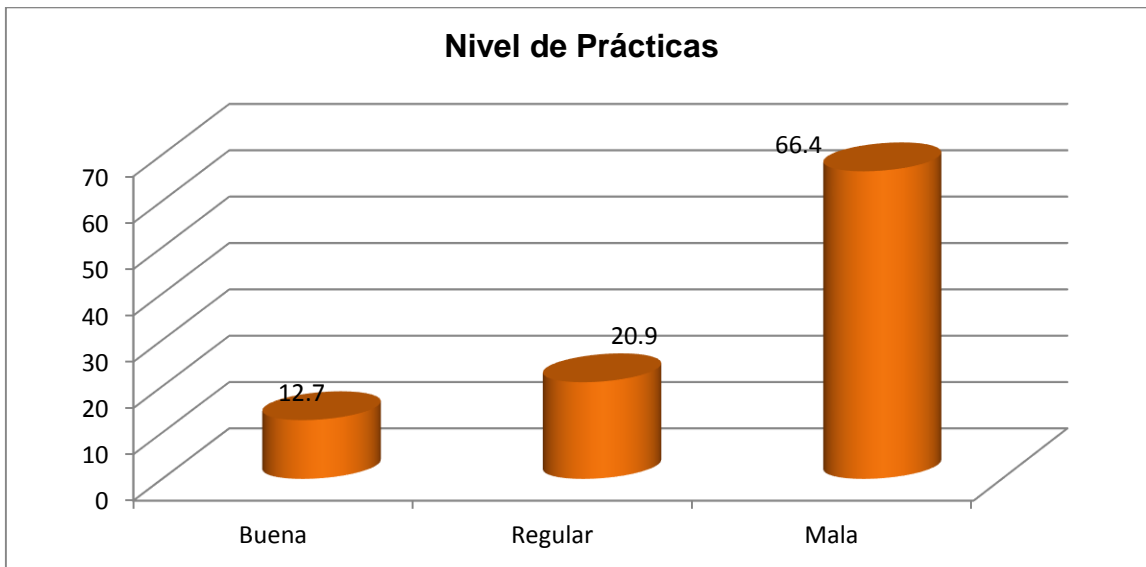
Razones para la NO Realización de Papanicolaou en las mujeres, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 18

Gráfico N° 21

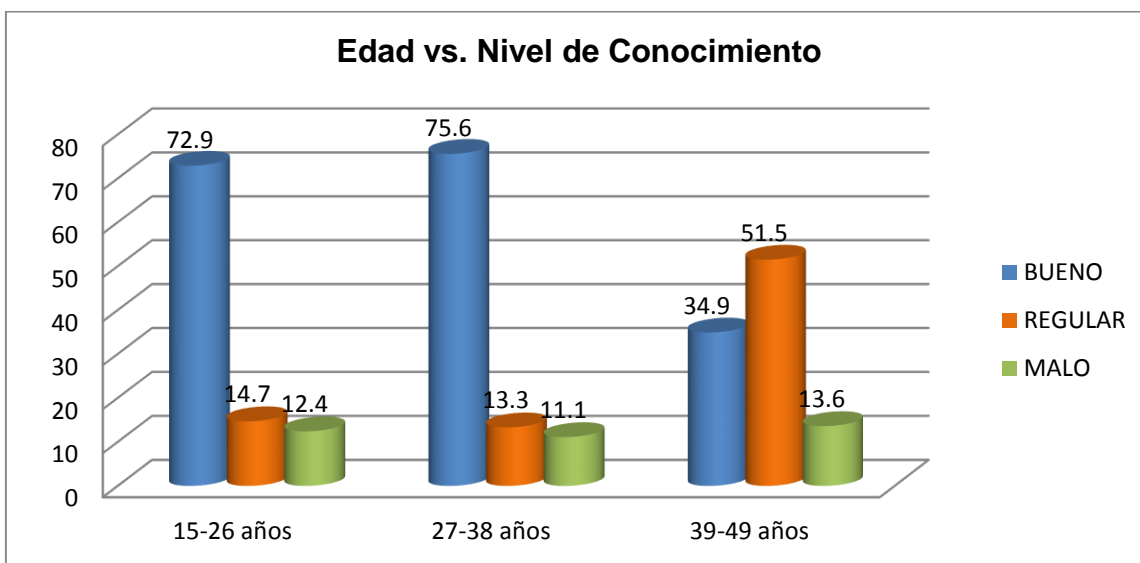
Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, en relación al Papanicolaou, que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 19

Gráfico N° 22

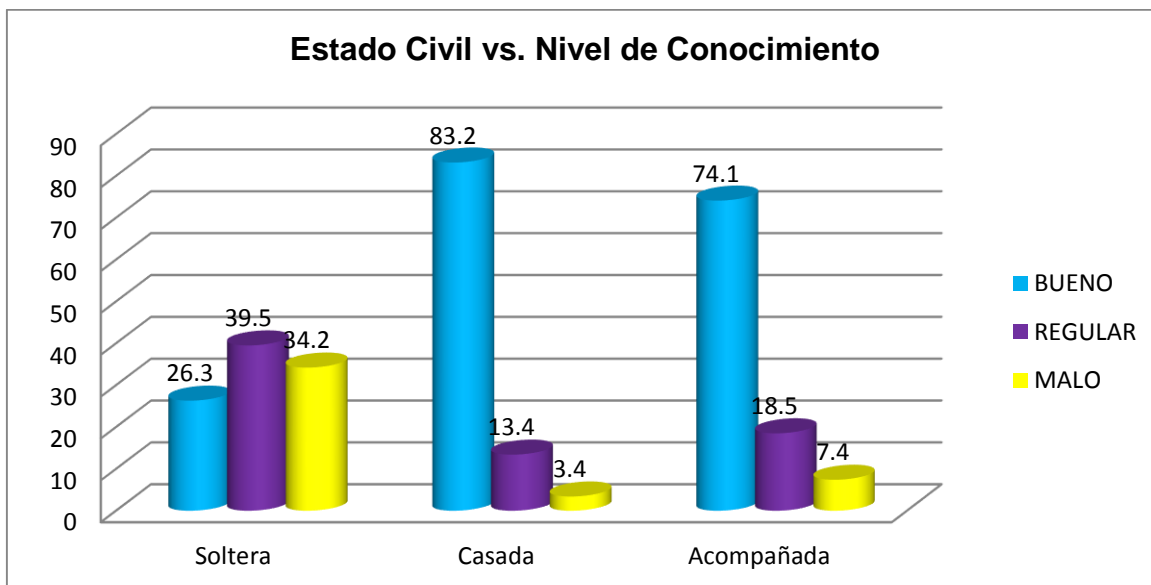
Edad vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 23

