



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN –MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO.

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la Citología Cervico – Vaginal (Papanicolaou) en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el período del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

AUTORES: Br. Ana Carolina González Navarro.
Br. Evertz Antonio Alemán Antón.

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

DEDICATORIA.

A DIOS.

Por habernos permitido llegar a este punto y habernos dado fortaleza para seguir día a día en este largo camino logrando nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor por darnos fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, fortaleciéndonos el corazón e iluminar nuestra mente.

A NUESTROS PADRES.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser un persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que nos han infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. Por la ayuda en los momentos difíciles.

A NUESTROS MAESTROS.

Por el tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, por apoyarnos en su momento.

ANA CAROLINA GONZÁLEZ NAVARRO.

EVERTZ ANTONIO ALEMÁN ANTÓN.

AGRADECIMIENTO.

Le agradecemos a Dios por habernos acompañados y guiado a lo largo de nuestra carrera dándonos sabiduría y entendimiento por ser fortaleza en los momentos de debilidad y brindarnos una vida llena de aprendizajes y experiencias.

Y sin el amparo incondicional y el cariño que nos inspiraron nuestros padres que de forma incondicional entendieron nuestra ausencia y mis malos momentos que a pesar de la distancia siempre estuvieron a nuestro lado, las palabras nunca serán suficiente para testimoniar nuestro amor, respeto y agradecimiento.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles si amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunos están aquí con nosotros y otros en nuestros recuerdos y nuestro corazón, sin importar en donde esté, les damos las gracias por formar parte de nuestras vidas. Agradecemos de manera sincera al Dr. Francisco Reyes, profesor titular, por su apoyo y confianza en nuestro trabajo, por su capacidad de guiarnos en nuestras ideas, su disponibilidad y paciencia.

Finalmente a nuestros maestros, aquellos que marcaron nuestra etapa universitaria.

A todos ustedes nuestro mayor aprecio y agradecimiento.

ANA CAROLINA GONZÁLEZ NAVARRO.

EVERTZ ANTONIO ALEMÁN ANTÓN.

INDICE.

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1-2
ANTECEDENTES-----	3-6
JUSTIFICACION-----	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	8-9
OBJETIVOS-----	10
MARCO TEORICO-----	11-29

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS-----30-41

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	42-51
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	52-56
CONCLUSIONES-----	57
RECOMENDACIONES-----	58-59

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----60-61

CAPITULO V. ANEXOS-----62-112

RESUMEN

El cáncer cervical (CaCu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. Constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo.

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

Los bajos niveles de cobertura y que el diagnóstico precoz tenga muchas limitaciones son un ejemplo de estas condiciones, que afectan a la población femenina de nuestro país, y cuyo comportamiento es similar a los relacionados a la población de América Latina.

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

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

Se realizó un estudio en una muestra de 263 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el período del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

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

De las 263 mujeres entrevistadas el 39.2% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 33.8% al grupo de edad de 27 a 38 años. Según el estado civil predominaron las mujeres acompañadas con un 43.8%, estuvieron casadas el 21.3%.

En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 50.2% profesaban la religión católica y un 37.3% la evangélica, 12.5% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 37.3% de los casos y procedencia urbana en el 62.7%. En la escolaridad encontramos que el 29.7% cursaban Primaria, 35.4% cursaban la secundaria, 12.9% nivel técnico y un 22.0% se encontraban en la universidad. De manera general encontramos que el nivel de conocimientos fue bueno en el 43.7% de los casos, la actitud en su mayoría fue Desfavorable con un 42.9% (113), y el nivel de prácticas fue en su mayoría malo con un 67.7%.

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 Cérvix Uterino, manteniendo un constante monitoreo durante la toma de decisiones.

El personal de salud, así como las Unidades de Salud, 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 sobre la Citología Cervico – Vaginal (Papanicolaou) en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el período del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014, Realizado por los Bachilleres Ana Carolina González Navarro y Evertz Antonio Alemán Antón, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Sexual en y Reproductiva de la población femenina en Nicaragua, orientada hacia una de las Patologías que desarrollan un alto nivel de Morbi-Mortalidad en las mujeres de nuestro país.

Una baja cobertura de la toma de Papanicolaou, niveles académicos deficientes, violencia intrafamiliar constante, con limitaciones marcadas de acceso a los servicios de salud. Además los fenómenos socioculturales, con procesos de educación sexual y reproductiva muy limitados, desde los primeros años del desarrollo, lo que manipulan y crean un ambiente hostil para las mujeres son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan a diario.

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 mejor conciencia para fomentar 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 los Bachilleres Ana Carolina González Navarro y Evertz Antonio Alemán Antón, 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.

Por lo anterior expuesto felicito a los Bachilleres Ana Carolina González Navarro y Evertz Antonio Alemán Antón, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

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

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical (CaCu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas.

El CaCu constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo.

El desarrollo de la citología exfoliativa, también conocida como la prueba de Papanicolaou (Pap), utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención de CaCu en mujeres con vida sexual.

A este respecto los Programas de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOC) han mostrado ser efectivos en la gran mayoría de los países desarrollados.

Una amplia cobertura, y elevados estándares de calidad en los programas de detección, son factores importantes para que el cáncer haya disminuido significativamente (90%) en los países Nórdicos, Canadá y EUA.

Por el contrario, esta situación no se ha observado en países en desarrollo, esto incluye a la mayoría de los países de América Latina donde la Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC), presenta una baja cobertura lo que provoca bajos estándares de calidad, y provoca el mantenimiento de tasas de mortalidad muy altas en la población femenina de cada país.

El cáncer de cuello uterino, constituye una de las patologías con altas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en el sexo femenino en casi todo el mundo, ocupando el quinto lugar entre las neoplasias más frecuentes, y el segundo lugar entre los tumores ginecológicos.

Expertos y personal Científico de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) han demostrado que la detección temprana de esta patología a través de la toma de Papanicolaou puede reducir hasta en un 90% la mortalidad por esta causa. Esto impulsará iniciativas y programas que vayan a promover y desarrollar una mayor conciencia en las mujeres a través de un conocimiento oportuno y veraz que mejore la calidad de atención a todos los niveles de salud en cada uno de los países.

La OPS publicó su “Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervico-uterino en América Latina y el Caribe”, partiendo de la gravedad que representa esta enfermedad para las mujeres latinas constituyendo un prioritario problema de salud pública.

Según sus datos, cada año 71,862 nuevos casos son diagnosticados en el subcontinente y más de 32,000 afectadas fallecen en la región. En Nicaragua se diagnosticaron 620 casos nuevos en el 2012 y fallecieron 310 mujeres, 25 decesos al mes.

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.

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

Es por lo tanto necesario realizar una mejoría en los índices de cobertura como estrategia para la captación oportuna y el seguimiento de esta patología. Esto garantizaría una mejor Atención en calidad y calidez, hacia nuestras mujeres como estrategia para el abordaje de este grupo vulnerable ya que ellas representan una gran importancia en el desarrollo socioeconómico de Nicaragua.

ANTECEDENTES

Se conoce mundialmente al Dr. George Papanicolaou por su publicación en 1942, donde describe la técnica de tinción que conocemos actualmente como Técnica de Papanicolaou, para el diagnóstico precoz de carcinoma cervical y endometrial por células descamadas.

El CaCu constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo. (1)

América del Sur tiene una de las tasas de incidencia (30,9 x 100 000 mujeres) y mortalidad (11,97 x 100 000 mujeres) de cáncer de cérvix más altas del mundo (2).

De acuerdo a la estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN del Perú (1994-1997), el cáncer de cérvix es el segundo cáncer ginecológico más frecuente en Lima Metropolitana (3).

La tasa de mortalidad en el período 1994 – 1997, en Lima, fue 10,94 x 100 000 mujeres (3), aumentando a 15,8 x 100 000 mujeres para el año 2000 (4). Tendencia similar se observa para la incidencia, que de una tasa de 23,5 x 100, 000, en 1994 – 1997 (3), pasó a 39,9, en el año 2000

En México, (1998), se notificó una tasa de mortalidad por este tipo de neoplasia de 20,1 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años, lo que representó 4.522 defunciones. (1)

En México los programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino (CaCu) no han logrado transmitir la importancia de la prueba del Papanicolaou debido a falta de información clara a nivel poblacional, además de la actitud y resistencia de las mujeres hacia la práctica de la misma.

La prueba del Papanicolaou ha sido el procedimiento de elección para detectar el cáncer cervicouterino (CaCu), con la ventaja de ser un método sencillo, inocuo y con una eficacia del 95% cuando se realiza e interpreta de manera adecuada. (5)

Su valor en el diagnóstico es importante cuando se complementa con estudios colposcópicos e histopatológicos, sobre todo para la detección de neoplasia Intraepitelial cervical II o III. (6)

Su utilización se justifica porque el CaCu y sus precursores generalmente presentan largos periodos de latencia: se estima que un estadio precursor pasa a cáncer in situ en el transcurso aproximado de 10 años. (7)

En el periodo del año 1990 al 2000 ocurrieron 48,761 defunciones por CaCu, lo que representa un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad de 0.76%. (8)

Actualmente en la república mexicana la prevalencia en la utilización del Papanicolaou en mujeres de 20- 50 años de edad ha sido relativamente baja, 127 de cada 100,000 mujeres se han practicado la prueba alguna vez y 145 por cada 100,000 nunca se la han realizado. (7)

La Sociedad Norteamericana contra el Cáncer recomienda la práctica de esta prueba cada tres años en mujeres de 20-40 años de edad que no pertenezcan al grupo de alto riesgo y con resultados negativos; en mujeres con alto riesgo se les recomienda cada año incluyendo mujeres de 18 años, con inicio o no de relaciones sexuales. En mujeres mayores de 40 años, el estudio se realiza anualmente y en casos de tres o más pruebas normales se efectúan cada tres años. (9)

Una amplia cobertura, y elevados estándares de calidad en los programas de detección, son factores importantes para que el cáncer haya disminuido significativamente (90%) en los países Nórdicos, Canadá y EUA, (10)

Estudios en Nicaragua:

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. Se encontraron los siguientes resultados: el 55% de las adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular seguido del conocimiento malo con 33%.

El 58% obtuvo una actitud desfavorable hacia la realización de la prueba de Papanicolaou que se explica con la baja promoción de este examen y se traduce con baja cobertura. El 57% de las adolescentes atribuyen como principal causa de negación a la prueba el pudor o vergüenza.

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

El 78% habían escuchado hablar del Pap, 50.5% de las adolescentes han obtenidos la información del personal de salud y el lugar donde la han adquirido en su mayoría (56.3%) en un centro de salud. El 62.1% sabe la utilidad del Pap y solamente 52.8% de las mujeres que se practicaron el examen reclamaron los resultados. (11)

Rodríguez Realizo un estudio de Conocimiento, actitudes y prácticas sobre PAP en pacientes ingresadas al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense en octubre del 2006 se encontró que el nivel de conocimientos sobre el examen en la población estudiada era insuficiente, menos de 50% obtuvo conocimientos buenos, la actitud hacia la prueba resulto buena con un 39%.

En el periodo de 15 de Junio a 15 de Julio 2009, en el Centro de Salud Julio Buitrago Urroz, Fonseca Larios, realiza estudio de Conocimientos, Actitudes y Practicas de PAP , con los siguientes resultados de 180 pacientes, 164 tienen conocimiento alguno de

Papanicolaou, el 72.2% de esta obtuvieron información por medio del personal de Salud, brigadistas y parteras. Aun con la información adquirida solo el 40.6% se realizó el PAP.

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia en Managua estiman que el cáncer cérvico-uterino se sitúa en segundo lugar como causa de muerte dentro del total los casos de cáncer registrados en dicho centro por un período de 4 años, 1995 -1998, reportándose un total de 1,405 casos de cáncer cervicouterino, de los cuales el grupo más afectado es de mujeres entre las edades de 41 a 50 años.

El 40.2% de estos casos corresponde o se encuentra en el estado clínico II del cáncer cérvico – uterino, y el 34.6% en el estado clínico III. En cuanto al tipo histopatológico, el cáncer epidermoide se presenta en mayor porcentaje (92%).

En el año 2007, los tumores ocuparon la segunda causa de defunción (Tasa: 38.3 por 100 mil habitantes), siendo en mujeres de 41 y hombres de 35.4. Para el año 1985, los tumores representaban el 6.0% de todas las causas de defunción y en el año 2007 ese porcentaje es de 12.2%. (12)

Según las estadísticas del MINSA en el 2009 los tumores originaron el 12.88 % del total de las defunciones, para una Tasa de 39. Entre las defunciones por tumores, el primer lugar lo ocupa: el cáncer de estómago, seguido del cáncer cervicouterino (CaCu), cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer de mama; con excepción del Ca de estómago, los otros 4 han experimentado una tendencia al incremento.

La tasa de muerte por CaCu en Nicaragua es de 17.8; 8 (47%) de los 17 departamentos del país, tienen una tasa superior a la Nacional. El grupo de edad más afectado es el de 50 a más años, seguido del grupo de 35 a 49 años, es importante destacar la presencia de defunciones por esta causa en el grupo de 15 a 34 años. (13)

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.

La calidad de un frotis cervicovaginal depende fundamentalmente de la habilidad y entrenamiento específico de quien hace la toma y de la lectura del frotis, efectuada por el Patólogo.

Las tasas de cobertura de la toma de Papanicolaou juegan un papel fundamental dentro del proceso de la Detección Oportuna de Neoplasia. Uno de los factores más importantes para este procedimiento es el nivel y la calidad del Conocimiento que se tenga acerca del mismo por parte de la población femenina.

Esta situación en particular está condicionada por fenómenos culturales y sociales que abarcan a toda nuestra población, y que inclusive pueden llegar a afectar a todo el núcleo familiar.

En nuestro país, los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan en primer lugar brindarle a las mujeres nicaragienses 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. También el hecho de impulsar programas y estrategias para elevar la cobertura de la toma de muestras, impactado de esa manera en el comportamiento del Cáncer Ginecológico en nuestro país.

La realización de esta investigación permitirá identificar el conocimiento, actitud y prácticas sobre este importante examen que tienen las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Masaya, y ayudará para proporcionar información al SILAIS y generar medidas organizativas, educativas y de control en la detección precoz del cáncer cervicouterino, su seguimiento y un mejor manejo por la población femenina, contribuyendo así en la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta causa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua el cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre las mujeres en nuestro país y la manera más eficaz para detectarlo 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.

Se ha definido que el Nivel de Conocimientos acerca de la realización del Papanicolaou, dentro de la población femenina en riesgo, desarrolla hábitos más responsables, que hace una participación más activa y propositiva, en el marco del desarrollo de Programas de Prevención del Carcinoma de Cérvix Uterino.

Una buena comunicación entre el personal de salud y las usuarias para promover de forma continua la información necesaria acerca de la técnica y su importancia, desarrollará y consolidará la percepción de las mujeres, aclarando durante el proceso las dudas mitos y tabúes que conlleva este procedimiento.

Existen avances importantes en esta temática, donde el Ministerio de Salud del país impulsa un mejor sistema de captación y manejo de la cobertura, así como el hecho de despertar una mejor conciencia en las mujeres acerca de la importancia de la Detección Oportuna del Cáncer, con un seguimiento oportuno y manteniendo información constante en cada uno de las etapas del proceso de Detección y Seguimiento de esta patología.

Con estos conocimientos sobre la citología cervicovaginal, se logrará impulsar un mejor manejo, fortaleciendo una atención de calidad, dentro del programa de detección oportuna del cáncer de cérvix uterino en Nicaragua. Todavía seguimos teniendo una cobertura muy limitada, y las tasas de morbi-mortalidad por Cáncer Cervicouterino son todavía muy altas. El costo Socio económico para el Sistema de Salud y para la propia familia resulta en un alto precio que todavía en muchos casos hay que pagar.

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población femenina con un personal optimizado y actualizado en la

información sobre el diagnóstico del Cáncer de Cérvix Uterino es que hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes y Practicas sobre la buena toma de Citología Cervico - Vaginal (Papanicolaou) en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud Dávila Bolaños del municipio de Masaya, departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la Citología Cervico – Vaginal (Papanicolaou) en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características Socio Demográficas del grupo en estudio
- Evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud en estudio
- Identificar las principales fuentes de Información
- Describir las actitudes que muestran las mujeres en edad fértil sobre la toma del Papanicolaou
- Conocer las prácticas que poseen las mujeres en edad fértil sobre la toma del Papanicolaou

MARCO TEÓRICO

Conocimientos, Actitudes y Prácticas

Los conocimientos se refieren a las ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos), la experiencia y el acceso informativo, entre otros

Las actitudes, corresponden a la predisposición y los valores que tenemos las personas frente a una situación, problema o comportamiento (posición emocional) Es la que facilita o imposibilita la práctica y/o la ejecución de un nuevo comportamiento. (14)

Las practicas, son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida; son resultado del contexto familiar, de los hábitos y las costumbres. Es el nivel más complejo, porque implica, conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento.

Para el cambio de los conocimientos, actitudes y prácticas, se realizan estudios de indagación (Estudios CAP), a fin de precisar los niveles de información, valoración y experiencias de las personas. Posteriormente, se establecen estrategias de información, educación y comunicación para cambiar, mejorar o incorporar comportamientos saludables. (14)

Información:

- Investigar
- Crear ambientes informativos propicios
- Difundir nuevos conocimientos
- Socializar nuevas experiencias.

Educación:

- Impartir orientaciones y consejos.
- Desarrollar capacidades y destrezas.

Comunicación:

- Crear procesos
- Lograr actitudes saludables
- Motivar nuevas practicas
- Movilizar a la población. (14)

Cáncer Cervico-Uterino

Etiología:

Desde hace varias décadas las investigaciones se han abocado a la búsqueda de la causa del cáncer de cuello uterino, siendo cerca de hace diez años que se ha logrado determinar que la causa principal es infecciosa, estando relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales.

Actualmente no hay ninguna cura para el VIRUS del Papiloma Humano ya que se integra al ADN de las células, permitiendo la inmortalización del virus en el genoma de la célula,. Una vez infectada, la persona lleva el virus por el resto de la vida, aún si se realiza Excéresis de las verrugas o si se realiza histerectomía. Si bien no existe un tratamiento para el VPH, en la mayoría de los casos la infección se remite hasta alcanzar niveles indetectables.

Este virus tiene la propiedad de infectar las células del epitelio del cuello uterino, La zona de transformación del cuello uterino es más susceptible de sufrir este daño, debido a que, en esa zona reencuentra mayor actividad celular y mayor número de mitosis. Esto explica porque el cáncer de cuello uterino se origina, en la mayoría de casos, en esta zona.

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). Algunas veces se le llama *cérvix uterino*. El feto crece en el cuerpo del útero (la parte superior). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama *endocérvix*. La parte próxima a la vagina, es el

exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las *células glandulares* (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado *zona de transformación*. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y si da a luz.

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer.

Citología Cervical

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja.

La citología cervical o cervico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervico uterino, caracteriza por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales del útero, que origina un tumor maligno que destruye los tejidos siendo el tipo histológico más frecuente, el epidermoide en más del 90%, seguido por el Adenocarcinoma en alrededor del 8% y el 2% restante corresponde a otros tipos histológicos.

Ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.

Entre las limitaciones del test se encuentra que la toma de la muestra es un proceso potencialmente embarazoso para la paciente, por lo cual en ciertas culturas es difícil de implementar, se considera un método invasivo que requiere personal entrenado y tiene moderada sensibilidad.

Epidemiología

El cáncer de cérvix uterino es el segundo cáncer más frecuente de la población femenina en el mundo, con una mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo, siendo una neoplasia prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un adecuado tratamiento de las lesiones premalignas. Debido a su desarrollo en un período largo de tiempo, puede ser detectado con una muestra citológica exfoliativa de cuello uterino Papanicolaou, (Pap), antes de que la mujer experimente síntomas.

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia en Managua estiman que el cáncer cérvico-uterino se sitúa en segundo lugar como causa de muerte dentro del total de los casos de cáncer registrados en dicho centro por un período de 4 años (1995 -1998), de los cuales el grupo más afectado es de mujeres entre las edades de 41 a 50 años. Siendo su comportamiento en su mayoría en estadios clínicos II y III que demuestra su estado clínico avanzado, recibiendo en la mayoría de los casos tratamientos paliativos para su patología. En cuanto al tipo histopatológico, el cáncer epidermoide se presenta en mayor porcentaje (92%).

En Nicaragua, el Programa Nacional de Detección Oportuna (DOC), iniciado en 1980, no ha tenido el impacto esperado, debido a la baja cobertura asociada a la ausencia de mecanismos que permitan el control de calidad y el seguimiento de los casos.

Historia

El desarrollo de la citología como campo de estudio de la medicina, necesitó dos condiciones: el concepto de célula y la invención del microscopio. A pesar de que la invención del microscopio data del siglo XVI, el concepto de célula logró aceptación

hasta el siglo XVIII por lo que la citología como herramienta diagnóstica tiene sus comienzos a partir del siglo XIX.

A principios del siglo XVII los hermanos Janssen usaron las lentes para crear el microscopio, lo que permitió observar las estructuras celulares con un aumento de 60 veces en relación al tamaño normal, sin embargo, los microscopios de esa época producían distorsión de imágenes y tenían bajo poder de resolución por lo que al inicio no tuvieron mucha aceptación y no fueron utilizados. Uno de los padres de la citología fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 editó una monografía sobre células tumorales malignas; a principios del siglo XIX Joseph Récamier inventó el espéculo vaginal con el cual podía visualizar el cuello uterino y obtener células de la vagina y del cuello uterino.

La citología ginecológica comienza, en sentido estricto, en 1943 con George N. Papanicolaou, quien nació en 1883 en Grecia, estudió Medicina en Universidad de Atenas. En un esfuerzo por ampliar sus estudios, se trasladó a Alemania para estudiar la filosofía de las ciencias biológicas. Después de un breve periodo de estudiar con Augusto Weisman, Papanicolaou fue a Múnich. Allí obtuvo su doctorado en Zoología.

Luego fueron a Francia, donde el Dr. Papanicolaou trabajó como fisiólogo. A partir de ahí, justo antes del estallido de la guerra de los Balcanes, la pareja regresó a Grecia. Mientras servía en el ejército griego, el Dr. Papanicolaou reunió voluntarios de los Estados Unidos que le dijeron de las oportunidades en Estados Unidos. Papanicolaou obtuvo un puesto como asistente en el Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina de Cornell de Nueva York en 1913. Su esposa, María, también trabajó allí como su técnico. Papanicolaou trabajó en Cornell desde 1913 hasta pocos meses antes de su muerte.

El trabajo en Cornell era rico en descubrimiento. Fue en Cornell donde el Dr. Papanicolaou trabajó examinando frotis vaginal de cobayas para determinar la existencia de un ciclo menstrual. Usando un pequeño espéculo de oído, el Dr. Papanicolaou observa los cambios en el tracto genital de la mujer de un conejillo de Indias y añade mucho a la comprensión básica de endocrinología de los órganos reproductivos.

Finalmente, el Dr. Papanicolaou se interesó en el ciclo menstrual de la mujer. En 1933 se publicó una monografía "El ciclo sexual de la hembra humana como revela el frotis vaginal". Se estaba haciendo este trabajo que se dio cuenta de las células cancerosas provenientes forma del cuello del útero. Es bien conocido que la aceptación de comprensión inicial del Dr. Papanicolaou de la importancia de estas células como una modalidad de diagnóstico no se hizo fácilmente.

El Dr. Papanicolaou dedicó cuarenta y cinco años al estudio de la citología exfoliativa; desde 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer uterino, sin embargo el método no tuvo aceptación.

El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical así como técnicas de conservación y tinción de las células. En 1942 publicó la técnica de tinción que conocemos actualmente como Técnica de Papanicolaou.

En el Hospital de Nueva York se requiere que todos los pacientes de las mujeres para tomar un frotis vaginal de rutina. Dr. Herbert Traut del departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Cornell, colaboró con el Dr. Papanicolaou para validar el potencial diagnóstico de la citología vaginal.

En 1943, publicaron sus hallazgos y conclusiones en la famosa monografía, "Diagnóstico de cáncer uterino por el frotis vaginal." Este procedimiento diagnóstico fue nombrado la prueba de Papanicolaou, trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica.

En años posteriores el nuevo método tuvo gran aceptación, perfeccionamiento y difusión. La persistencia y dedicación del Dr. Papanicolaou permitió hacer de la citología y del frotis vaginal una herramienta clínica común, lo que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años. (6-8)

Actualmente la citología vaginal con tinción de Papanicolaou constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.

En 1954, se publicó el tratado científico integral del Dr. Papanicolaou. Se titulaba, "Atlas de citología exfoliativa", que contenía un compendio de hallazgos citológicos en la salud y la enfermedad que implican múltiples órganos y sistemas del cuerpo humano.

Papanicolaou fue autor de más de 150 publicaciones, y a lo largo de su vida recibió numerosos honores y premios. El Dr. Papanicolaou murió el 18 de febrero 1962 de insuficiencia cardíaca y edema pulmonar y está enterrado en Nueva Jersey.

Millones de mujeres han recibido la prueba de Papanicolaou y las muertes por cáncer de útero se han reducido en gran medida debido a la prueba. Fue predominantemente a través de los esfuerzos del Dr. Papanicolaou que la citología se aceptó como base para el diagnóstico.

Factores de Riesgo del CaCu:

El virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino.

Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaran cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores.

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

La infección genital por VPH se considera una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, aunque se admite en un pequeño porcentaje la transmisión mediante Fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por la secreción conteniendo VPH, ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, toallas, espéculos no esterilizados, etc.) es muy difícil prevenir la transmisión del VPH.

Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años.

Si bien existen más de 100 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) como tipos oncogénicos de alto riesgo vinculados al cáncer cérvico uterino.

El tipo 16, el de mayor prevalencia, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalencia 10 a 12% de los casos de cáncer cérvico uterino. Su incubación no se conoce el mecanismo exacto y el tiempo 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células basales y puede permanecer latente sin replicación durante semanas o años), solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos.

Cofactores como la paridad, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

En varios estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor.

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer. Se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.

Otro posible cofactor: Anticonceptivos orales, podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en la mujeres infectadas con el VPH.

Aunque el comportamiento sexual de la mujer es relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo.

Infeccion por VPH y cáncer cervico uterino.

La acción del virus del papiloma humano sobre la epidermis y las mucosas es conocida desde tiempos antiguos, manifestándose por la producción de proliferaciones exofíticas, papilomatosas y verrugosas conocidas como condiloma acuminados.

El VPH pertenece a la familia de los papovavirus, es un virus ADN de 55 nanómetros de diámetro, de estructura heicosaedrica con un cápside compuesta por 52 capsomeros.

Los diferentes tipos y subtipos virales, estos subtipos virales son divididos en tres subgrupos de relevancia clínica:

- **Subgrupo viral de bajo riesgo oncogénico:** como el 6, 11, 30, 42, 43 y 44 frecuentemente hallados en el SIL de bajo grado, y raramente en el cáncer invasor.
- **Subtipos virales de riesgo intermedio:** Como el 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 61 hallándose en el SIL de alto grado y raramente en el cáncer invasor.
- **Subtipos virales de alto riesgo oncogénico:** como el 16, 18, 45, 56 hallados en el SIL de alto grado y en el cáncer invasor.

El VPH es epitelio trópico, Infecta las células epiteliales de la piel y las mucosas produciendo una proliferación epitelial local en el sitio de la infección

Sintomatología.

El cáncer invasor en sus comienzos también pueden pasar inadvertidos o presentar una sintomatología exigua que no intranquiliza a la paciente.

El síntoma fundamental que induce a la consulta es la metrorragia, a la que después se le asocia el flujo.

Las pérdidas sanguíneas iniciales, por lo general escasas, pueden ser inducidas por pequeños traumatismos; lavados vaginales, exámenes genitales, esfuerzos y particularmente por el coito, (sinusorragia) otras veces son esporádicas intermitentes o continuas, Se deben a la fragilidad de los vasos superficiales y a la desintegración hística necrosis del tumor.

El flujo, es de aspecto variable, se observa entre los episodios hemorrágicos. Puede ser acuoso sanguinolento (clásicamente comparado con el agua del lavado de carne); purulento, si el tumor está infectado, hecho muy frecuente, o sanioso y fétido por la mortificación del tumor y la presencia de gérmenes anaerobios.

DIAGNOSTICO PRECOZ

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

Protocolo para la detección

PROPÓSITO

Detectar lo más tempranamente posible la enfermedad, antes de la aparición de manifestaciones clínicas. Citología es el método de pesquisa poblacional por excelencia, que evalúa los cambios morfológicos, de las células exfoliadas en forma espontánea o inducida de células normales o patológicas del cuello uterino.

MÉTODOS Y TÉCNICA

Técnica de Papanicolaou (PAP)

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

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

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

PROCEDIMIENTO

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

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

TECNICA PARA LA TOMA DEL FROTIS

1. Debe interrogarse a la paciente sobre:

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

2. Recolección de la muestra.

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

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

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

Cuando exista una ectopia del tejido endocervical es preciso recordar que la unión escamocolumnar se encuentra en la periferia de la misma, y es en este sitio donde debemos tomar la muestra. Si se considera necesario, pudiera tomarse una muestra adicional en el fondo del saco posterior de la vagina con la espátula de madera por el extremo redondeado para recoger el material depositado en el mismo. Cuando se toma esta muestra, ésta debe ser la primera.

d) Muestras adicionales si fueran necesarias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) Extensión del material.

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

f) Fijación de la lámina.

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

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

h) La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación.

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

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

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

RESULTADO ESPERADO

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

Conducta a partir del reporte de laboratorio

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

PARA CONFIRMACIÓN Y DIAGNOSTICO

Propósito

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

Métodos y técnicas

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

Frecuencia de la prueba

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 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

Recomendaciones:

No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra. Usar espejulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del espejulo acorde a las características de las usuarias. Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, suave y sin presionar, ni tocar el área del orificio endocervical.

Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o post-menopáusico, es preciso remitir a la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología. (27)

Errores que deben evitarse:

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

Informe de los resultados:

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de las decisiones para el manejo adecuado de las usuarias que acceden al tamizaje. Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. En caso de que la usuaria no llegue a recoger su resultado, y presente una alteración que se sospeche de malignidad se debe realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Interpretación de los resultados de la citología cervical. (28)

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

Cuando el reporte de la citología es negativo para lesión intraepiteliales y células malignas, la unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En la cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería.

Es de suma importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas del esquema 1-1-1-3. Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como insatisfactoria o inadecuada deberá repetirse la muestra. Si la citología reporta negativo para lesión Intraepitelial y células malignas, pero se reporta ausencia de células endocervical/Zona de transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona importante). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4 a 6 meses o al año siguiente.

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

Se programa el examen de control en 4-6 meses, posteriormente se da igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continua el esquema de tamizaje.

Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix sea sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo(a). En usuarias embarazadas si el resultado es negativo para lesión Intraepitelial y células malignas se debe dar seguimiento de citología normal.

Las usuarias embarazadas con menos de doce semanas de gestación, con citología que reporta proceso inflamatorio severo o infección vaginal esperar a que cumpla las 12 semanas de gestación, para dar tratamiento y control posterior al puerperio. La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones pre invasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. (29)

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

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

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

Centro de salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014.

Universo

Estuvo constituida por 787 mujeres en edad fértil con vida sexual activa de acuerdo a datos estadísticos proporcionados por oficina de estadística que asistieron al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014.

Muestra

Fue de tipo no probabilístico, por conveniencia conformada por **263 mujeres** que representan el 33.4% del universo en edad fértil (15 – 49 años), con vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014, y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

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

Criterios de Exclusión:

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

Unidad de Análisis

Pacientes femeninas en edad fértil con vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014.

Técnicas y procedimientos:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades

- Selección de informantes claves: considerando a aquellas personas que tienen un mejor conocimiento de la problemática de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa. Para tal efecto se consideraron los siguientes perfiles:
 - Mujeres en edad fértil con vida sexual activa
 - Hombres.
 - parteras y brigadistas.
 - adolescentes masculinos y femeninos.
 - personal de salud.
- Elaboración de instrumento con preguntas abiertas para obtener la información de los informantes claves
- Entrevista a profundidad a los informantes claves.
- Validación del instrumentos definitivo con profesionales especialistas que laboran con programas y perfiles de atención a la mujer como médicos y enfermeras.
- El Instrumento se aplicó como una prueba piloto a un número x mujeres en edad fértil con vida sexual activa en los barrios cercanos al Centro de Salud.
- Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones para el mejoramiento del mismo.

Se realizó una Encuesta auto aplicada a las mujeres seleccionadas las cuales fueron captadas en el Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del Municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2014.

Para valorar el conocimiento se crearon preposiciones relacionadas a los objetivos del estudio, se utilizaron los índices sumatorios Bueno, Regular y Malo con el siguiente puntaje:

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

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert modificada en la cual se presenta un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios antes los cuales se observó la reacción de los sujetos.

Se presentó cada afirmación y se pidió a las participantes que exteriorizaran su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala según el grado siguiente:

- De acuerdo
- Indeciso.
- En desacuerdo.

Las practicas se valoraron en las mujeres que se han realizado el Papanicolaou considerando las preposiciones como una pregunta en función de los objetivos, se utilizaron índice sumatorios para establecer la escala de

- Bueno
- Regular
- malo

Plan de tabulación y análisis:

La información obtenida de la entrevista a los informantes claves se analizó manualmente según categorías. Los datos cuantitativos se procesaron por medio del programa estadístico SPSS y las proposiciones para valoración de las actitudes se revisarán manualmente una por una con puntaje del 1- 3 para obtener la puntuación de cada individuo, luego se procesaron 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 presentó en cuadros y gráficos usando para ello el sistema Windows en el procesador Word y los gráficos se elaboraron en Excel y Power Point.

VARIABLES

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

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

- En respuesta al segundo objetivo , Fuente de información
 1. Información sobre el Papanicolaou.
 2. Personas que han brindado información.
 3. Lugar donde se ha obtenido la información.
 4. Tipo de información recolectada.
 5. Calidad de la información recibida.
 6. Frecuencia de la información recibida.

- En respuesta al tercer objetivo específico, Conocimiento sobre el examen del PAP
 1. .Importancia del PAP.
 2. Utilidad del PAP.
 3. Personas que deben realizarse el PAP.
 4. Intervalo de realización del PAP.
 5. Preparación de la mujer para el examen del PAP.
 6. Conocimiento sobre las causas del CACU.
 7. Influencia del número de compañeros sexuales en la aparición del CACU.
 8. Realización del PAP de control.
 9. PAP Como causa de aborto.

- En respuesta al tercer objetivo específico: Actitudes hacia el examen del Papanicolaou
 1. Importancia del PAP.
 2. Disposición para realizarse el PAP.
 3. Rechazo al examen del PAP.
 4. Aceptación del PAP.
 5. Personas que deben hacerse el PAP.
 6. Interés de la mujer para realizarse este examen.
 7. Interés de la pareja para realizárselo.
 8. Influencia de la religión.
 9. Procedencia como una determinante en la realización del PAP.
 10. Influencia de la familia y el compañero
 11. Numero de compañeros sexuales como mayor indicación del PAP

12. PAP como un requisito

- En respuesta al quinto objetivo específico, Practicas sobre la toma del PAP
 1. Realización del PAP
 2. Edad de realización del examen
 3. Conocimientos de los resultados
 4. Números de PAP realizados
 5. Frecuencia de realización
 6. Disposición para realizárselo
 7. Ultimo PAP realizado
 8. Razones para realizarse el PAP
 9. Razones para no realizarse el PAP

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el tiempo actual.		años	-15-25 -26-35 -36-49
Escolaridad	Nivel de preparación académica que tiene la persona hasta la fecha		Ultimo grado aprobado	-Primaria -Secundaria -técnico -universitario
Procedencia	Lugar de origen o domicilio actual del usuario.		Origen de la persona	-Urbana -rural
Ocupación	Empleo u oficio que desempeñan.		Tipo de trabajo.	-Estudiante -Ama de casa -Campesina -Desempleado -otro.
Religión	Doctrinas o creencias que se tributan a la divinidad referida por las personas encuestadas.		Creencias de las personas encuestadas.	-Católico -Evangélico -testigo de jehová -otra
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones en la sociedad		Situación conyugal	-Soltero -Casado -Acompañado -Otro
Fuente de información	Medio en los cuales se origina la transmisión de conocimientos y a los que la persona recurre 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</p> <p>-escuela</p> <p>-Centro de salud</p> <p>-farmacias</p> <p>-folletos</p> <p>-revistas</p> <p>-tv</p> <p>- radio</p> <p>-Es importante</p> <p>-Previene el cáncer</p> <p>-Todas las mujeres. deben de hacérselo</p> <p>-Ninguna</p> <p>-me explicaron en lenguaje sencillo</p> <p>- no entiendo lo que me explican</p>
Conocimiento	Implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir qué es lo que se debe o puede hacer	-Tiempo transcurrido entre un PAP y el siguiente.	-Meses	<p>-Cada mes</p> <p>-Cada 3 meses</p> <p>-Cada 6 meses</p> <p>-Cada año</p> <p>-Cada 2 años</p> <p>-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>-Factores de riesgo que aumenta la</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 detector 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>-Múltiples parejas sexuales -inicio temprano de las relaciones sexuales -tener muchos hijos</p>
--	--	--	--	--

		<p>probabilidad de desarrollar CACU</p> <p>-Razón por la que debe realizarse el PAP</p>	<p>-Causas del cáncer cervicouterino (CACU)</p> <p>-Importancia del PAP</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> <p>-personas que deben de realizárselo</p> <p>-influencia de la sociedad</p>	-grado de acuerdo	<p>-De acuerdo.</p> <p>-Indeciso.</p> <p>-en desacuerdo.</p>
Prácticas.	Conducta o reacción como respuesta establecida para una situación común	-edad de realización del PAP.	-años.	<p>-15 a 25</p> <p>-26 a 35</p> <p>-36 a 49</p>

		-resultado del examen realizado.	-obtención del resultado	-si - no
		-cantidad de Pap realizado.	-números	-1 - 2 - 3 o mas
		-frecuencia de realización.	-meses	-cada 3 meses -cada 6 meses -cada año -cada 2 años
		-tiempo del ultimo Pap.	-tiempo desde el ultimo Pap	
			-razones para realizarse el Pap.	-menos de un año. - de uno a dos años -tres o más años.
		-objetivos por los cuales la entrevistada se ha realizado el Pap.		
			-Razones para no realizarse el Pap.	-interés propio. -por orden médica. -por CPN
		-objetivos por los cuales no		

		se ha realizado el Pap	<p>-por requisito.</p> <p>-otro</p> <p>-temor</p> <p>-vergüenza</p> <p>-falta de dinero.</p> <p>-falta de importancia.</p> <p>-no dan resultados.</p> <p>-negativa del marido o compañera.</p> <p>-maltrato del marido.</p> <p>-por descuido.</p> <p>- tenía infección.</p> <p>- dolor</p> <p>-falta de conocimiento.</p> <p>-lejanía de la unidad de salud.</p> <p>-Falta del personal femenino.</p> <p>-Estoy embarazada y produce abortos.</p>
--	--	------------------------	--

RESULTADOS

De los resultados obtenidos de la muestra de 263 mujeres en edad fértil, los resultados fueron:

En relación a las Características Sociodemográficas de las pacientes del presente estudio, en relación a la edad de las pacientes, en el grupo de 15 a 26 años se encontró un 39.2% (103), en el grupo de 27 a 38 años se identificó un 33.8% (89) de las mujeres, y en el grupo de 39 a 49 años se ubicaron el 27.0% (71). En relación al estado civil, el grupo de mujeres solteras representaron un 34.9% (92), el grupo de mujeres casadas representó el 21.3% (56), y en el grupo de acompañadas fue el de 43.8% (115). Con respecto a la religión un 50.2% (132) profesaban la religión católica, un 37.3% (99) pertenecían a la religión evangélica, y un 12.5% (32) tenían otro tipo de religiones.

En relación a la procedencia, un 62.7% eran de procedencia urbana, y un 37.3% eran de procedencia rural. Con respecto al nivel de escolaridad, el 29.7% (78) estaban en el nivel primario, el 35.4% (93) se encontraban en el nivel de secundaria, un 12.9% estaban en el nivel técnico, y un 22.0% (58) eran universitarias. Con respecto a la ocupación un 13.3% eran estudiantes, un 50.9% (134) se encontraban desempleadas, un 33.1% (87) eran amas de casa y un 2.7% tenían otro tipo de ocupación. **(Cuadro N°1)**

En cuanto la información recibida sobre el Papanicolaou 60.5% habían recibido mientras que un 39.5% respondieron no haber recibido información. En cuanto a las características de la información recibida 50.2% lo recibió del personal de salud, 28.5% de maestros, 34.9% de familiares, 31.2% lo recibió de brigadistas y un 46.8% de amigos. El 81.4% de las personas encuestadas señalaron al centro de salud como su fuente de información, 28.5% la escuela, el 10.6% la obtuvieron en la calle, 6.5% de farmacias así como un 16.3% de folletos.

Sobre la opinión de la explicación brindada 42.2% dijeron que les explicaron con lenguaje sencillo y un 57.8% no entendieron lo que les explicaban. **(Cuadro N°2)**

Sobre los conocimientos acerca de la utilidad del PAP de las entrevistadas el 77.9% refiere que El PAP si es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud, un 19.8% indico que no sabía y un 2.3% respondieron que no. En relación a que el PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en la vagina, un 75.3% dijeron que si, un 22.8% dijeron que no sabían y un 1.9% dijeron que no sabían. En relación a que El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos, 13.3% dijeron que si, un 81.4% dijeron que no, y un 5.3% dijeron que no sabían. Con respecto a que el PAP sirve para saber si la mujer tiene infección en su genitales, un 77.2% dijeron que si, 5.7% no sabían y 17.1% contestaron que no. El 67.7% de las entrevistadas respondieron que El PAP si detecta a tiempo el cáncer de cuello del útero, 27.4% respondieron que no, y un 4.9% no sabían.