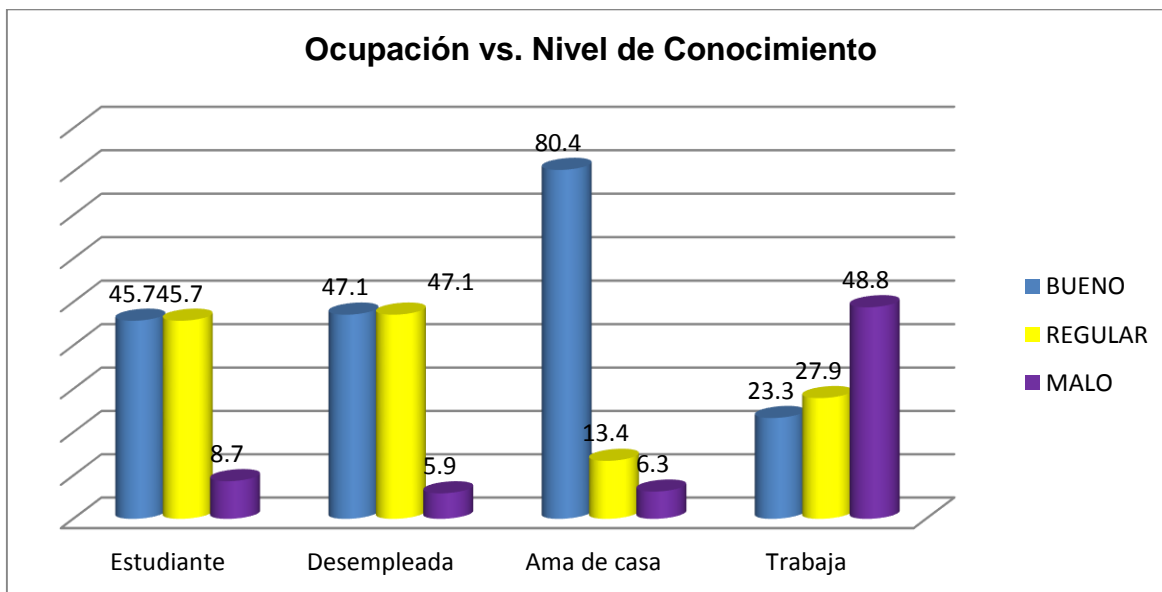
Estado Civil vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 24

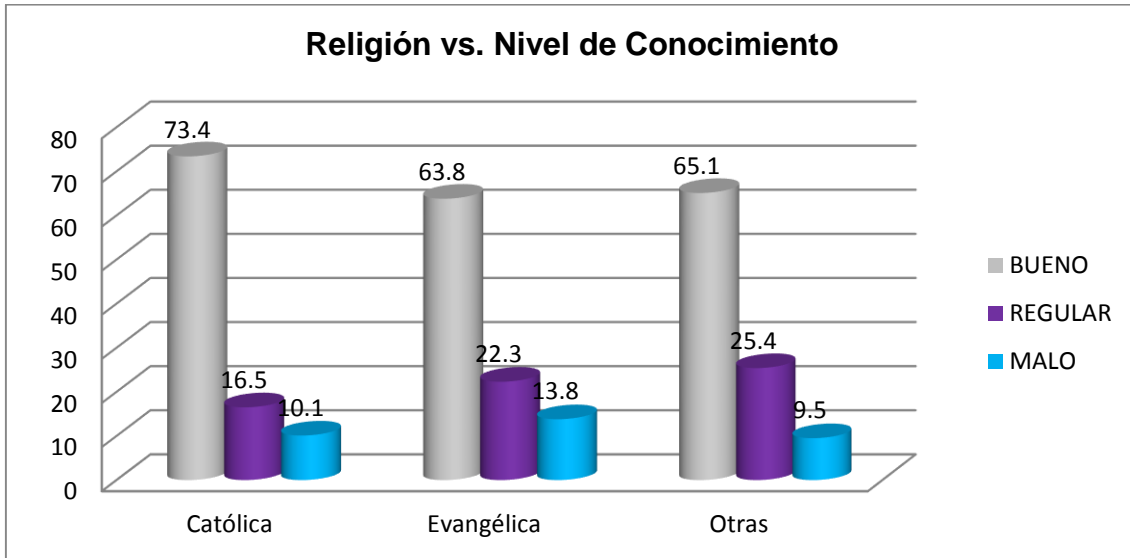
Ocupación vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 25