Un 14.8% de las mujeres a la pregunta de que el PAP detecta el SIDA, respondió que si, un 75.3% respondieron que no y un 9.9% no sabía. A la pregunta que El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios, un 10.3% respondió que si, un 76.4% contesto que no, y un 13.3% indicó que no sabían. En relación a que el PAP produce abortos un 6.8% contesto que si, un 89.0% respondió que no, y un 4.2% respondió que no sabían. **(Cuadro N°3)**

Sobre el Conocimientos sobre las personas que deben de realizarse el Papanicolaou el 75.3% no creen que solo las mujeres con alguna enfermedad vagina deban de realizárselo mientras que un 19.8% creen que si y un 4.9% no saben. Sobre si el PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales 77.6% respondieron que si y 9.5% respondieron que no, un 12.9% no sabían. **(Cuadro N° 4)**

Sobre el Conocimientos sobre la frecuencia de realización de Papanicolaou 52.5% no creen que El PAP deba realizarse cada 6 meses, 43.7% consideran que si debe realizarse cada 6 meses y 3.8% no sabían. Un 53.9% opinan que El PAP debe realizarse cada año mientras que 39.9% opinan que no y un 6.2 % no sabían. **(Cuadro N°5)**

Sobre Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la realización del Papanicolaou el 15.9% no cree que Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de realizarse el PAP, 60.1% opinan que si, 24.0% respondieron que no sabían. Un 38.0% no consideran que Las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP, mientras que 10.7% no sabían y un 51.3% consideran que si deben usar medicamentos vaginales.

El 67.7% no cree que La mujer deba de andar con la menstruación al hacerse el PAP, un 22.1% considera que si debe andar con la menstruación y un 10.3% no sabía. Del total de mujeres un 67.4% cree que la mujer no debe realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP, un 16.3% considera que si y un 16.3% no sabían. **(Cuadro N°6)**

Sobre Conocimientos acerca de los riesgos para padecer cáncer cervico uterino un 73.0% de las mujeres considera que Iniciar las relaciones muy jóvenes puede causar cáncer del cuello de la matriz, 6.8% no sabían y 20.2% respondieron que no. Un 8.8% creen que Tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz así como un 72.8% creen que no y un 11.4% no sabían. **(Cuadro N°7)**

Con respecto al Nivel de Conocimientos en general de todo el grupo de estudio, un 43.7% (115) demostraron un conocimiento bueno, un 29.7% (78) tenían un conocimiento regular, y un 26.6% (70) demostraron un conocimiento malo. **(Cuadro N°8)**

En relación a las actitudes de las mujeres entrevistadas hacia el examen del Papanicolaou el 59.7% está de acuerdo con que El PAP es un examen importante para la salud de la mujer. Un 19.8% de las mujeres está indecisa, y el 20.5% eta en desacuerdo. El 71.1% está de acuerdo con la proposición Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra, y un 11.4% estaban indecisas, un 17.5% se mostraron en desacuerdo.

El 49.4% respondieron estar de acuerdo con que La Doctora o enfermera me da más confianza a la hora de tomarme la muestra, 15.2% se encontraban indecisas y 35.4% en desacuerdo.

El 43.7% de las entrevistadas están de acuerdo en que La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer, mientras que 38.0% están en desacuerdo y 18.3%

indecisas. El 84.4% considera que están desacuerdo con que La religión influye en mi decisión de realizarme el PAP, 5.7% están de acuerdo y 9.9% se mostraron indecisas. Sobre la proposición Una mujer con más estudios hará el PAP más fácilmente 23.9% estuvieron de acuerdo, 41.2% en desacuerdo y 28.9% indecisos.

Un 59.3% de las entrevistadas estuvieron en desacuerdo con que principalmente las personas de la ciudad deben hacerse el PAP, mientras que 20.5% estuvieron de acuerdo y 20.2% respondieron estar indecisas. Un 84.8% estuvieron de desacuerdo con que La familia debe influir en la decisión de realizarse el PAP, 8.8% estuvieron en desacuerdo y 6.8% indecisos.

Sobre la proposición Solo las mujeres con muchos compañeros deben realizarse el PAP 70.7% estuvieron en desacuerdo, 12.9% de acuerdo y 16.4% indecisas.

De las encuestadas 68.8% estuvieron en desacuerdo con que El PAP debe hacerse solo cuando la enfermera o Doctor lo indique, mientras que 13.3% se mostraron indecisas y 17.9% de acuerdo con dicha proposición.

El 51.3% estuvieron de acuerdo con El PAP debe de realizárselo las mujeres que planifican, 38.0% estuvieron en desacuerdo y 10.7% indecisas. Sobre si el Pap produce sangrado 42.2% estuvieron en desacuerdo, 29.7% de acuerdo y 28.1% indecisas. Un 55.1% estuvieron de acuerdo con todas las mujeres deben realizárselo antes de hacer un hijo, 12.2% indecisas y 32.7% en desacuerdo.

El 51.7% se mostraron en desacuerdo solo las mujeres que tienen muchos hijos deben realizarse el PAP, 14.5% indecisas y 33.8% de acuerdo. El 31.6% estuvieron en desacuerdo con la proposición el PAP es doloroso, 17.1% indeciso y 51.3% en acuerdo. Un 66.9% estuvieron en desacuerdo con que el PAP produce abortos 12.9% indecisos y 20.2% de acuerdo. **(Cuadro N° 9)**

Con respecto al nivel de actitudes en el grupo de estudio, el 37.3% (98) tuvieron una actitud favorable, el 19.8% (52) presentaron una actitud indecisa, y en relación a la actitud desfavorable estuvo presente en el 42.9% (113). **(Cuadro N° 10)**

En relación a la realización de Papanicolaou en las mujeres en estudio, un 20.5% (54) de las mujeres se habían realizado el Pap, y un 79.5% (209) no lo habían realizado. **(Cuadro N° 11)**

Con respecto a la edad de las mujeres que se habían realizado el Papanicolaou, un 24.1% (13) estuvieron presentes en el grupo de 15 a 25 años, un 59.3% (32) de las mujeres se encontró en el grupo de 26 a 35 años, y un 16.6% (9) estuvieron presentes en el grupo de 36 a 49 años. **(Cuadro N° 12)**

En relación a la obtención de los resultados, un 22.2% (12) habían obtenido el resultado del examen de papanicolaou realizado, y un 77.8% (42) no había obtenido su resultado. **(Cuadro N° 13)**

En relación al número de papanicolaou realizados, un 81.4% de las mujeres indico que se habían realizado solamente un papanicolaou, el 12.9% refirió haberse realizado dos papanicolaou, y un 5.7% señalaron que se habían realizado más de dos papanicolaou. **(Cuadro N° 14)**

Con respecto a la frecuencia de realización de papanicolaou, en el 1.9% de los casos indico que se había realizado cada 3 meses el pap, un 5.6% señalo que se lo había realizado cada 6 meses, un 68.5% señalo que se lo habían realizado cada año y un 24.0% cada dos años. **(Cuadro N° 15)**

En relación al tiempo de realización del último papanicolaou, un 5.6% de las mujeres se lo había realizado menor a un año, un 75.9% indico que se lo había realizado 1 a 2 años previos, y un 18.5% indico que se lo había realizado en un tiempo mayor a 2 años. **(Cuadro N° 16)**

Con respecto a las razones por las cuales se habían realizado el papanicolaou, un 94.4% señalo que lo hicieron para proteger su salud, un 68.5% lo hicieron por cumplir una orden médica, un 40.7% para saber si tenían cáncer, y un 20.4% por interés propio, y el 88.9% lo había hecho como un examen durante su control prenatal. **(Cuadro N° 17)**

En relación a las razones por las cuales NO se habían realizado el papanicolaou, el 92.8% indicó que por temor, un 85.6% refirieron que por vergüenza, un 80.4% indicaron que por descuido, y en el 75.1% por falta de importancia. **(Cuadro N° 18)**

Con respecto al Nivel de Prácticas del grupo de estudio, un 10.6% (28) tuvieron una buena práctica, en el 21.7% presentaron una práctica regular, y el 67.7% (178) realizaron una mala práctica. **(Cuadro N° 19)**

Sobre las características demográficas y el nivel de conocimientos sobre el examen del PAP, En relación a la edad, el 64.1% del grupo de 15 a 26 años tuvieron un conocimiento bueno, el 20.4% tuvieron un conocimiento regular, y el 15.5% tuvieron un conocimiento malo. En relación al grupo de edad de 27 a 38 años el 24.7% presentaron un conocimiento bueno, el 31.5% conocimiento regular, y el 43.8 un nivel de conocimiento malo. En el grupo de edad de 39 a 49 años el 38.1% presentaron un conocimiento bueno, el 40.8% un conocimiento regular y el 21.1 % conocimiento malo.

Con respecto al estado civil, en el grupo de solteras, el 27.2% tuvieron un conocimiento bueno, el 31.5% conocimiento regular y el 41.3% conocimiento malo. Dentro del grupo de las casadas el 33.9% tuvieron un conocimiento bueno, el 46.4% tuvieron un conocimiento regular, y el 19.7% un conocimiento malo. Dentro del grupo de las acompañadas el 61.7% presentaron un conocimiento bueno, el 20.0% tuvieron un conocimiento regular y el 18.3% conocimiento malo.

En relación a la ocupación, el 34.3% de las mujeres que estudiaban tenían un conocimiento bueno, el 25.7% tenían un conocimiento regular y el 40.0% conocimiento malo. En el grupo de las mujeres desempleadas, un 50.7% tenían un buen conocimiento, el 29.9% tenían un conocimiento regular y el 19.4% conocimiento malo. Dentro del grupo de Amas de Casa un 36.8% tenían un conocimiento bueno, el 31.0% tenían un conocimiento regular, y el 32.2% tenían un conocimiento malo.

Dentro de las mujeres que tenían otro tipo de ocupación, el 42.8% presentaron un conocimiento bueno, el 28.6% tuvieron un conocimiento regular y el 28.6% tuvieron un

conocimiento malo. Con respecto a la religión dentro del grupo de mujeres católicas el 48.5% tuvieron un buen conocimiento, el 31.1% presentaron un conocimiento regular y el 20.4% un conocimiento malo. Dentro del grupo de la religión evangélica, un 38.4% presentaron un buen conocimiento, un 32.3% un conocimiento regular y un 29.3% conocimiento malo.

Con relación a las mujeres que profesaban otro tipo de religión, el 40.6% tuvieron un conocimiento bueno, el 15.6% tuvieron un conocimiento regular y el 43.8% tuvieron un conocimiento malo. En relación al nivel de escolaridad, en el grupo que cursaban el nivel primario, un 48.7% presentaron un conocimiento bueno, un 35.9% un conocimiento regular y un 15.4% conocimiento malo. Dentro del grupo de mujeres que se encontraban en el nivel de secundaria, un 45.2% tuvieron un conocimiento bueno, un 22.5% conocimiento regular, y un 32.3% presentaron conocimiento malo.

Dentro del nivel Técnico, se presentó un 35.3% de conocimiento bueno, un 38.2% de conocimiento regular y un 26.5% de conocimiento malo. Con respecto al nivel Universitario, un 39.6% presentaron un conocimiento bueno, un 27.6% tuvieron un conocimiento regular y un 32.8% presentaron conocimiento malo. Con respecto a la Procedencia, dentro del grupo ubicado en procedencia urbana, se encontró un 58.8% de conocimiento bueno, un 23.0% de conocimiento regular y un 18.2% de conocimiento malo. En relación a la procedencia rural un 18.4% presentaron conocimiento bueno, un 40.8% presentaron conocimiento regular y un 40.8% presentaron conocimiento malo. **(Cuadro N° 20)**

Sobre las características demográficas y el nivel de Actitudes sobre el examen del PAP. En relación a la edad, el 35.9% del grupo de 15 a 26 años tuvieron un actitud favorable, el 7.8% tuvieron una actitud indecisa, y el 56.3% tuvieron una actitud desfavorable. En relación al grupo de edad de 27 a 38 años el 39.3% presentaron una actitud favorable, el 13.5% una actitud indecisa, y el 47.2% un nivel de actitud desfavorable. En el grupo de edad de 39 a 49 años el 36.6% presentaron una actitud favorable, el 45.1% una actitud indecisa y el 18.3 % una actitud desfavorable. Con respecto al estado civil, en el grupo de solteras, el 40.2% tuvieron un una actitud favorable, el 18.5% una actitud indecisa y el 41.3% una actitud desfavorable. Dentro del grupo de las casadas el 50.0% tuvieron una

actitud favorable, el 30.4% tuvieron una actitud indecisa, y el 19.6% una actitud desfavorable. Dentro del grupo de las acompañadas el 28.7% presentaron una actitud favorable, el 15.7% tuvieron una actitud indecisa y el 55.6% una actitud desfavorable. En relación a la ocupación, el 22.9% de las mujeres que estudiaban tenían una actitud favorable, el 11.4% tenían una actitud indecisa y el 65.7% una actitud desfavorable. En el grupo de las mujeres desempleadas, un 33.6% tenían una actitud favorable, el 9.7% tenían una actitud indecisa y el 56.7% una actitud desfavorable.

Dentro del grupo de Amas de Casa un 49.4% tenían una actitud favorable, el 39.1% tenían una actitud indecisa, y el 11.5% tenían una actitud desfavorable. Dentro de las mujeres que tenían otro tipo de ocupación, el 28.6% presentaron una actitud favorable, el 14.3% tuvieron una actitud indecisa y el 57.1% tuvieron una actitud desfavorable. Con respecto a la religión dentro del grupo de mujeres católicas el 37.9% tuvieron una actitud favorable, el 17.4% presentaron una actitud indecisa y el 44.7% una actitud desfavorable. Dentro del grupo de la religión evangélica, un 39.4% presentaron una actitud favorable, un 22.2% una actitud indecisa y un 38.4% una actitud desfavorable.

Con relación a las mujeres que profesaban otro tipo de religión, el 28.1% tuvieron una actitud favorable, el 21.9% tuvieron una actitud indecisa y el 50.0% tuvieron una actitud desfavorable. En relación al nivel de escolaridad, en el grupo que cursaban el nivel primario, un 34.6% presentaron una actitud favorable, un 25.6% una actitud indecisa y un 39.8% una actitud desfavorable. Dentro del grupo de mujeres que se encontraban en el nivel de secundaria, un 26.9% tuvieron una actitud favorable, un 16.2% una actitud indecisa, y un 56.9% presentaron una actitud desfavorable.

Dentro del nivel Técnico, se presentó un 29.4% de una actitud favorable, un 29.4% de actitud indecisa y un 41.2% de una actitud desfavorable. Con respecto al nivel Universitario, un 62.1% presentaron una actitud favorable, un 12.1% tuvieron una actitud indecisa y un 25.8% presentaron una actitud desfavorable. Con respecto a la Procedencia, dentro del grupo ubicado en procedencia urbana, se encontró un 24.2% de una actitud favorable, un 20.0% de una actitud indecisa y un 55.8% de una actitud desfavorable. En relación a la procedencia rural un 59.2% presentaron una actitud favorable, un 19.4%

presentaron una actitud indecisa y un 21.4% presentaron una actitud desfavorable.
(Cuadro N° 21)

Sobre las características Sociodemográficas y el nivel de Prácticas sobre el examen del PAP:

En relación a la edad, el 8.7% del grupo de 15 a 26 años tuvieron una práctica buena, el 21.4% tuvieron un nivel de práctica regular, y el 69.9% tuvieron una mala práctica. En relación al grupo de edad de 27 a 38 años el 11.2% presentaron una práctica buena, el 23.6% un nivel de práctica regular, y el 65.2% de una mala práctica. En el grupo de edad de 39 a 49 años el 12.7% presentaron una práctica buena, el 19.7% un nivel de práctica regular y el 67.6 % una mala práctica. Con respecto al estado civil, en el grupo de solteras, el 16.3% tuvieron una práctica buena, el 20.7% un nivel de práctica regular y el 63.0% una mala práctica. Dentro del grupo de las casadas el 17.9% tuvieron una práctica buena, el 26.8% tuvieron un nivel de práctica regular, y el 55.3% una mala práctica. Dentro del grupo de las acompañadas el 2.6% presentaron una práctica buena, el 20.0% tuvieron un nivel de práctica regular y el 77.4% una mala práctica.

En relación a la ocupación, el 11.4% de las mujeres que estudiaban tenían una práctica buena, el 48.6% tenían un nivel de práctica regular y el 40.0% una mala práctica. En el grupo de las mujeres desempleadas, un 7.5% tenían una práctica buena, el 15.7% tenían un nivel de práctica regular y el 76.8% una mala práctica. Dentro del grupo de Amas de Casa un 14.9% tenían una práctica buena, el 18.4% tenían un nivel de práctica regular, y el 66.7% tenían una mala práctica. Dentro de las mujeres que tenían otro tipo de ocupación, el 14.2% presentaron una práctica buena, el 42.9% tuvieron un nivel de práctica regular y el 42.9% tuvieron una mala práctica.

Con respecto a la religión dentro del grupo de mujeres católicas el 12.1% tuvieron una práctica buena, el 20.5% presentaron un nivel de práctica regular y el 67.4% una mala práctica. Dentro del grupo de la religión evangélica, un 9.1% presentaron una práctica buena, un 19.2% un nivel de práctica regular y un 71.7% una mala práctica.

Con relación a las mujeres que profesaban otro tipo de religión, el 9.4% tuvieron una práctica buena, el 34.3% tuvieron un nivel de práctica regular y el 56.3% tuvieron una

mala práctica. En relación al nivel de escolaridad, en el grupo que cursaban el nivel primario, un 14.1% presentaron una práctica buena, un 26.9% un nivel de práctica regular y un 59.0% una mala práctica. Dentro del grupo de mujeres que se encontraban en el nivel de secundaria, un 7.5% tuvieron una práctica buena, un 11.8% un nivel de práctica regular, y un 80.7% presentaron una mala práctica.

Dentro del nivel Técnico, se presentó un 11.8% de una práctica buena, un 14.7% de un nivel de práctica regular y un 73.5% de una mala práctica. Con respecto al nivel Universitario, un 10.3% presentaron una práctica buena, un 34.5% tuvieron un nivel de práctica regular y un 55.2% presentaron una mala práctica. Con respecto a la Procedencia, dentro del grupo ubicado en procedencia urbana, se encontró un 11.5% de una práctica buena, un 20.6% un nivel de práctica regular y un 67.9% de una mala práctica. En relación a la procedencia rural un 9.2% presentaron una práctica buena, un 23.5% presentaron un nivel de práctica regular y un 67.3% presentaron una mala práctica. **(Cuadro N° 22)**

En relación al Nivel de Conocimiento versus el Nivel de Actitudes de las mujeres del estudio se encontró que en el grupo que presentaron un nivel de conocimiento bueno, el 60.0% tuvieron una actitud favorable, un 6.1% de actitud indecisa, y un 33.9% de actitud desfavorable. Con respecto al nivel de conocimiento regular, se identificó en el 20.5% una actitud favorable, un 33.3% de actitud indecisa y un 46.2% de actitud desfavorable, en el grupo de nivel de conocimiento malo, un 18.6% presentaron una actitud favorable, un 27.1% actitud indecisa y el 54.3% una actitud desfavorable. **(Cuadro N° 23)**

Con respecto al Nivel de Conocimiento versus el Nivel de Prácticas de las mujeres del estudio se encontró que en el grupo que presentaron un nivel de conocimiento bueno, el 7.8% tuvieron un nivel de práctica buena, un 12.2% tuvieron una práctica regular, y un 80.0% tuvieron una mala práctica. Con respecto al nivel de conocimiento regular, se identificó en el 21.8% una práctica buena, en el 25.6% un nivel de práctica regular, y un 52.6% una mala práctica. En el grupo de nivel de conocimiento malo, un 2.9% presentaron una práctica buena, un 32.9% una nivel de práctica regular y un 64.2% una mala práctica. **(Cuadro N° 24)**

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La mayor frecuencia por grupo de edad, se encontró sobre todo en mujeres jóvenes, las que definen que solamente deben de asistir a la Unidad de Salud solamente cuando los problemas de salud lo ameriten y sobre todo cuando se trata de realizar evaluaciones sobre consultas de tipo Ginecológicas.

El fenómeno cultural en las mujeres nicaragüenses ha sido pensar que solamente las mujeres “se enferman” después de determinada edad. Esta posición está sumamente arraigada en la población femenina donde se piensa que el Cáncer del Cuello Uterino solamente se presentan en mujeres que tienen una edad muy madura y/o han parido muchos hijos.