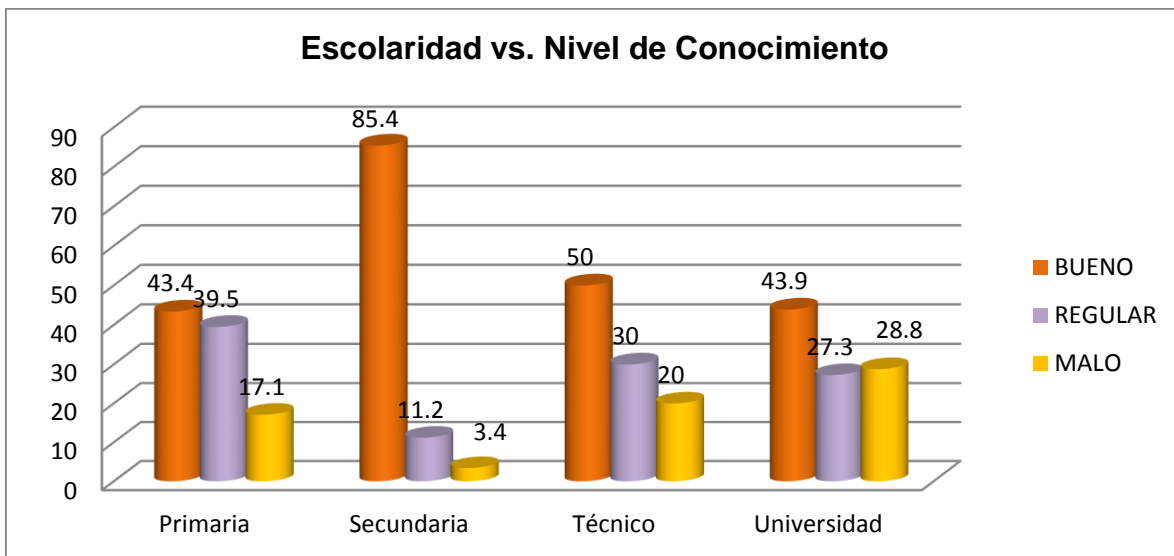
Religión vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 26

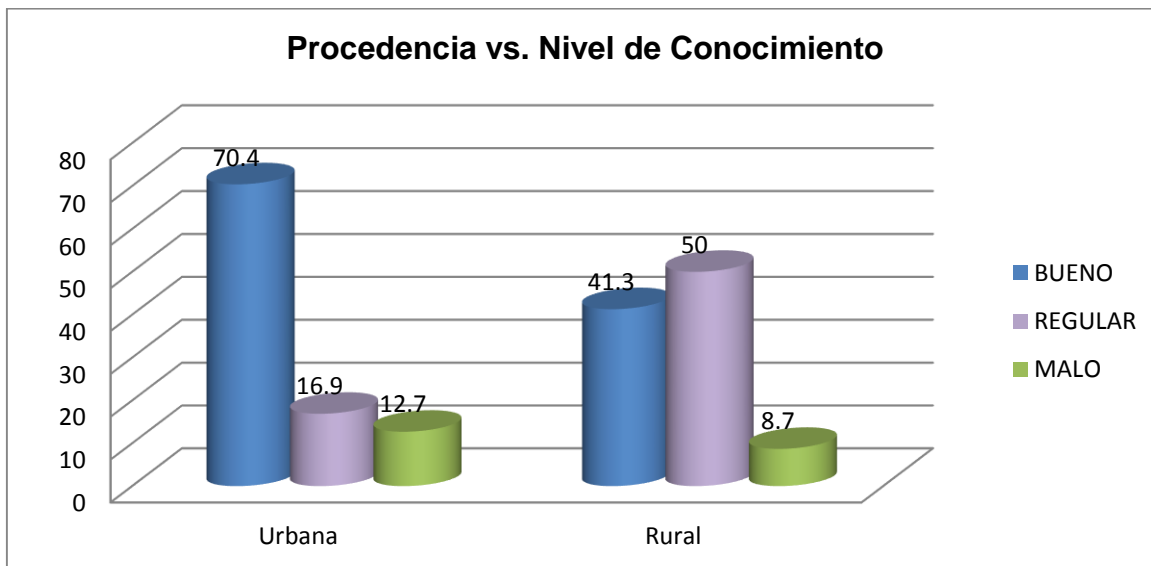
Escolaridad vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 27

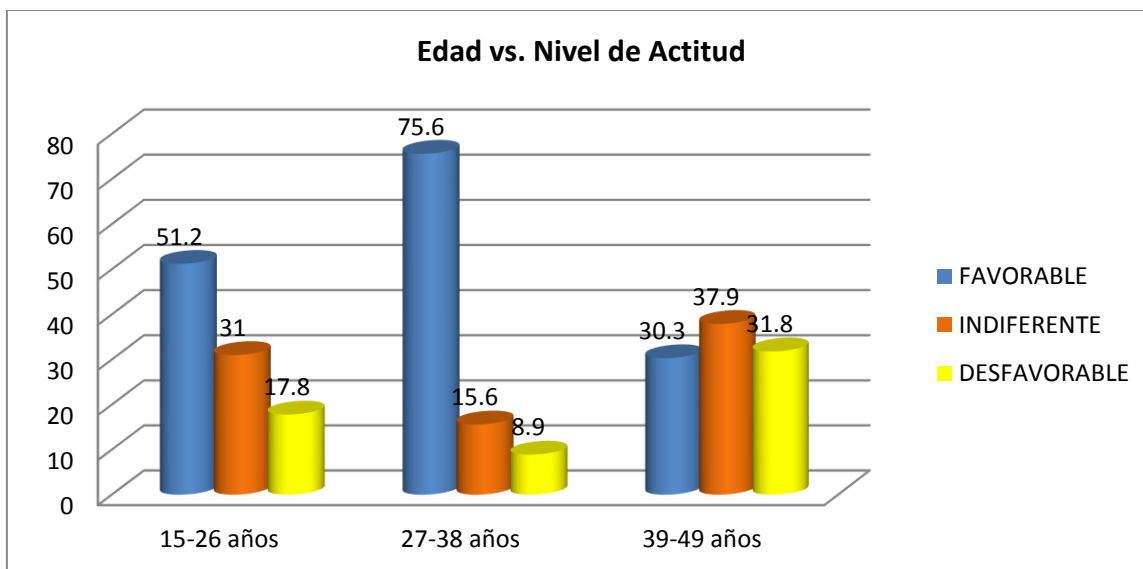
Procedencia vs. Nivel de Conocimiento sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 28

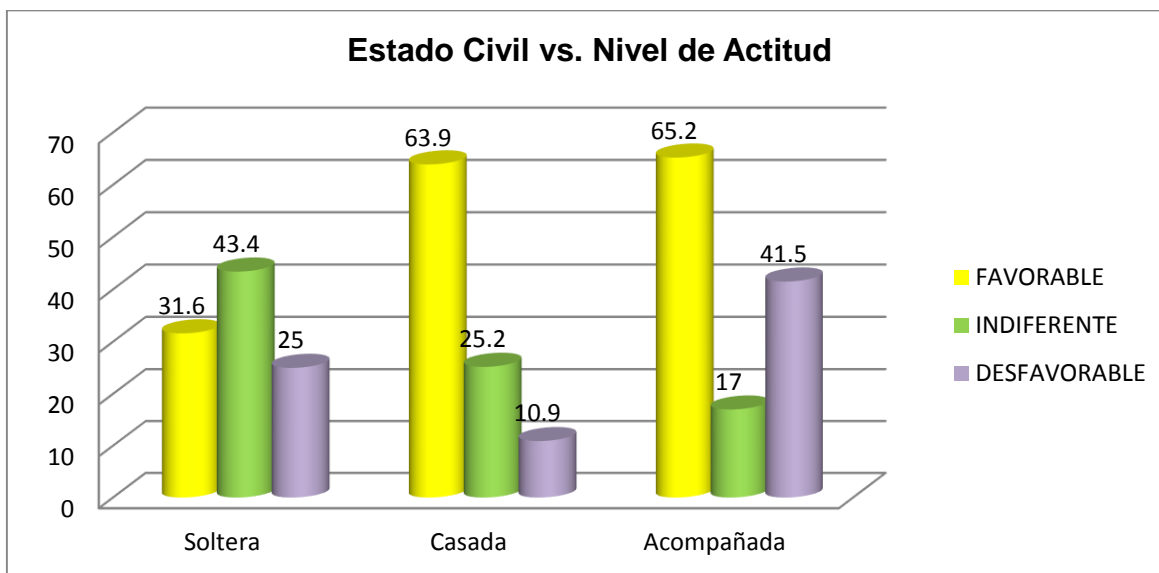
Edad vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 29

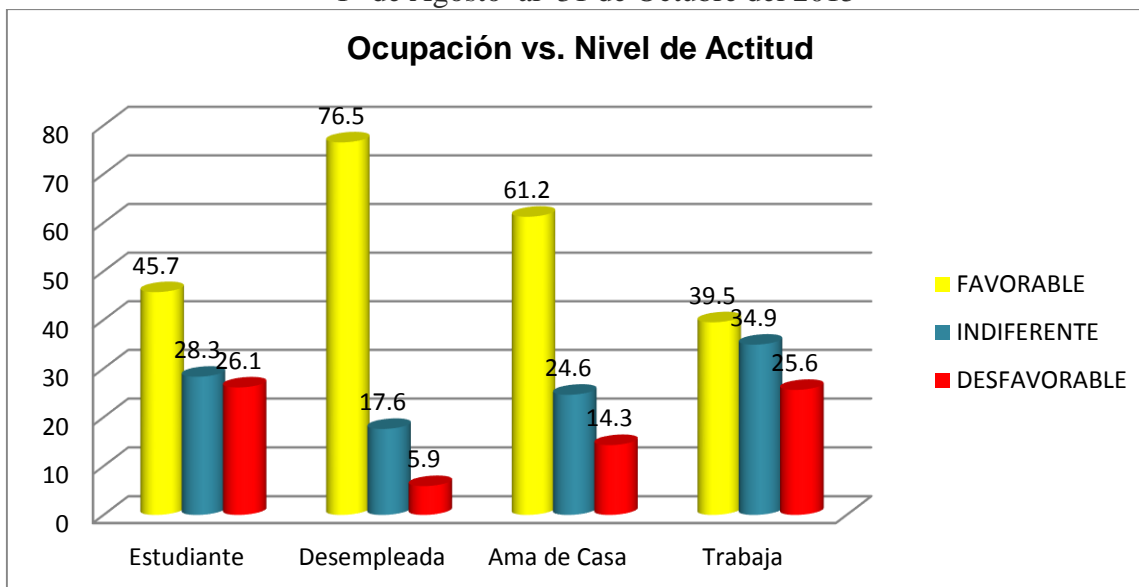
Estado Civil vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 30