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 su mayoría mantienen un tipo de relación estable con sus compañeros, donde las solteras ocupan un lugar importante llegando a representar hasta un 35% de la muestra.

La religión católica dominó al grupo de mujeres, por lo que queda demostrado que por efectos tradicionales familiares la religión católica sigue ocupando un lugar muy importante en la población de Nicaragua.

El estudio realizado demostró que las usuarias tienen un conocimiento bueno en términos generales, haciéndose más importante en el grupo de las mujeres más jóvenes, lo que pueda también ser establecido por ser el grupo de edad que más se presenta en el centro de salud con el objetivo de obtener atención en salud.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha indicado que el nivel de Conocimiento juega un papel fundamental en el apropiamiento de un rol de

mayor responsabilidad por parte de las mujeres, a la hora de tomar decisiones acerca de su salud y más importante aún la toma de conciencia en relación a las medidas preventivas.

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.

Peor aún, la toma de decisión de realizarse el PAP 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. El acceso a la información objetiva y oportuna es una rareza, provocando que la utilización de los servicios de salud hacia las mujeres sea muy limitada.

Estudios realizados en países Europeos han demostrado que el hecho de manejar altos niveles de cobertura en la toma de la muestra, logra que la prevalencia del cáncer uterino se encuentre por debajo del 10% de la población femenina en etapa fértil, debido sobre todo al empoderamiento de las mujeres con respecto a la captación de la información y un proceso de sistematización de la misma, desde etapa muy tempranas en el desarrollo de la población.

Estos ejemplos han motivado y potencializado a que en la actualidad la salud reproductiva en el universo de las mujeres nicaragüenses, haya sido dinamizada como una verdadera prioridad, impulsando activamente programas de prevención de enfermedades crónicas y graves como lo representan tanto el cáncer de mama como de cérvix.

Debemos de señalar la importancia que tiene la proyección de valores de la familia nicaragüense, provocando en las mujeres un clima motivador y positivo para ir desarrollando una mayor participación. Por otra parte la falta de acceso a Métodos Anticonceptivos, trae consigo mujeres con múltiples partos y ocasiona,

cada día que pasa un mayor riesgo del desarrollo de lesiones que pueden ser prevenibles con una prueba fácil de tamizaje como lo representa el Papanicolaou.

Además existe en las usuarias un bajo nivel de conciencia, con respecto a la importancia de la toma de la muestra, ya que es un hecho palpable el alto nivel de temor que existe dentro de la población femenina a la hora de someterse a la toma de la muestra, lo que se demostró con los datos obtenidos, donde la falta de conocimiento y un desarrollo continuo en el proceso de información y seguimiento, crea situaciones cada vez más graves en el proceso de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno en el abordaje de esta terrible patología. Aumentando cada día más el desarrollo de fenómenos cada vez más severos en el comportamiento de la morbi-mortalidad por cáncer de cérvix uterino.

El efecto directo de esta situación es 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. En Nicaragua la aparición y consecuencias de la historia natural por cáncer de cérvix uterino se presentan a edades más tempranas, al compararse con el resto de países de América Latina. Se estima que aparece en promedio en un tiempo de 10 años antes que el resto.

Uno de los principales factores que influye sobre las bajas tasas de cobertura en Nicaragua, es el hecho de que el conocimiento sobre el Papanicolaou se encuentra muy limitado en la población en general, ya que se cree que solamente le debe de “Importar” a las mujeres con vida sexual activa y que hayan tenido hijos.

Por otro lado es que la percepción del manejo del conocimiento se encuentra muy distorsionada, debido a que las mujeres en su mayoría evitan conversar y exteriorizar acerca de estos temas, y por otro lado la existencia de innumerables prejuicios, mitos, factores culturales que hacen de esta situación un ambiente muy complejo para la propia mujer, ya que al final se encuentra en el centro de una gran serie de dudas que hace que al final NO asista a los Programas de Prevención del Cáncer del Cuello del Útero.

De ahí la gran importancia de desarrollar e impulsar Programas de Prevención del Carcinoma del Cuello Uterino como una estrategia de carácter participativo, inclusivo, con un alto nivel de conocimiento y apropiación de sus derechos en el marco de su propia seguridad en Salud.

Un aspecto importante es que el Programa de Prevención del Cáncer del Cuello del Útero no ha recibido un impulso lo suficientemente efectivo para ser masificado, ya que se ha limitado a las Unidades de Salud. Debemos de recordar que el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva óptima, depende en gran medida también del núcleo familiar, el cual adquiere un rol importante.

El impulso para un buen uso de la información, un mejor acceso a la misma, con un lenguaje básico, para su comprensión real y objetiva desarrollará mejores niveles de calidad de vida en las mujeres nicaragüenses.

Una capacitación del personal humano, a cargo de dichos programas, una mejor calidad de insumos y equipamiento a nivel nacional, un alto nivel en la calidad de referencia y contra referencia, un seguimiento sistemático de los casos positivos y una base de datos actualizada y optimizada para dar una respuesta efectiva, son parte de los retos que hay que asumir e impulsar de una manera constante de tal forma que se logre disminuir los efectos de esta enfermedad que provoca tanto daño a la población femenina de Nicaragua.

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 para eso se necesita

tener un nivel educativo que facilite la consolidación de los Programas de Salud, impulsados a nivel comunitario, sobre todo en áreas de poco acceso como las del presente estudio.

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.

Por otro lado la religión al evaluarse demostró que la actitud de los católicos fue predominantemente favorable, y de igual manera cuando se evalúa con la práctica fue la religión que obtuvo un mejor comportamiento. Lo que puede demostrar que si bien es cierto es su mayoría las mujeres que profesan la religión católica tienen muchas dudas con respecto a la temática del Papanicolaou, al momento de tomar medidas tienen una mejor y mayor participación.

Pero la práctica fue mala. 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.

CONCLUSIONES

- Predominaron las Mujeres de 15 - 26 años, acompañadas, Desempleadas en su mayoría con un nivel de escolaridad Secundaria, y de religión Católica. Y con una procedencia de la región urbana.
- Las mujeres en su mayoría recibieron información acerca del Papanicolaou, de parte del personal de Salud en las Unidades de Salud, indicando en su mayoría que no entendieron lo que le explicaban
- El conocimiento en general fue Bueno, teniendo una mayor fortaleza con respecto al comportamiento en relación a utilidad del examen, y las mayores deficiencias fueron observadas al evaluar los aspectos relacionados con la frecuencia con que debe de realizarse y de la preparación para el mismo.
- La actitud fue Desfavorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en los factores a tomar en cuenta para la realización del examen.
- La práctica fue mala en su mayoría, encontrando un marcado efecto socio cultural sobretodo de temor y de falta de responsabilidad hacia la toma del examen.

RECOMENDACIONES

- 1.- El Ministerio de Salud (MINSA) y todos los actores, con énfasis en la familia, deberán impulsar estrategias que fortalezcan la difusión de un continuo conocimiento sobre el tema del Papanicolaou.
2. Enfatizar en la población de mujeres una educación y seguimiento sobre el tema 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.
- 3.- Respalda los estudios que consoliden el conocimiento sobre el tema de Papanicolaou, en los SILAIS, con la finalidad de implementar programas de prevención, Captación y Seguimiento dirigido hacia las mujeres en general, como una prioridad del sistema de salud pública de Nicaragua.
- 4.- Reforzar las redes comunitarias, para que transmitan información referente al Papanicolaou, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, líderes comunitarios, ONGs que manejan el tema de Cáncer del Cérvix Uterino, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la patología.
- 5.- Desarrollar a través de los diferentes medios de comunicación Nacionales, programas dirigidos a fortalecer el conocimiento de los aspectos relacionados a la prevención y el diagnóstico temprano del Cáncer Ginecológico (Mama y Cérvix), la importancia de la toma del Papanicolaou.
- 6.- Establecer lugares donde las mujeres puedan informarse sobre la temática de Papanicolaou, durante todo el año, de forma continua, teniendo acceso a una información objetiva, dándoles charlas educativas, así como teniendo acceso en cualquier momento a la realización de la prueba del Papanicolaou.
7. 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.

8. Desarrollar un proceso de capacitación continua a todos los integrantes de los diferentes equipos de salud, para desarrollar una mejor sensibilización sobre este problema de salud pública del país. Impulsando a su vez la realización de jornadas y brigadas que tengan como objetivo la masificación de la toma de Papanicolaou con el fin de mejorar la calidad de atención de nuestras mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud de México. *Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino*. México (DF); 2000.
2. Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108.
3. Centro de Investigación Maes Heller, Instituto de Enfermedades Neoplásicas. *Registro de Cáncer en Lima Metropolitana 1994 -1997*. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas; 2004.
4. Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001;15(2): 153-6.
5. Averette H, Perna V. Rastreo de cáncer cervical: perspectivas y bases. *Excerpta Médica INC* 1993: 63-65.
6. Ramírez-Heredia J, Rojas-Cañamar M. Valor de la citología cervicovaginal en cáncer cervicouterino. *Cancerología* 1992; 38: 1691-1693.
7. Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Lino-González M y col. Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 28 a 50 años en México. *Rev. Inst Cancerol Mex* 2003; 45: 17-23.
8. Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty : Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública de México* 2003; 45: 315-325.
9. Fink DJ. Change in American Cancer Society checkup guidelines for detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 1988: 127-128.

10. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1(8544):1247-9.
11. Soza N: “Conocimiento, actitudes y practicas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán - nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”
12. Indicadores Básicos de Salud. Publicación 2007. MINSA. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/ind2007/index.html>
(Consultado 22 de julio 2010)
13. Presentación Epidemiología del Cáncer del Cuello Uterino. Dirección General de Servicios de Salud, MINSA. 2010.
14. Manual auto informativo del CNIEC, Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/medicina/curso_nacional/manual/Unidad2.pdf

ANEXOS



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
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:

2. estado civil:

a) soltera

b) casada

c) acompañada

2. Procedencia:

a) urbana

b) rural

3) ocupación:

a) estudiante

b) desempleados

c) ama de casa

d) otro

4) religión

a) católico

b) evangélico

c) otro

5) escolaridad

a) analfabeta

b) primaria

c) secundaria

d) universidad

B.VALORACION DEL CONOCIMIENTO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SE
1.El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud			
2.El PAP es un examen vaginal que sirve para detectar cáncer			
3.El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos			
4.El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales			
5.El PAP sirve para detectar si la mujer tiene infección en sus genitales			
6.El PAP detecta a tiempo el cáncer del cuello del útero			
7.El PAP debe realizarse cada 6 meses			
8.El PAP debe de realizarse cada año			
9.todas las mujeres deben de realizarse el PAP			
10.Solo las mujeres con alguna enfermedad vaginal deben de realizarse el PAP			
11.Solo las mujeres del campo deben realizarse el PAP			
12.El PAP detecta el SIDA			
13.El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios			
14.La mujer puede tener relaciones sexuales antes de hacerse el PAP			
15.La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP			

16.La mujer debe de realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP			
17.La mujer debe usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP			
18.Las múltiples parejas sexuales pueden causar cáncer del cuello de la matriz			
19.iniciar las relaciones sexuales muy joven puede causar cáncer del cuello de la matriz			
20.tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz			
21.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.VAORACION 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 SU COLABORACION

CUADRO N°1

Características Sociodemográficas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Características Sociodemográficas	Numero	%
Edad		
15-26 años	103	39.2%
27-38 años	89	33.8%
39-49 años	71	27.0%
Estado civil		
Soltera	92	34.9%
Casada	56	21.3%
Acompañada	115	43.8%
Religión		
Católica	132	50.2%
Evangélica	99	37.3%
Otro	32	12.5%
Procedencia		
Urbana	165	62.7%
Rural	98	37.3%

Escolaridad		
Primaria	78	29.7%
Secundaria	93	35.4%
Técnica	34	12.9%
Universidad	58	22.0%
Ocupación		
Estudiantes	35	13.3%
Desempleadas	134	50.9%
Ama de casa	87	33.1%
Otros	7	2.7%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 2

Características de la Información brindada a las mujeres sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Característica de la información	Numero	%
Recibió información		
Si	159	60.5%
No	104	39.5%

Persona que dio información(*)		
Amigos/as	123	46.8%
Brigadistas de Salud	82	31.2%
Personal de salud	132	50.2%
Maestros	75	28.5%
Familiares	92	34.9%
Fuente de información(*)		
Calle	28	10.6%
Escuela	75	28.5%
Centro de salud	214	81.4%
Farmacias	17	6.5%
Folletos	43	16.3%
Opinión de la explicación brindada		
Me explicaron con lenguaje sencillo.		
No entiendo lo que me explican.	111	42.2%
	152	57.8%

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

CUADRO N° 3

Conocimientos acerca de la utilidad del Papanicolaou que tienen las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Conocimientos sobre el PAP	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud	205	77.9%	52	19.8%	6	2.3%
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en la vagina	198	75.3%	60	22.8%	5	1.9%
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos	35	13.3%	214	81.4%	14	5.3%
El PAP sirve para saber si la mujer tiene infección en su genitales	203	77.2%	45	17.1%	15	5.7%
El PAP detecta a tiempo el cáncer de cuello del útero	178	67.7%	72	27.4%	13	4.9%
El PAP detecta el SIDA	39	14.8%	198	75.3%	26	9.9%
El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios	27	10.3%	201	76.4%	35	13.3%
El PAP produce abortos	18	6.8%	234	89.0%	11	4.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N°4

Conocimientos sobre las personas que deben de realizarse el Papanicolaou según opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Solo las mujeres con alguna enfermedad vagina deben de realizárselo	52	19.8%	198	75.3%	13	4.9%
El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales	204	77.6%	25	9.5%	34	12.9%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre la frecuencia de realización de Papanicolaou según opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP debe realizarse cada 6 meses	115	43.7%	138	52.5%	10	3.8%
El PAP debe realizarse cada año	142	53.9%	105	39.9%	16	6.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO 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 Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Las mujeres pueden tener relaciones sexuales	158	60.1%	42	15.9%	63	24.0%
Las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP	135	51.3%	100	38.0%	28	10.7%
La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP	58	22.1%	178	67.7%	27	10.3%
La mujer debe realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP	43	16.3%	177	67.4%	43	16.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos acerca de los riesgos de padecer cáncer cervicouterino según opinión de las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Iniciar las relaciones muy jóvenes puede causar cáncer del cuello de la matriz	192	73.0%	53	20.2%	18	6.8%
Tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz	23	8.8%	210	79.8%	30	11.4%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Nivel de Conocimientos de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	115	43.7%
Regular	78	29.7%
Malo	70	26.6%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 9

Actitud hacia el examen del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Proposiciones	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es un examen importante para la salud de la mujer	157	59.7%	52	19.8%	54	20.5%
Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra	187	71.1%	30	11.4%	46	17.5%
La Doctora o enfermera me da más confianza a la hora de tomarme la muestra	130	49.4%	40	15.2%	93	35.4%
La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer	115	43.7%	48	18.3%	100	38.0%
La religión influye en mi decisión de realizarme el PAP	15	5.7%	26	9.9%	222	84.4%
Una mujer con más estudios hará el PAP más fácilmente	63	23.9%	76	28.9%	124	41.2%
Principalmente las personas de la ciudad deben hacerse el PAP	54	20.5%	53	20.2%	156	59.3%
La familia debe influir en la decisión de realizarse el PAP	23	8.8%	18	6.8%	222	84.4%
Solo las mujeres con muchos compañeros deben realizarse el PAP	34	12.9%	43	16.4%	186	70.7%
El PAP debe hacerse solo cuando la enfermera o Doctor. lo indique	47	17.9%	35	13.3%	181	68.8%
El PAP debe de realizárselo las mujeres que planifican	135	51.3%	28	10.7%	100	38.0%
El PAP produce sangrado	78	29.7%	74	28.1%	111	42.2%

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

Todas las mujeres deben realizárselo antes de tener un hijo	145	55.1%	32	12.2%	86	32.7%
Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben realizarse el PAP	89	33.8%	38	14.5%	136	51.7%
El PAP es doloroso	135	51.3%	45	17.1%	83	31.6%
Produce abortos	53	20.2%	34	12.9%	176	66.9%

CUADRO N°10

Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Nivel de Actitud ante el PAP	N°	%
Favorable	98	37.3%
Indeciso	52	19.8%
Desfavorable	113	42.9%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N°11

Realización de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014

n=263

Realización de Citología Cervico Vaginal (Papanicolaou)	N°	%
SI	54	20.5%
NO	209	79.5%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12

Edad de las mujeres, a las cuales se han realizado el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014

n= 54

Edad de Realización del Papanicolaou	N°	%
15 a 25 años	13	24.1%
26 a 35 años	32	59.3%
36 a 49 años	9	16.6%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13

Obtención de los Resultados, en las mujeres a las cuales se realizó el Papanicolaou, que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014

n= 54

Obtención de Resultados	N°	%
SI	12	22.2%
NO	42	77.8%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 14

Número de Papanicolaou realizado en las mujeres, que se realizaron el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 54

Número de Papanicolaou realizados	N°	%
UNO	44	81.4%
DOS	7	12.9%
MÁS DE DOS	3	5,7%

Fuente: Encuesta.

CUADRO 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 Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014

n= 54

Frecuencia de Realización del Papanicolaou	N°	%
Cada 3 meses	1	1.9%
Cada 6 meses	3	5.6%
Cada año	37	68.5%
Cada 2 años	13	24.0%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 16

Tiempo de realización de Último Papanicolaou, les se han realizado el Papanicolaou y que asisten al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014

n= 54

Tiempo de Realización del Último Papanicolaou	N°	%
Menos de un año	3	5.6%
1 a 2 años	41	75.9%
Más de 2 años	10	18.5%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Razones por las cuales se han realizado el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 54

Razones de realización del PAP	N°	%
Para proteger la salud	51	94.4%
Por orden medica	37	68.5%
Para saber si tengo cáncer	22	40.7%
Por interés propio	11	20.4%
Por control prenatal	48	88.9%

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

CUADRO N° 18

Razones por las cuales NO se han realizado el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 209

Razones de NO realización del PAP	N°	%
Temor	194	92.8%
Vergüenza	179	85.6%
Por descuido	168	80.4%
Falta de importancia	157	75.1%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Nivel de Prácticas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	28	10.6%
Regular	57	21.7%
Mala	178	67.7%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 20

Características Sociodemográficas versus Nivel de conocimientos sobre el Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	66	64.1%	21	20.4%	16	15.5%
27-38 años	22	24.7%	28	31.5%	39	43.8%
39-49 años	27	38.1%	29	40.8%	15	21.1%
Estado civil						
Soltera	25	27.2%	29	31.5%	38	41.3%
Casada	19	33.9%	26	46.4%	11	19.7%
Acompañada	71	61.7%	23	20.0%	21	18.3%
Ocupación						
Estudiante	12	34.3%	9	25.7%	14	40.0%
Desempleada	68	50.7%	40	29.9%	26	19.4%
Ama de casa	32	36.8%	27	31.0%	28	32.2%
Otras	3	42.8%	2	28.6%	2	28.6%
Religión						

Católica	64	48.5%	41	31.1%	27	20.4%
Evangélica	38	38.4%	32	32.3%	29	29.3%
Otras	13	40.6%	5	15.6%	14	43.8%
Escolaridad						
Primaria	38	48.7%	28	35.9%	12	15.4%
Secundaria	42	45.2%	21	22.5%	30	32.3%
Técnico	12	35.3%	13	38.2%	9	26.5%
Universidad	23	39.6%	16	27.6%	19	32.8%
Procedencia						
Urbana	97	58.8%	38	23.0%	30	18.2%
Rural	18	18.4%	40	40.8%	40	40.8%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 21

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Características Sociodemográficas	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	37	35.9%	8	7.8%	58	56.3%
27-38 años	35	39.3%	12	13.5%	42	47.2%
39-49 años	26	36.6%	32	45.1%	13	18.3%
Estado civil						
Soltera	37	40.2%	17	18.5%	38	41.3%
Casada	28	50.0%	17	30.4%	11	19.6%
Acompañada	33	28.7%	18	15.7%	64	55.6%
Ocupación						
Estudiante	8	22.9%	4	11.4%	23	65.7%
Desempleada	45	33.6%	13	9.7%	76	56.7%
Ama de casa	43	49.4%	34	39.1%	10	11.5%
Otras	2	28.6%	1	14.3%	4	57.1%
Religión						
Católica	50	37.9%	23	17.4%	59	44.7%

Evangélica	39	39.4%	22	22.2%	38	38.4%
Otra	9	28.1%	7	21.9%	16	50.0%
Escolaridad						
Primaria	27	34.6%	20	25.6%	31	39.8%
Secundaria	25	26.9%	15	16.2%	53	56.9%
Técnico universidad	10	29.4%	10	29.4%	14	41.2%
	36	62.1%	7	12.1%	15	25.8%
Procedencia						
Urbana	40	24.2%	33	20.0%	92	55.8%
Rural	58	59.2%	19	19.4%	21	21.4%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 22

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n=263

Características sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	9	8.7%	22	21.4%	72	69.9%
27-38 años	10	11.2%	21	23.6%	58	65.2%
39-49 años	9	12.7%	14	19.7%	48	67.6%
Estado civil						
Soltera	15	16.3%	19	20.7%	58	63.0%
Casada	10	17.9%	15	26.8%	31	55.3%
Acompañada	3	2.6%	23	20.0%	89	77.4%
Ocupación						
Estudiante	4	11.4%	17	48.6%	14	40.0%
Desempleada	10	7.5%	21	15.7%	103	76.8%
Ama de casa	13	14.9%	16	18.4%	58	66.7%
Otra	1	14.2%	3	42.9%	3	42.9%
Religión						
Católica	16	12.1%	27	20.5%	89	67.4%

Evangélica	9	9.1%	19	19.2%	71	71.7%
Otra	3	9.4%	11	34.3%	18	56.3%
Escolaridad						
Primaria	11	14.1%	21	26.9%	46	59.0%
Secundaria	7	7.5%	11	11.8%	75	80.7%
Técnico	4	11.8%	5	14.7%	25	73.5%
Universidad	6	10.3%	20	34.5%	32	55.2%
Procedencia						
Urbano	19	11.5%	34	20.6%	112	67.9%
Rural	9	9.2%	23	23.5%	66	67.3%

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 23

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

n= 263

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	69	60.0%	7	6.1%	39	33.9%
REGULAR	16	20.5%	26	33.3%	36	46.2%
MALO	13	18.6%	19	27.1%	38	54.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 24

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.