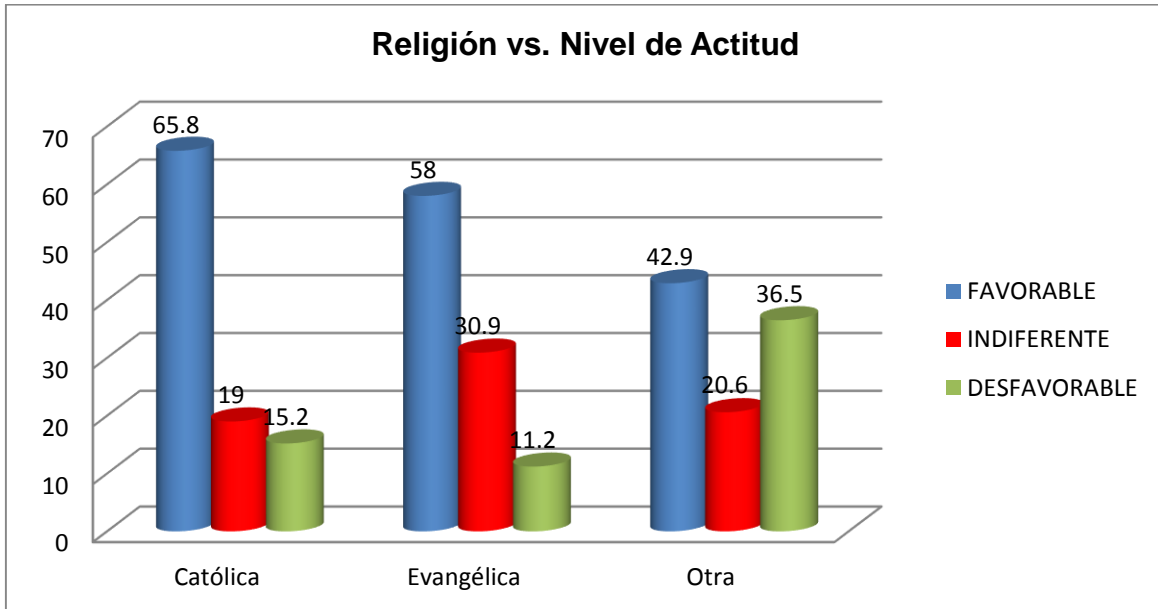
Ocupación vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 31

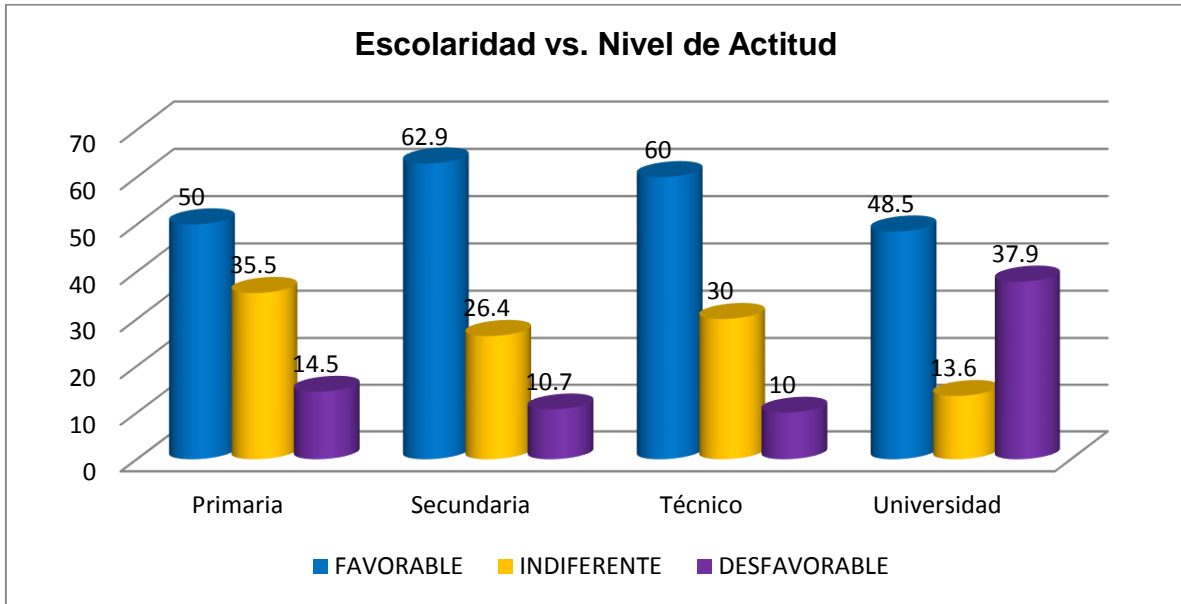
Religión vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 32

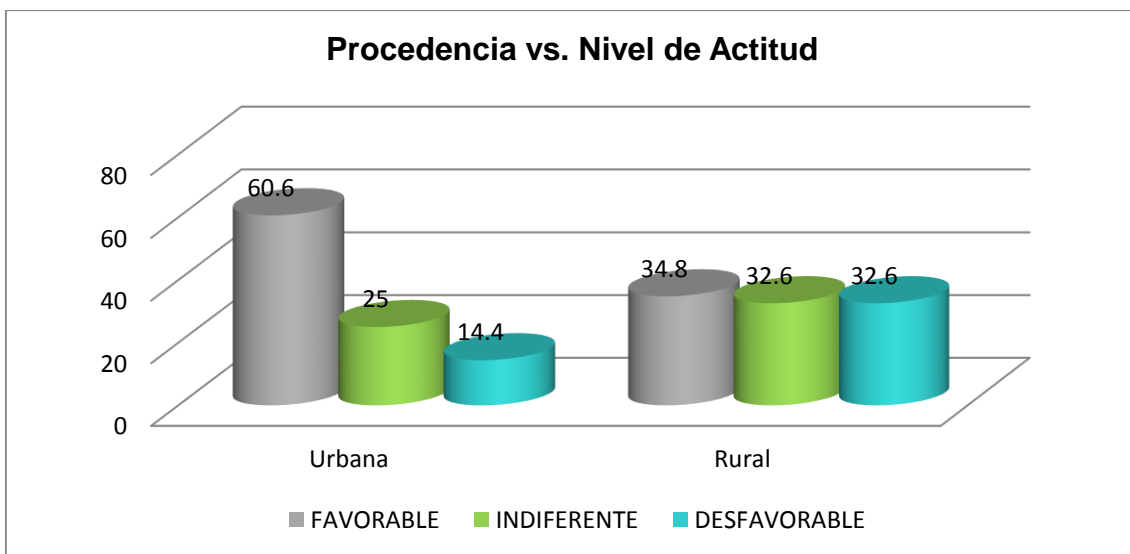
Escolaridad vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 33

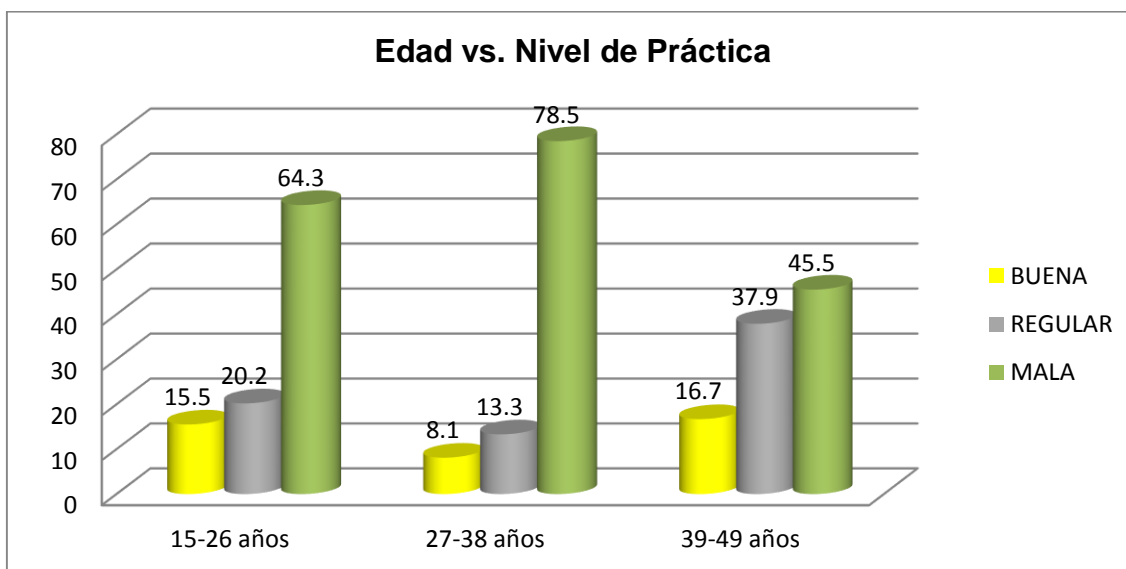
Procedencia vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 34

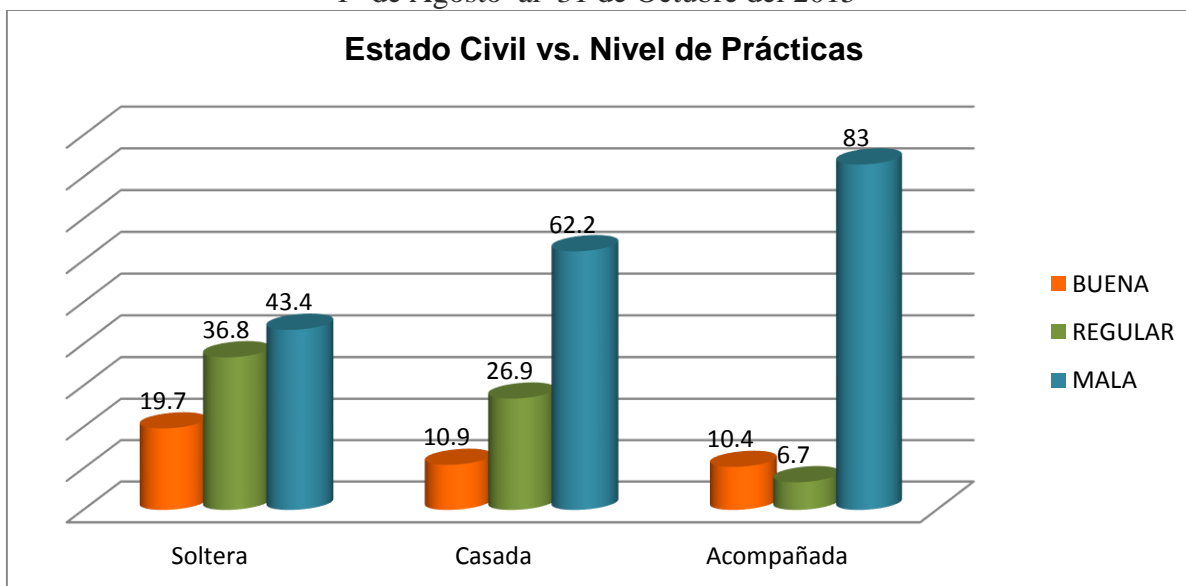
Edad vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 35

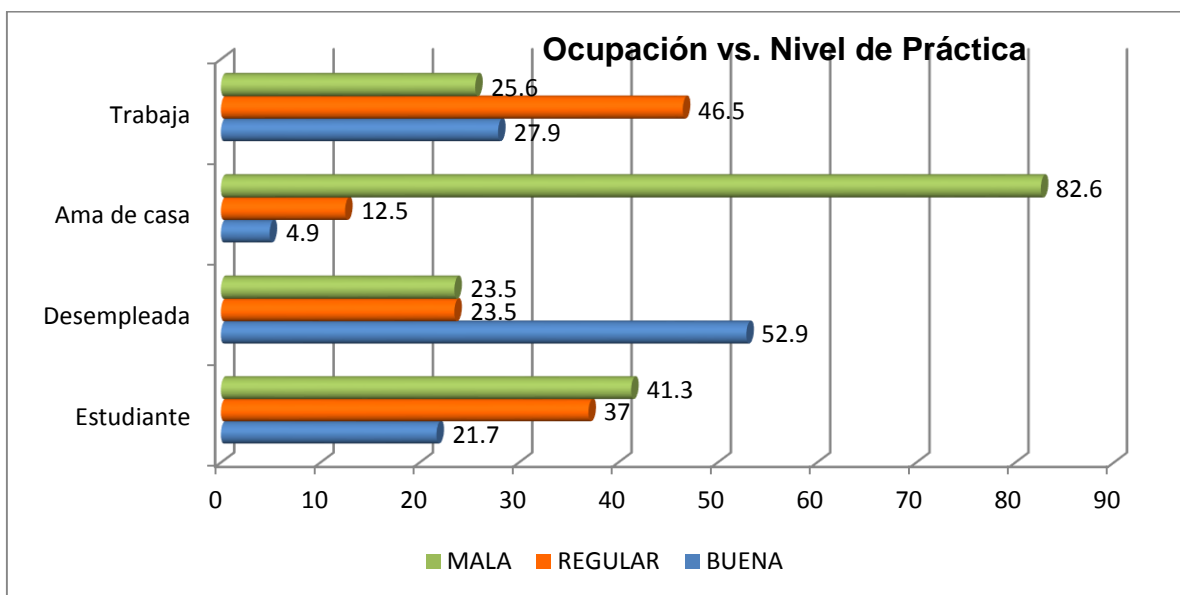
Estado Civil vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 36