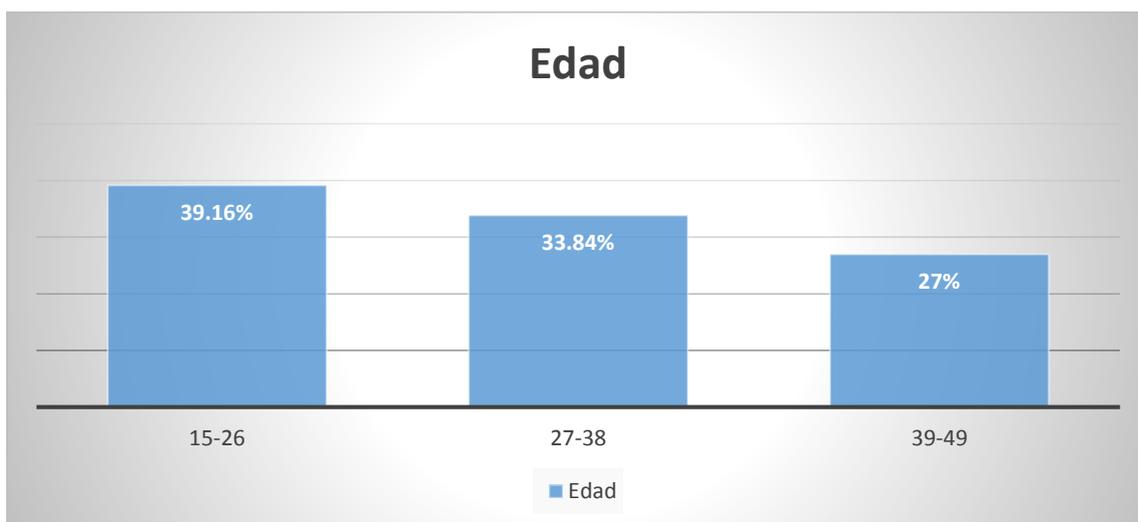
n= 263

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	9	7.8%	14	12.2%	92	80.0%
REGULAR	17	21.8%	20	25.6%	41	52.6%
MALO	2	2.9%	23	32.9%	45	64.2%

Fuente: Encuesta.

Gráfico N° 1

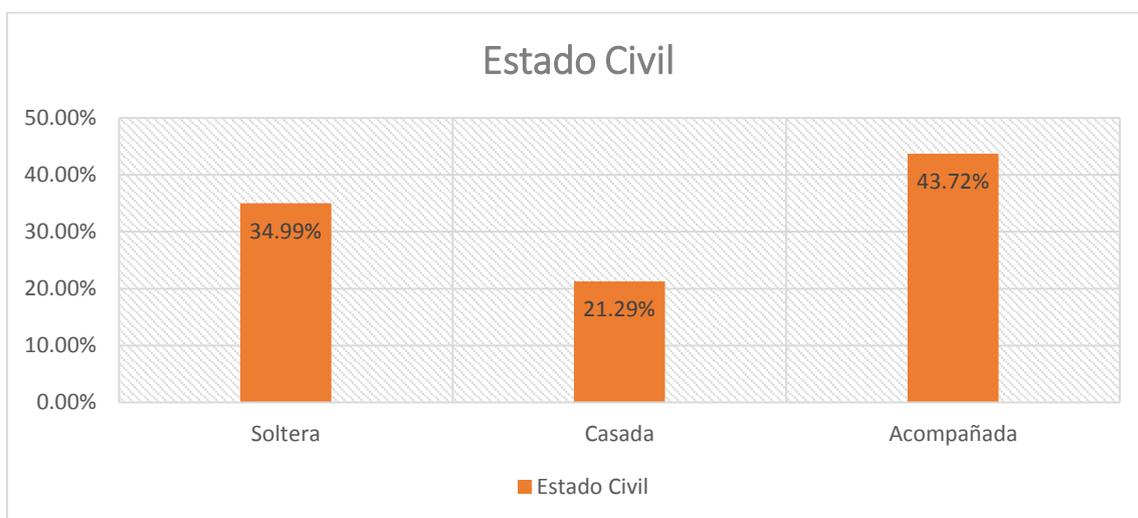
Edad de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 2

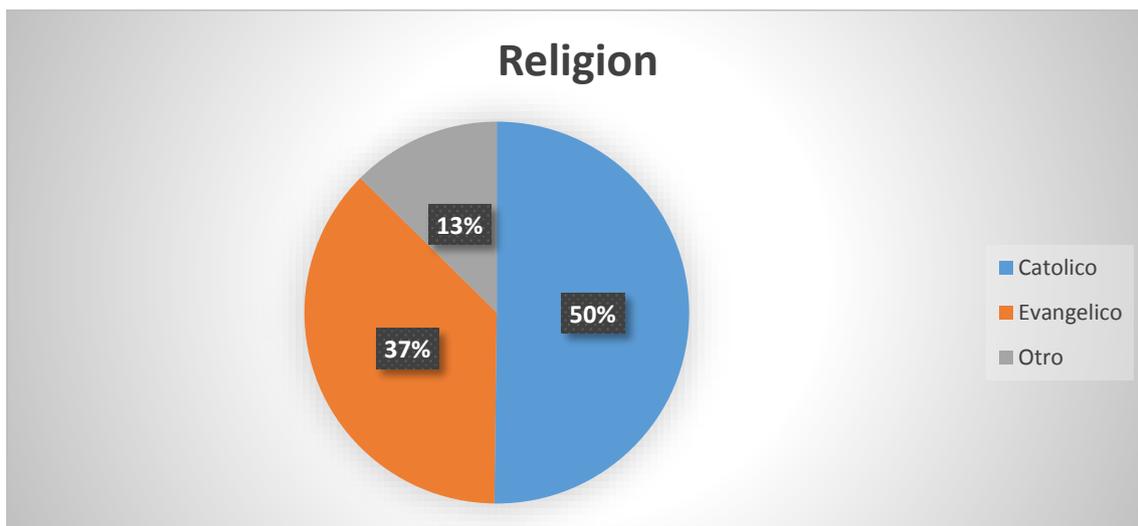
Estado Civil de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 3

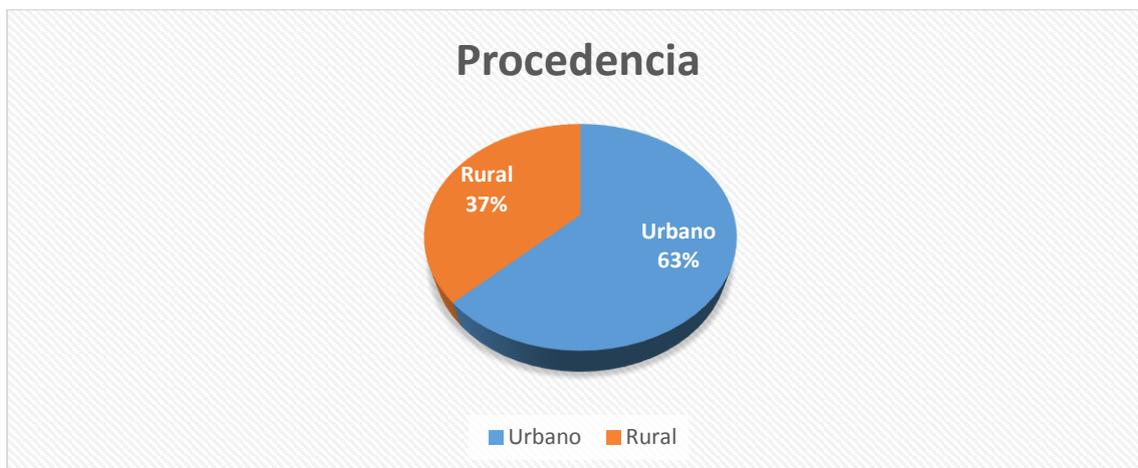
Religión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 4

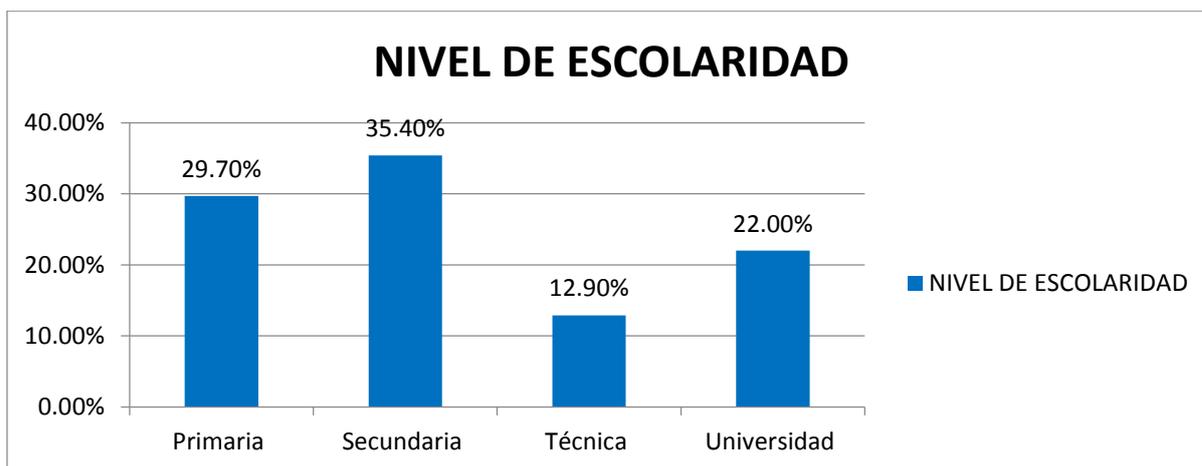
Procedencia de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 5

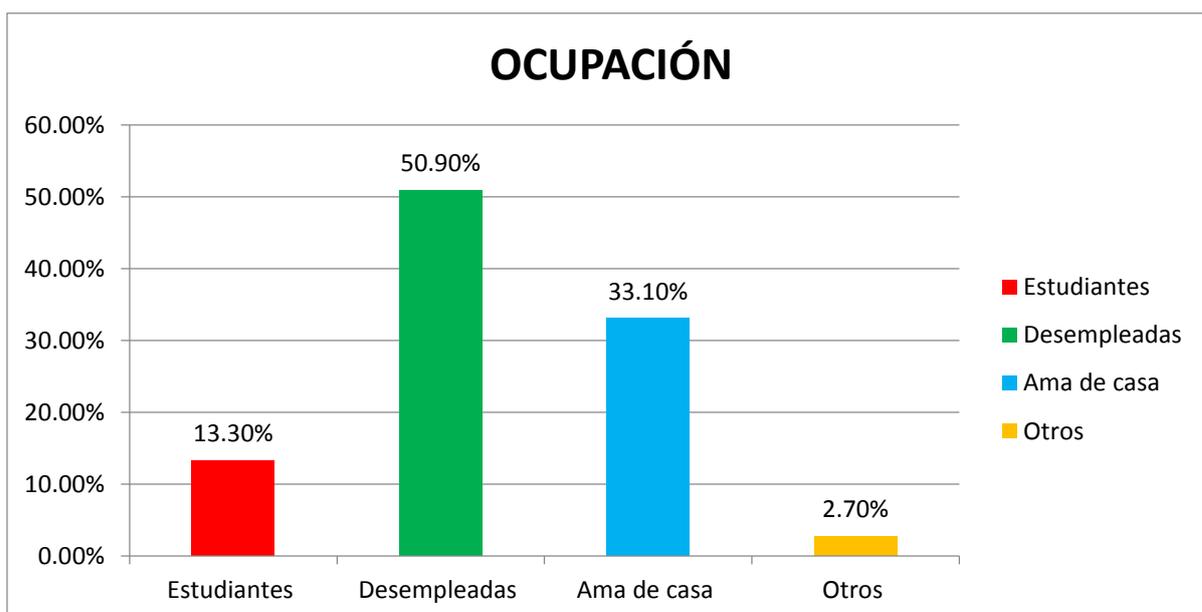
Escolaridad de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 6

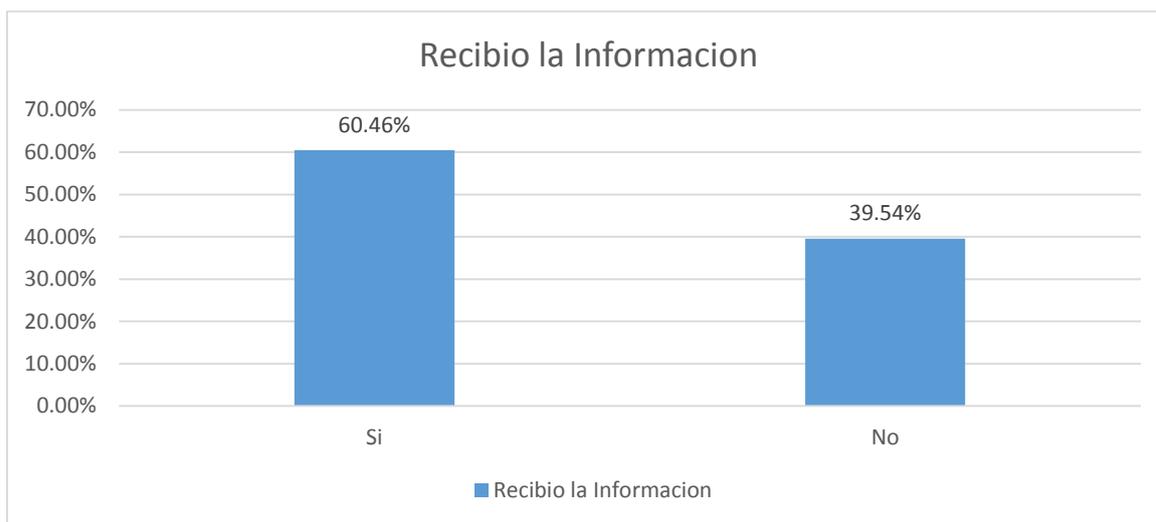
Ocupación de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 7

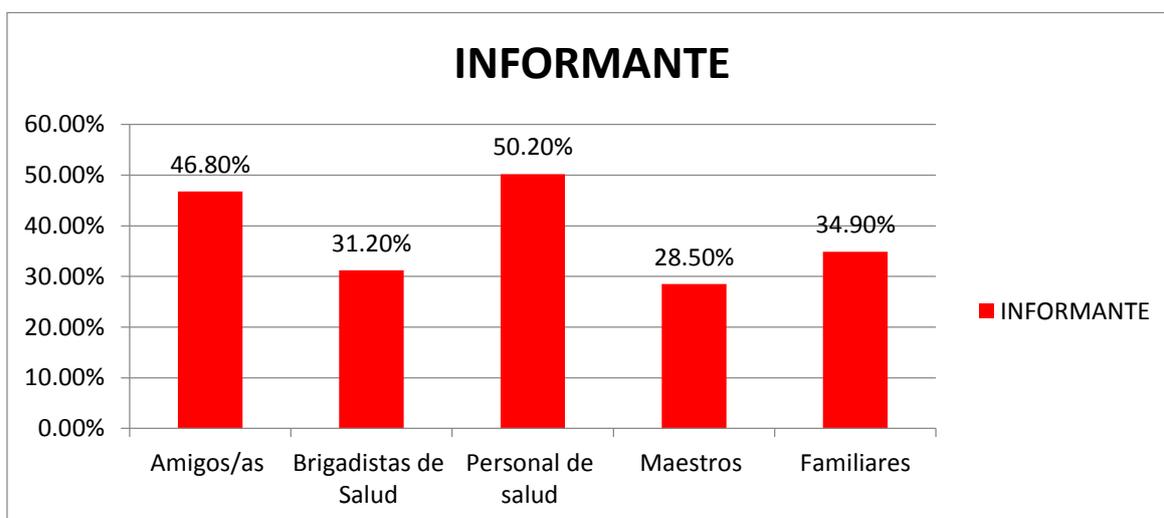
Antecedentes de Recibir la información brindada a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 8

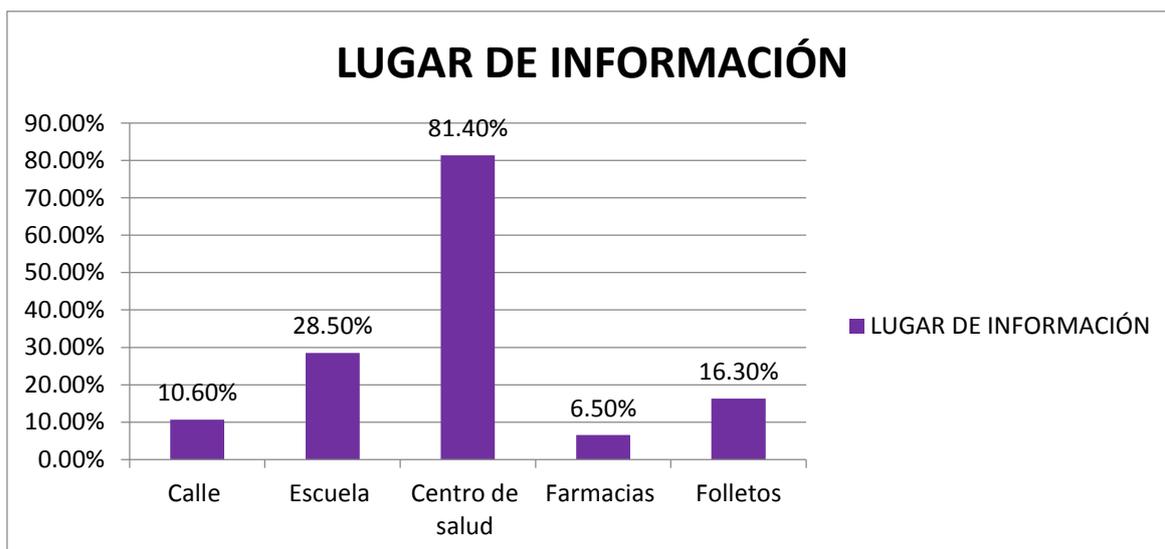
Persona que brindó la Información a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 9

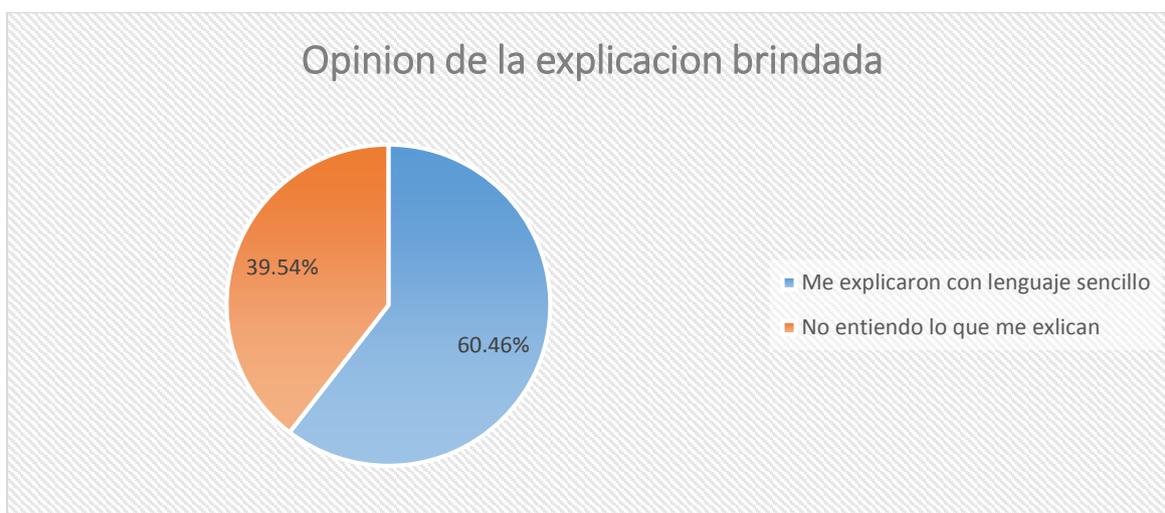
Lugar donde recibieron la Información las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 10