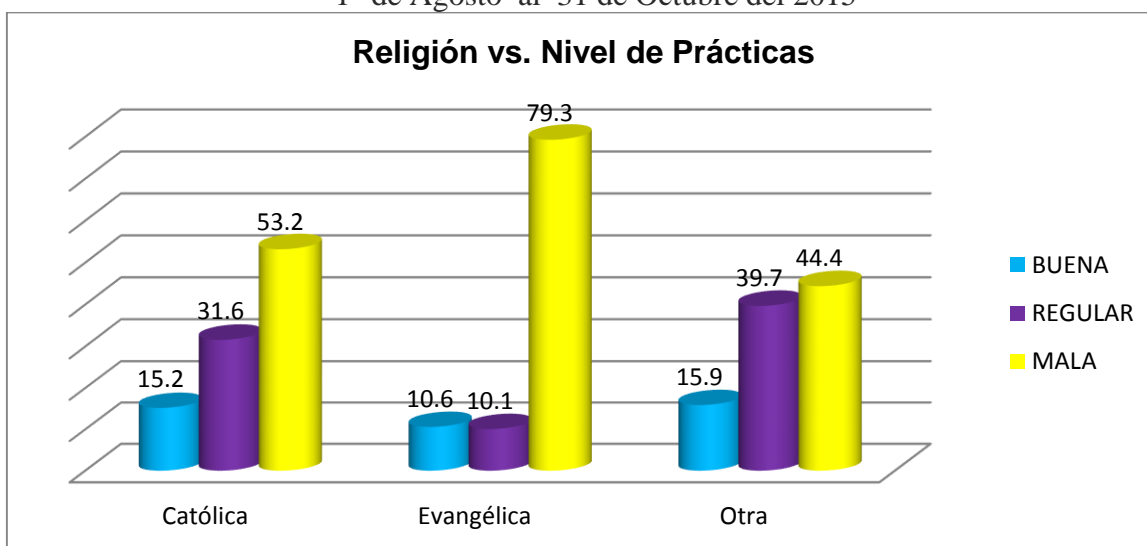
Ocupación vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 37

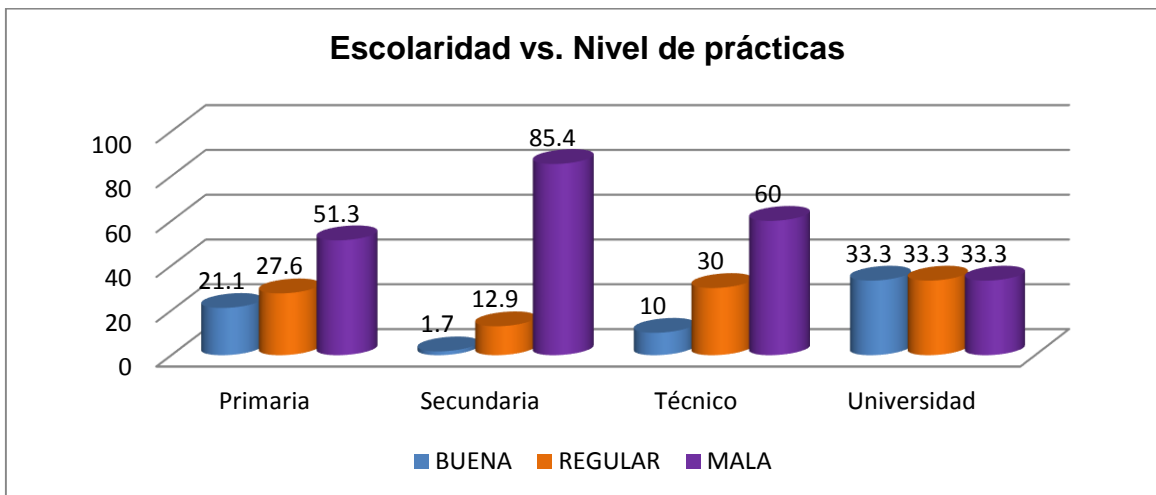
Religión vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 38