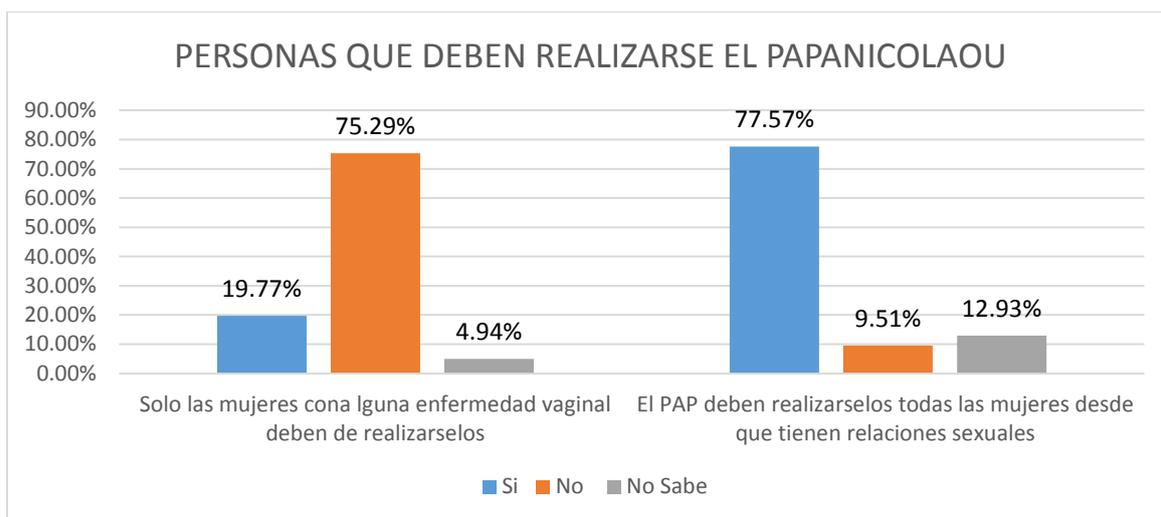
Calidad de la Información obtenida por las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 11

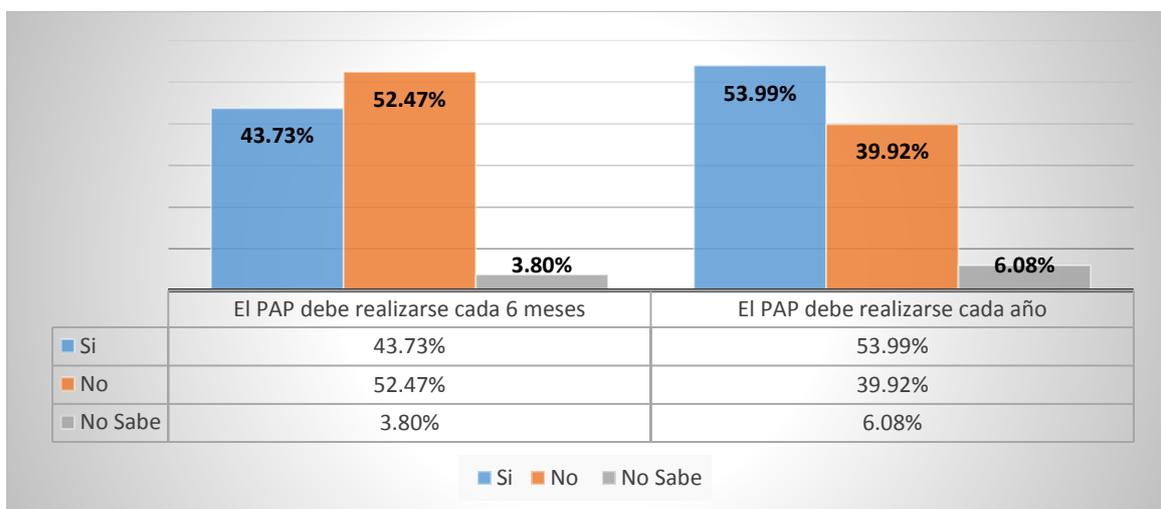
Conocimientos sobre las personas que deben realizarse el Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 4

Gráfico N° 12

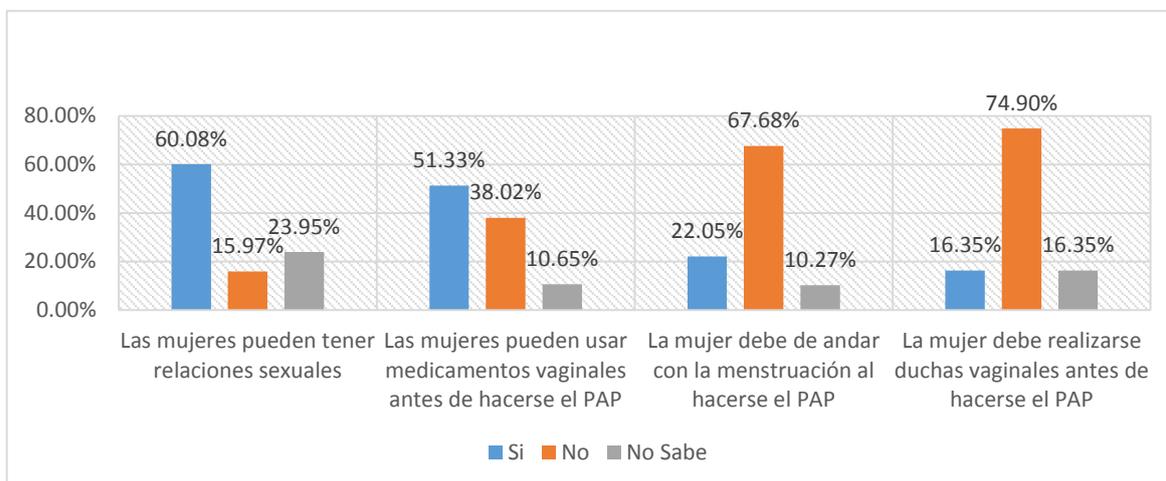
Conocimientos sobre la Frecuencia de Realización del Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 5

Gráfico N° 13

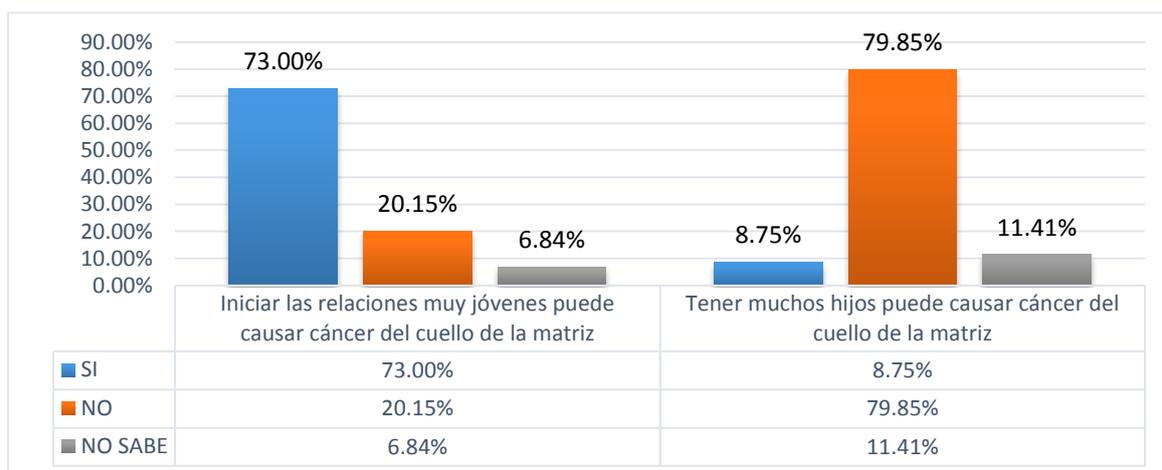
Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la Realización del Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 6

Gráfico N° 14

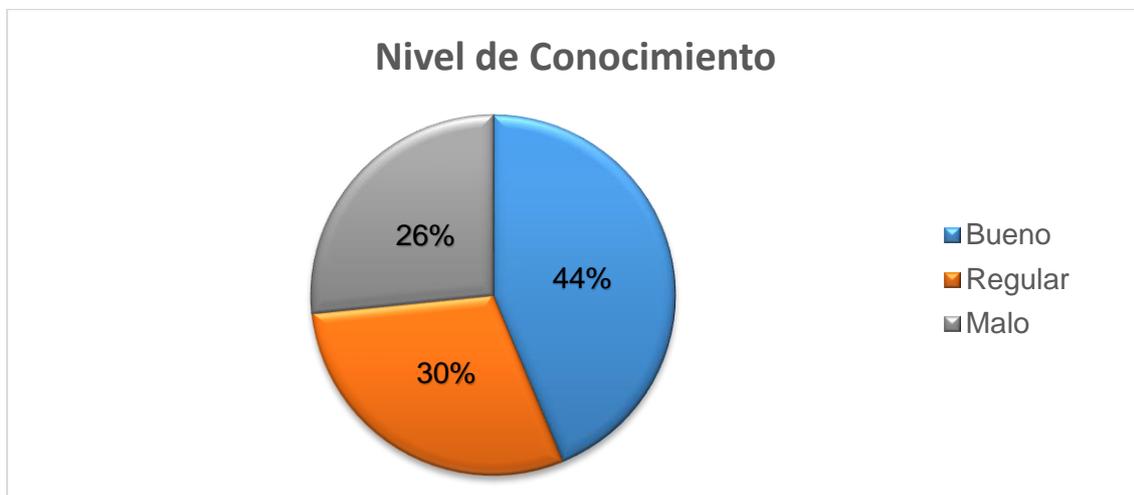
Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la Realización del Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 7

Gráfico N° 15

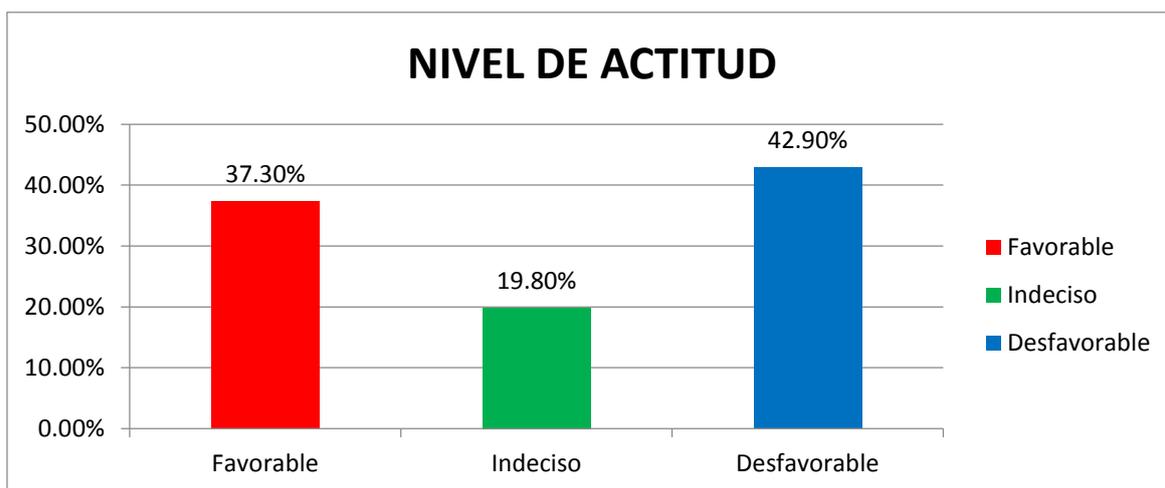
Nivel de Conocimientos de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014.



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 16

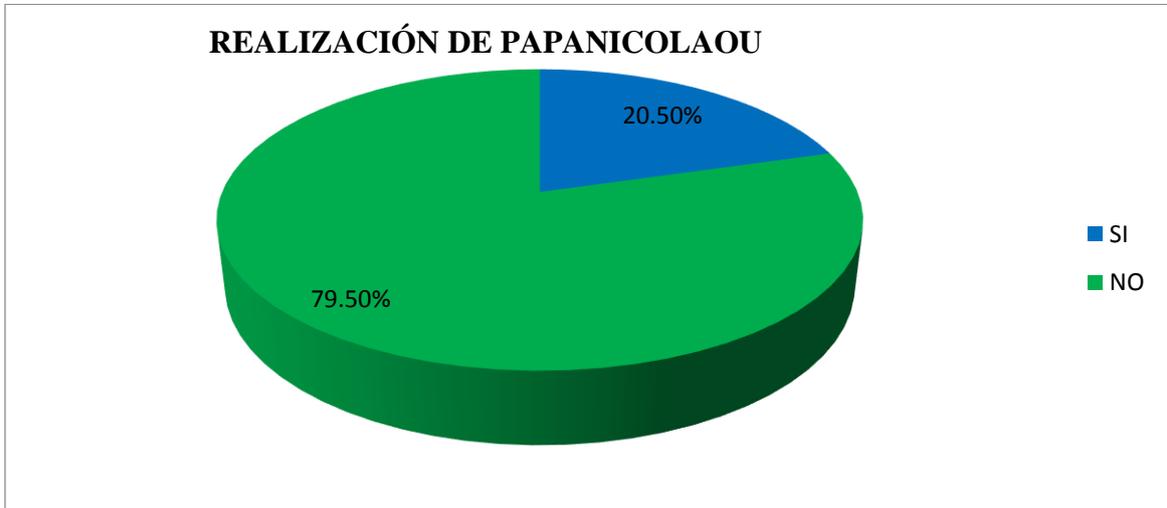
Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 10

Gráfico N° 17

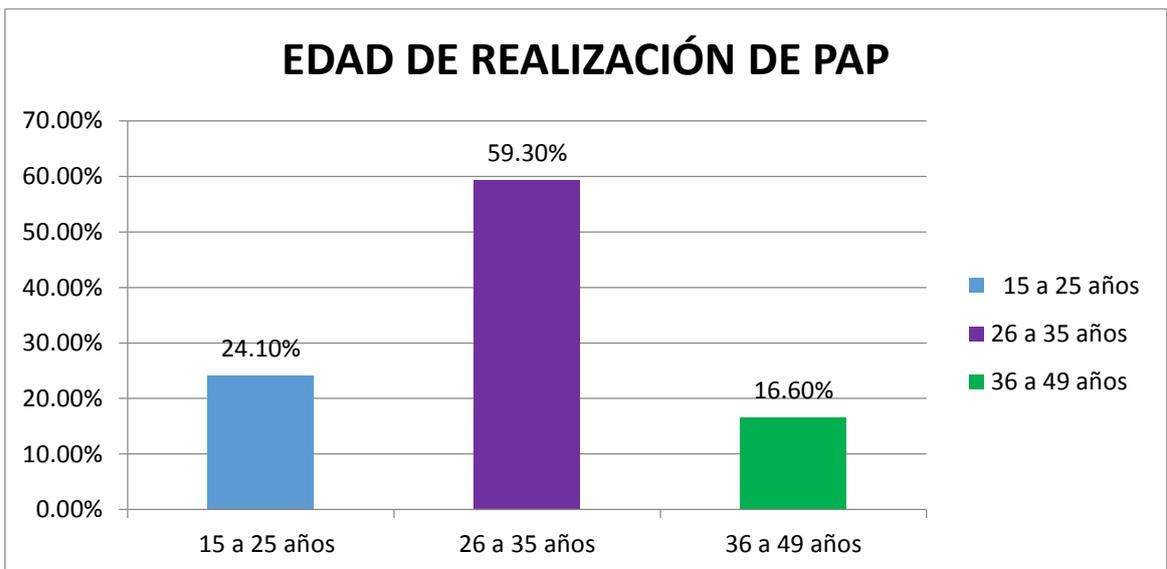
Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 18

Edad de Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 19

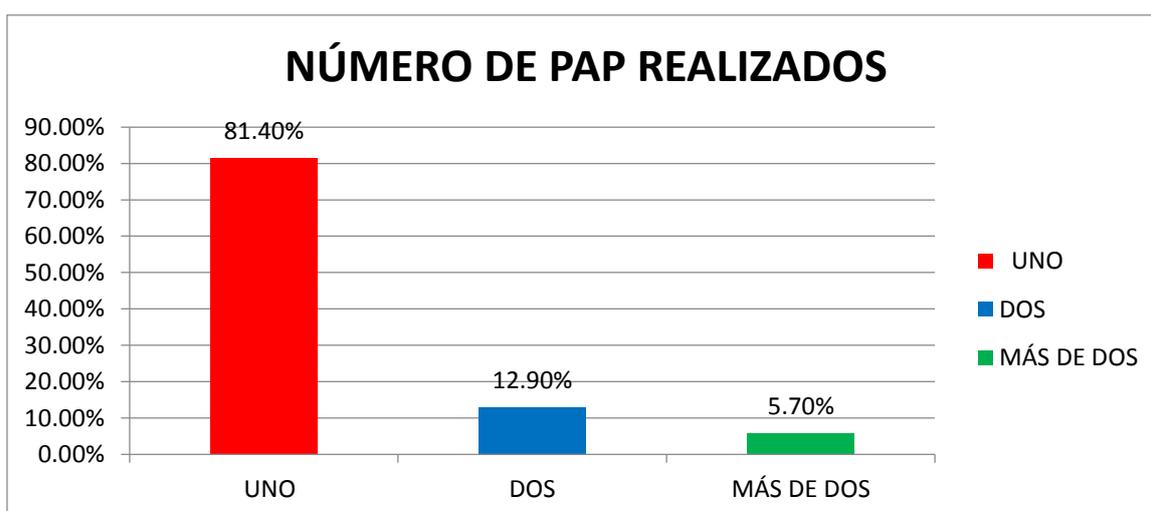
Obtención de los Resultados del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 20

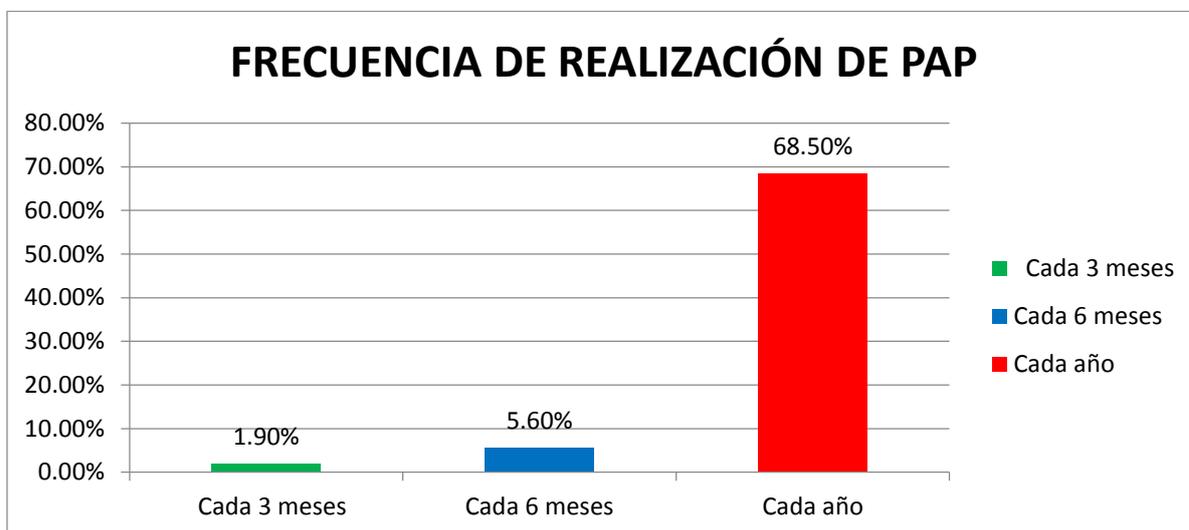
Número de Papanicolaou realizados a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 14

Gráfico N° 21

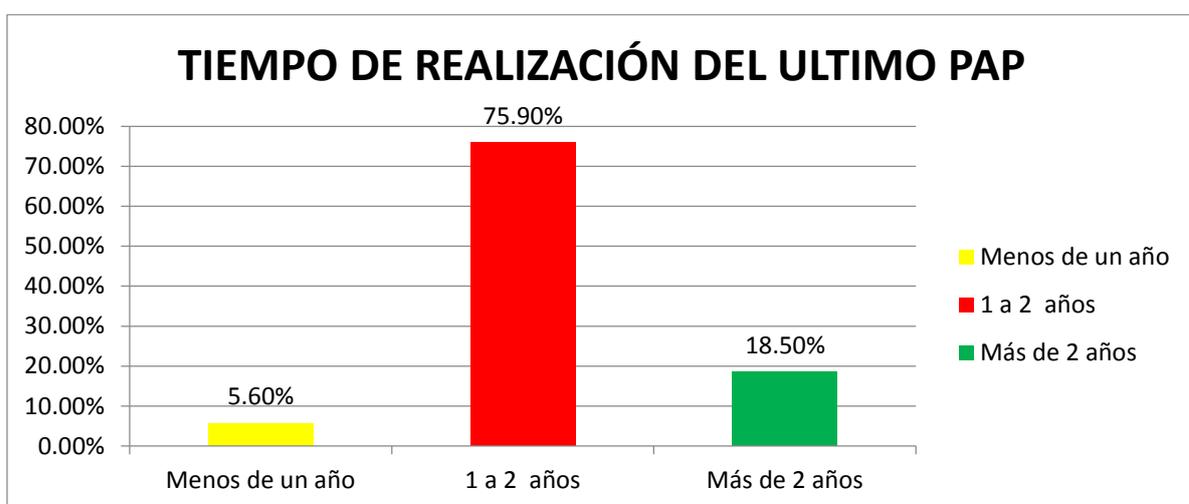
Frecuencia de Realización de Papanicolaou realizados a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 15

Gráfico N° 22

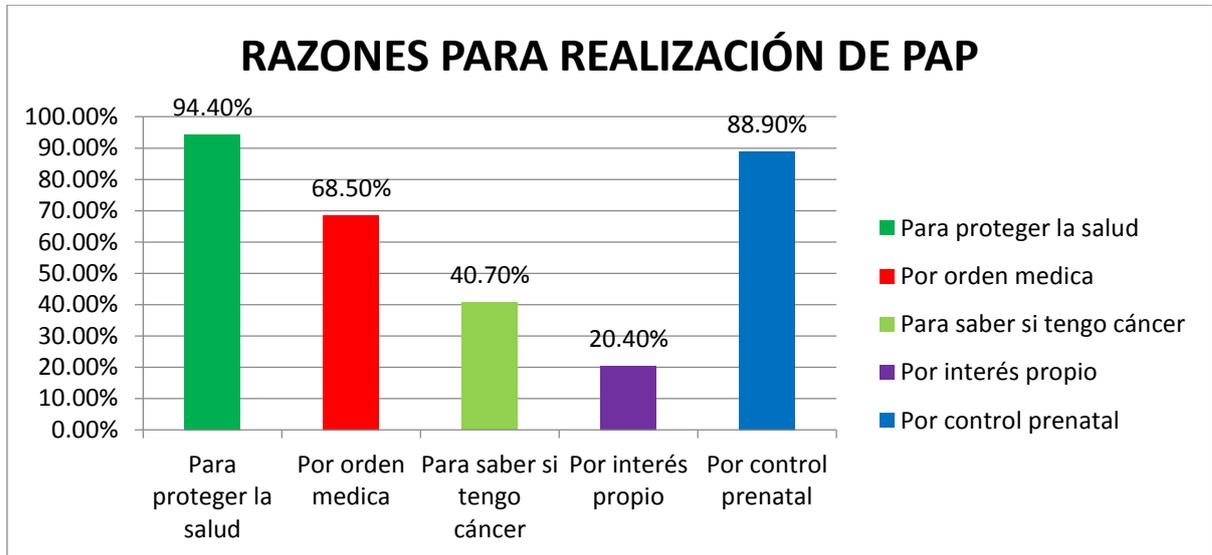
Tiempo de Realización del Ultimo Papanicolaou realizado a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 16

Gráfico N° 23

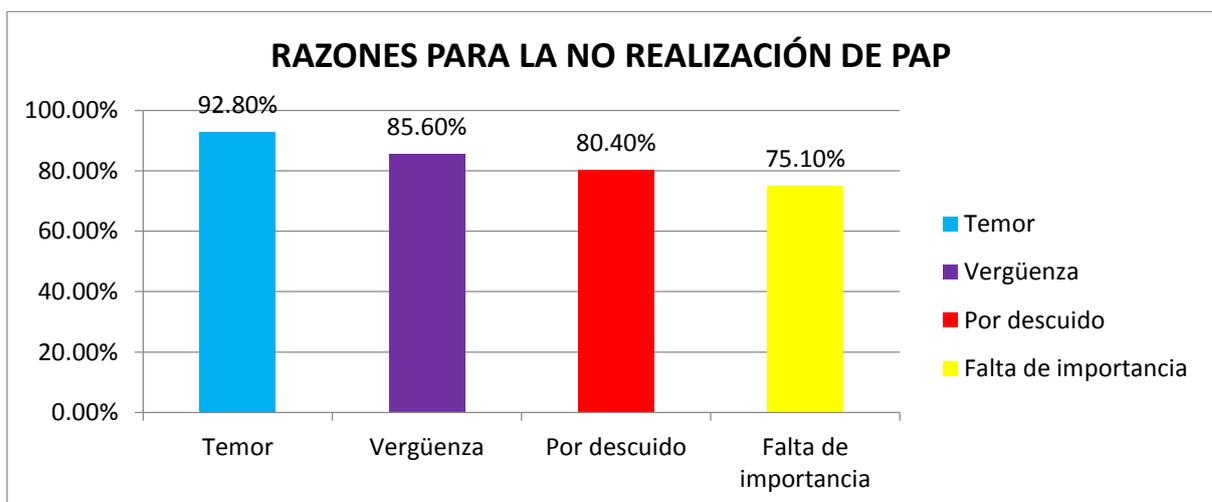
Razones para la Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 17

Gráfico N° 24

Razones para la NO Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 18

Gráfico N° 25

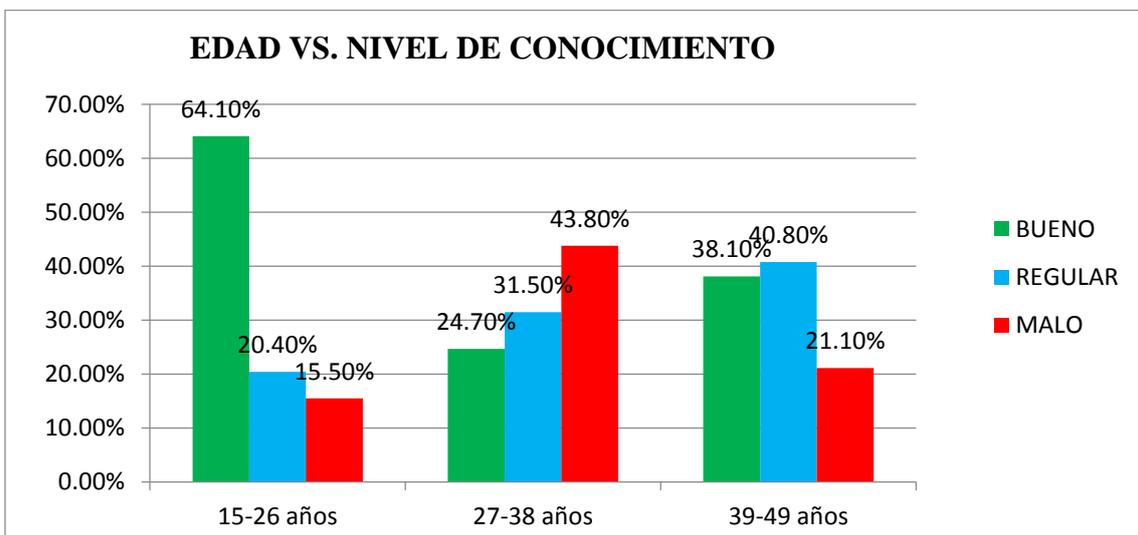
Nivel de Prácticas en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 19

Gráfico N° 26

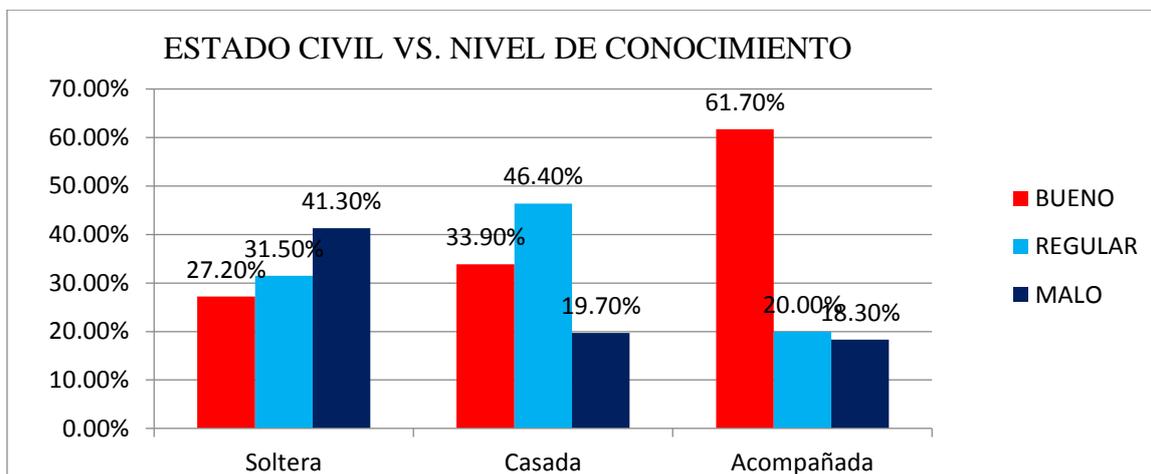
Edad versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 27

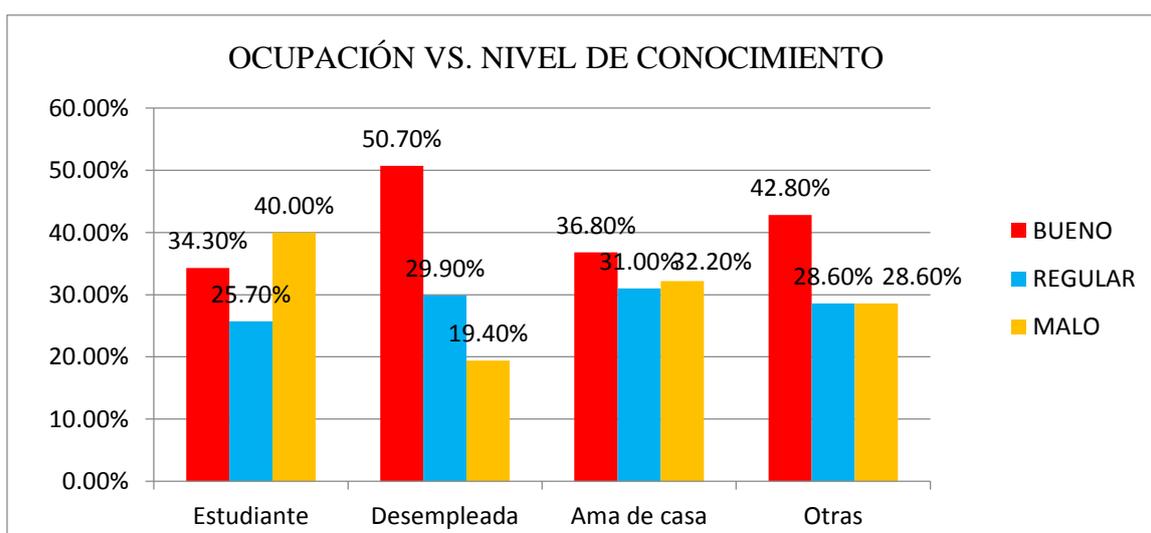
Estado Civil versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 28

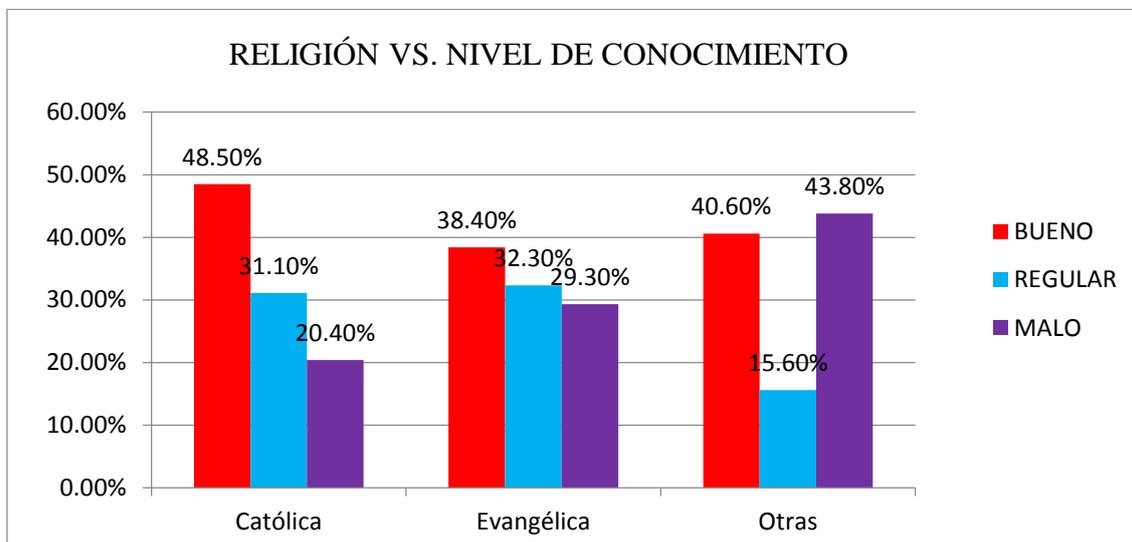
Ocupación versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 29

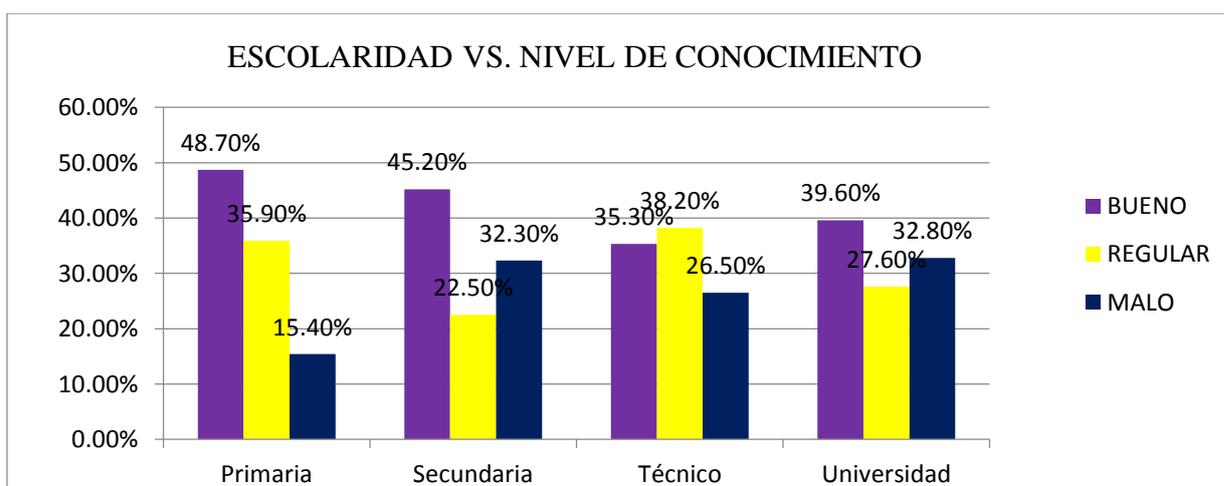
Religión versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 30

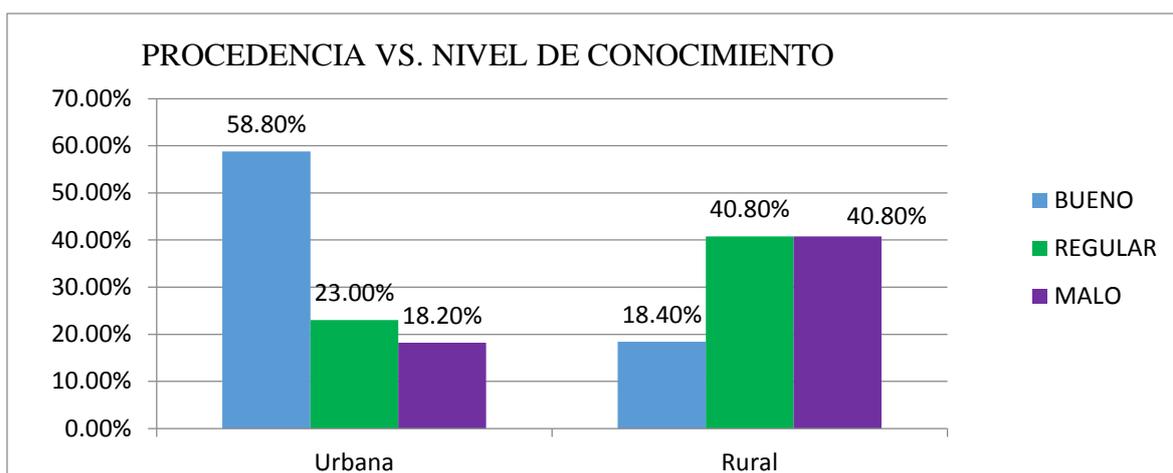
Escolaridad versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 31

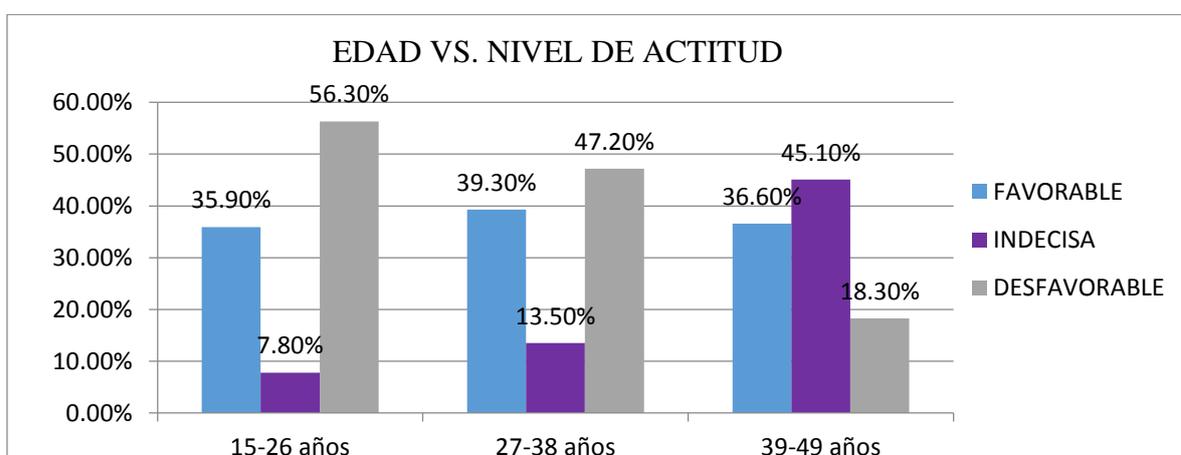
Procedencia versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 32

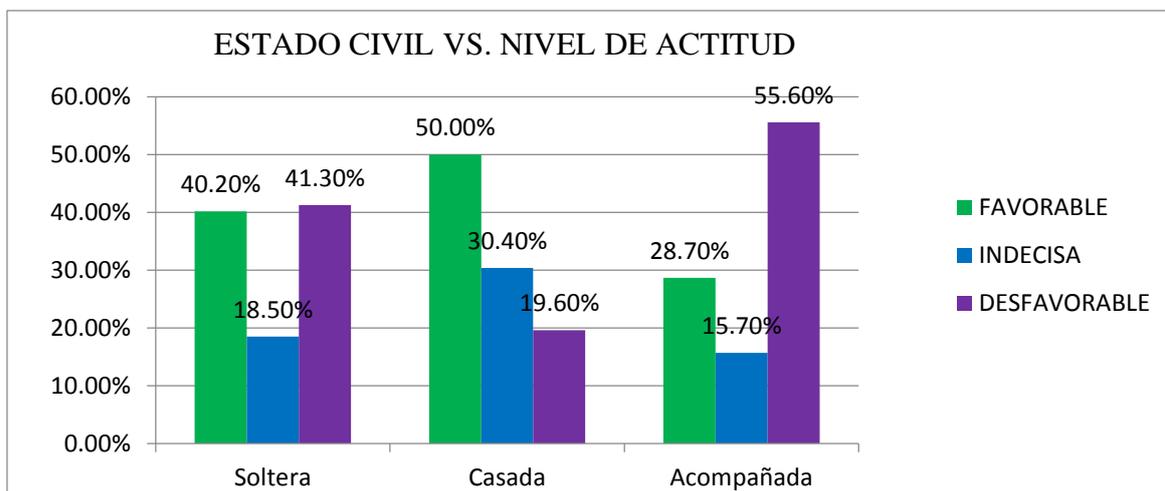
Edad versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 33