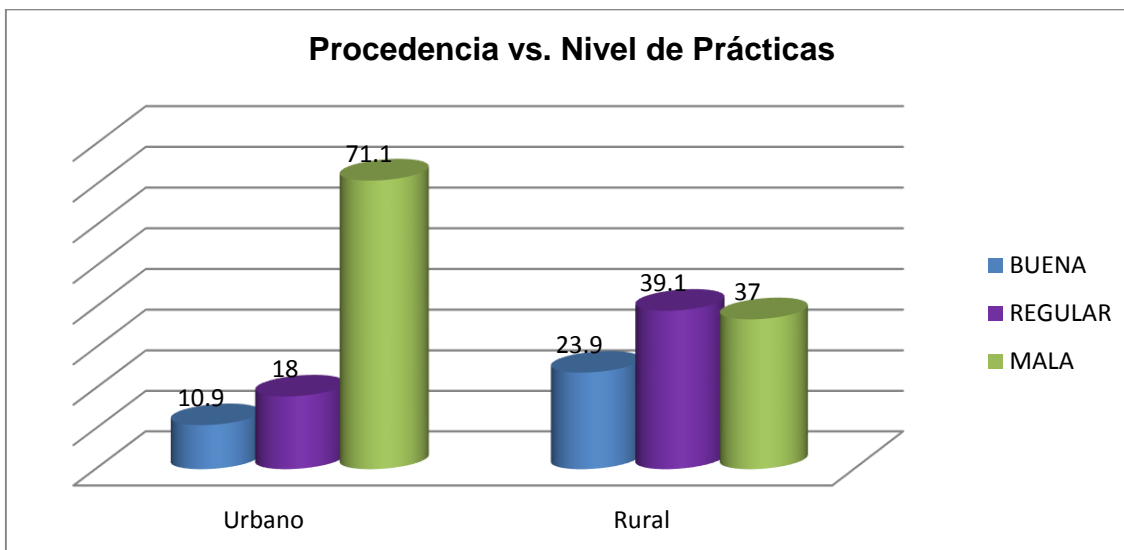
Escolaridad vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 39

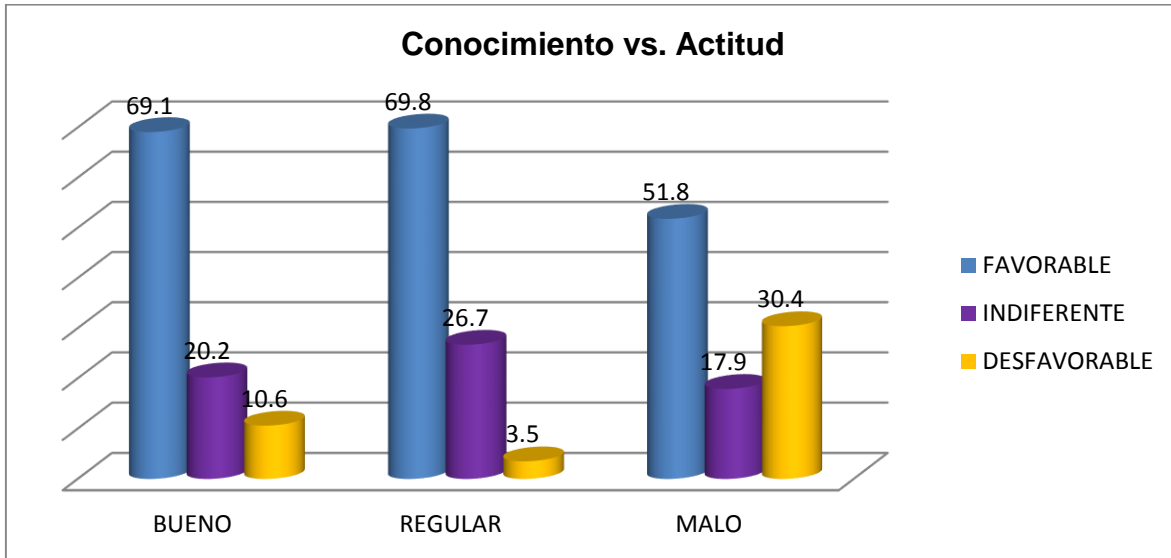
Procedencia vs. Nivel de Prácticas sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 40

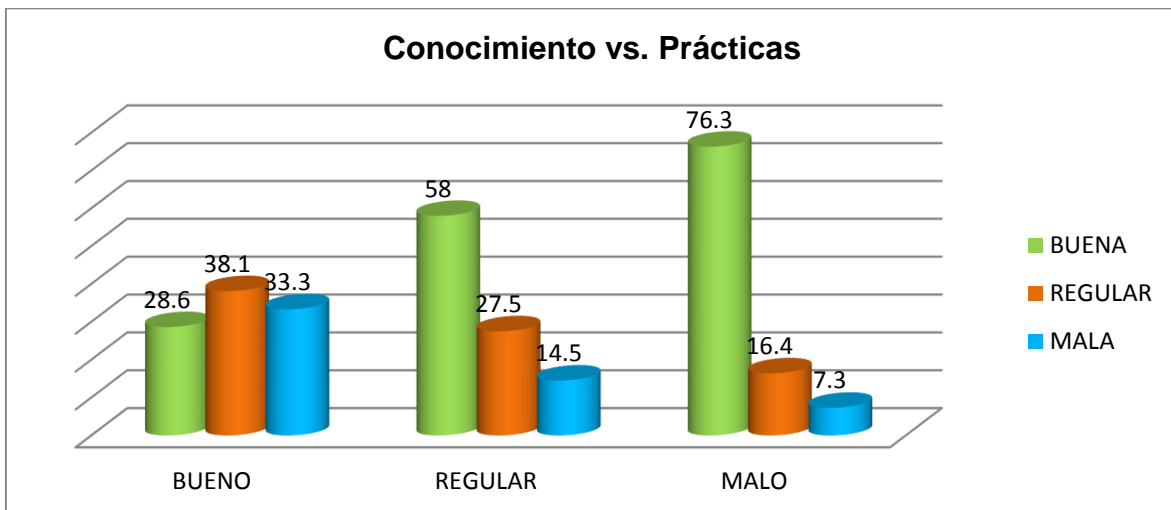
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Actitud sobre Papanicolaou en las mujeres que asisten al Centro de Salud Villa Libertad, del Departamento de Managua
1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 41

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



Fuente: Cuadro N° 24