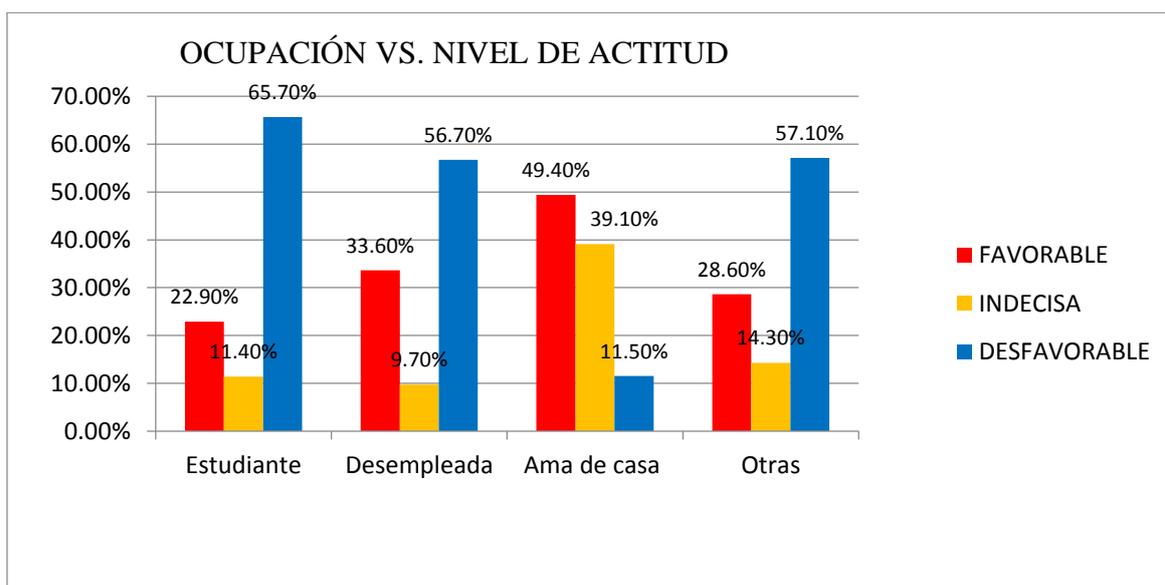
Estado Civil versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 34

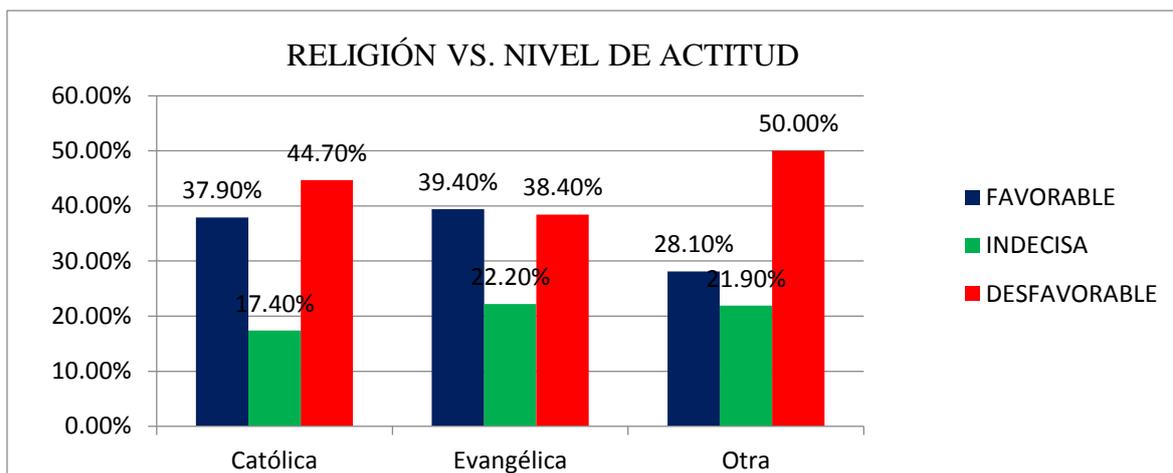
Ocupación versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 35

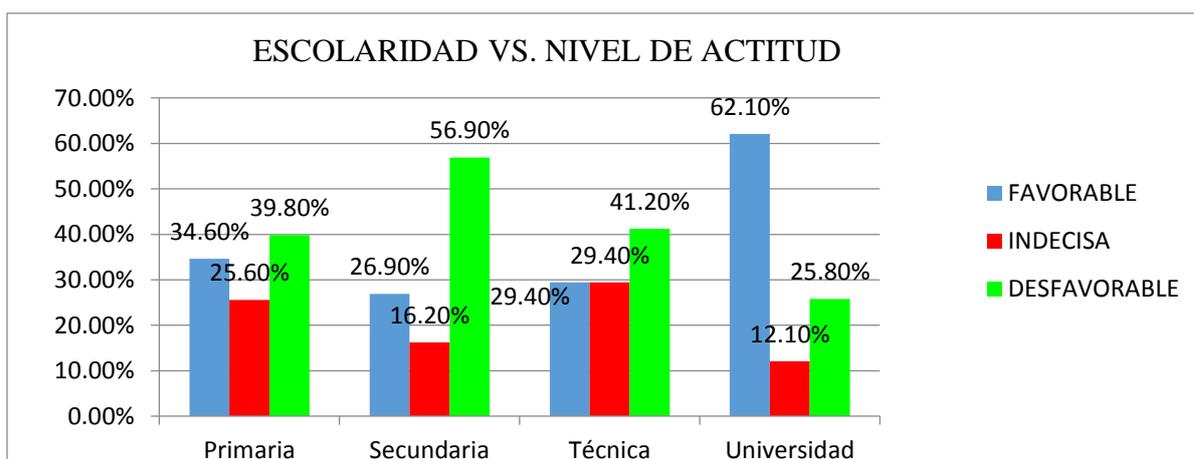
Religión versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 36

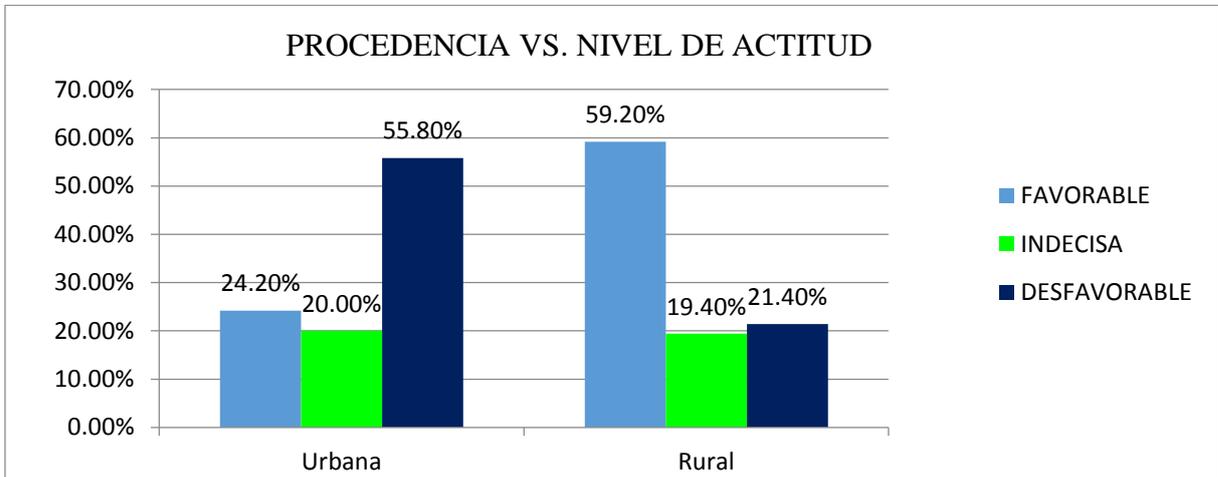
Escolaridad versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 37

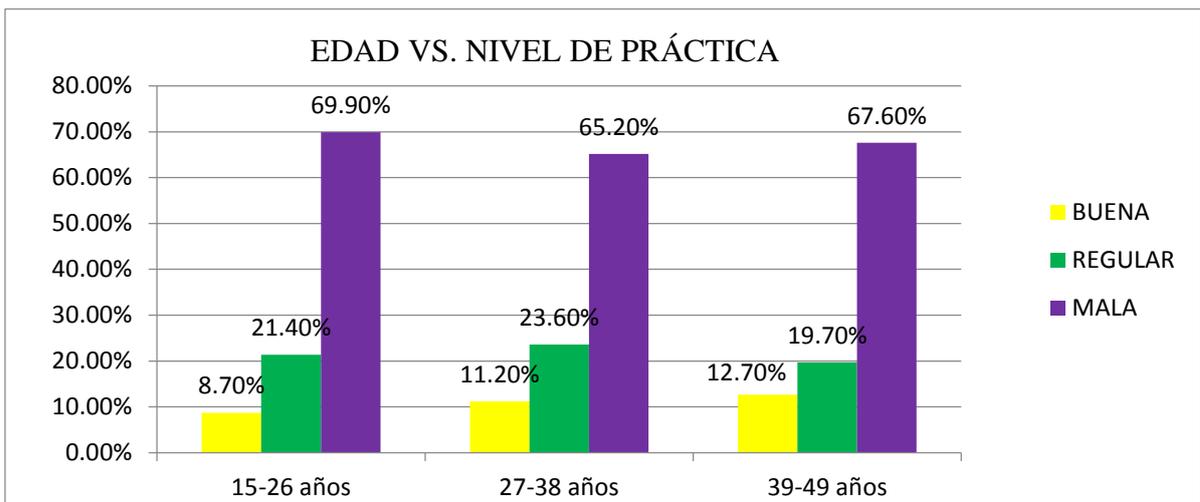
Procedencia versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 38

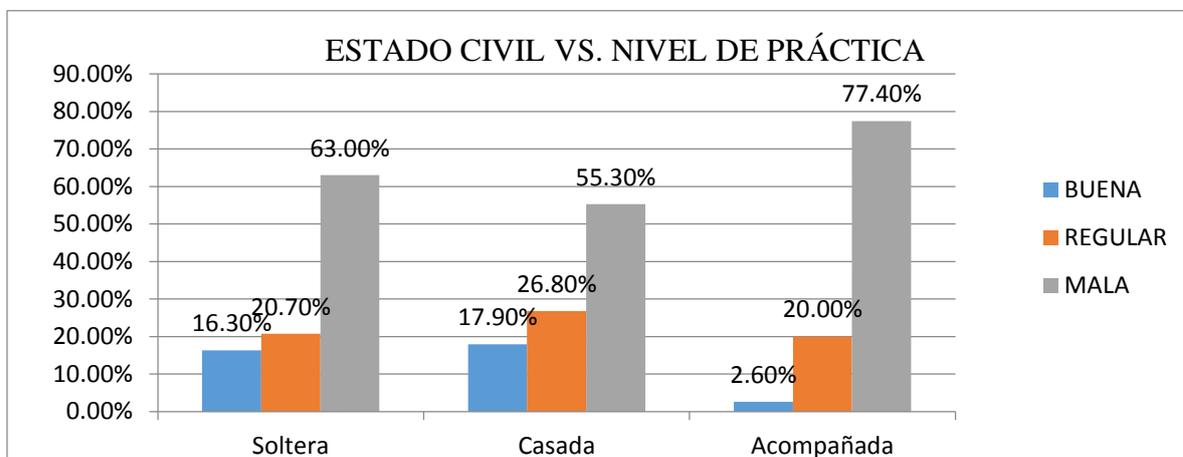
Edad versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 39

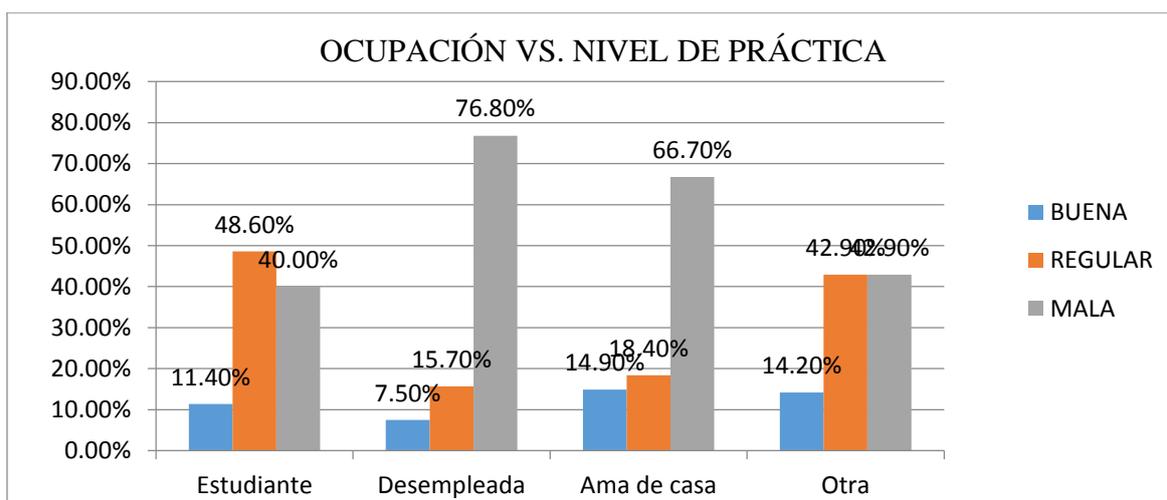
Estado Civil versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 40

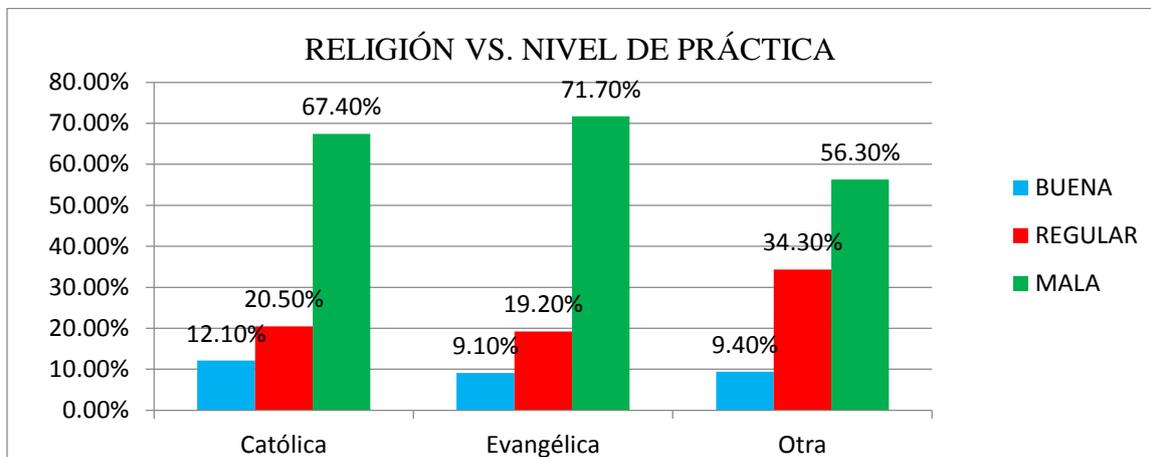
Ocupación versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 41

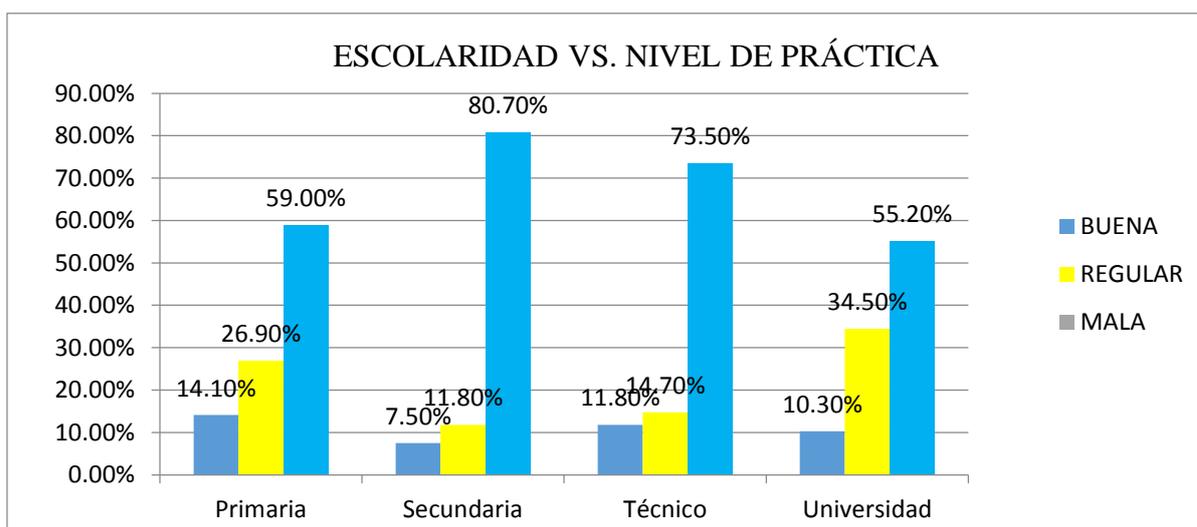
Religión versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 42

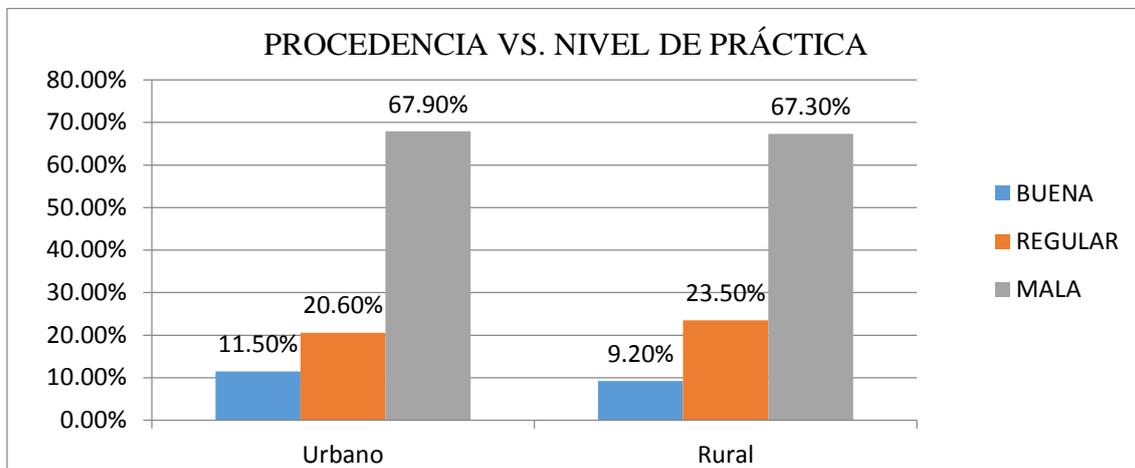
Escolaridad versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 42

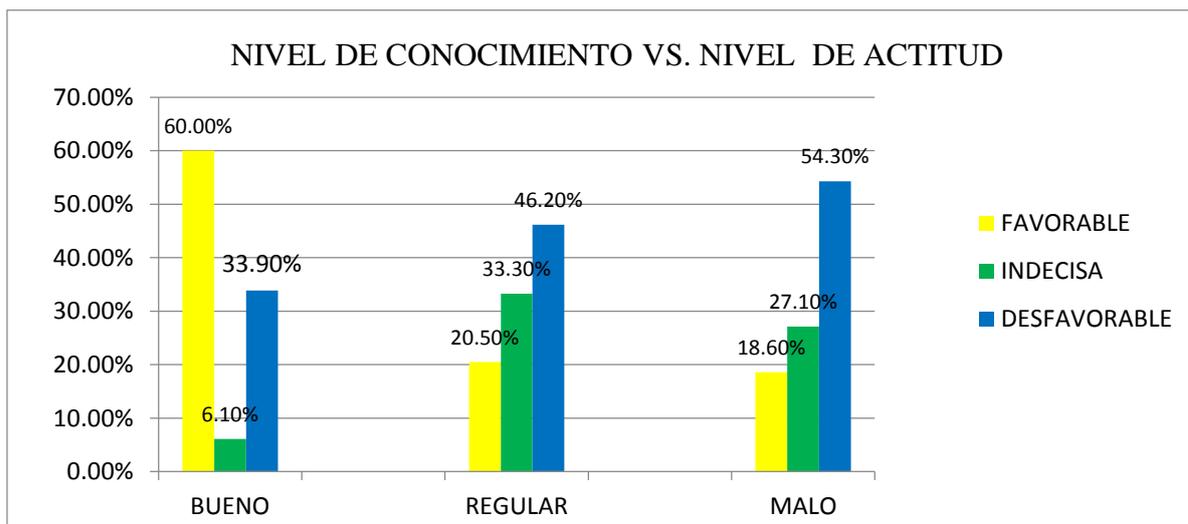
Procedencia versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 43

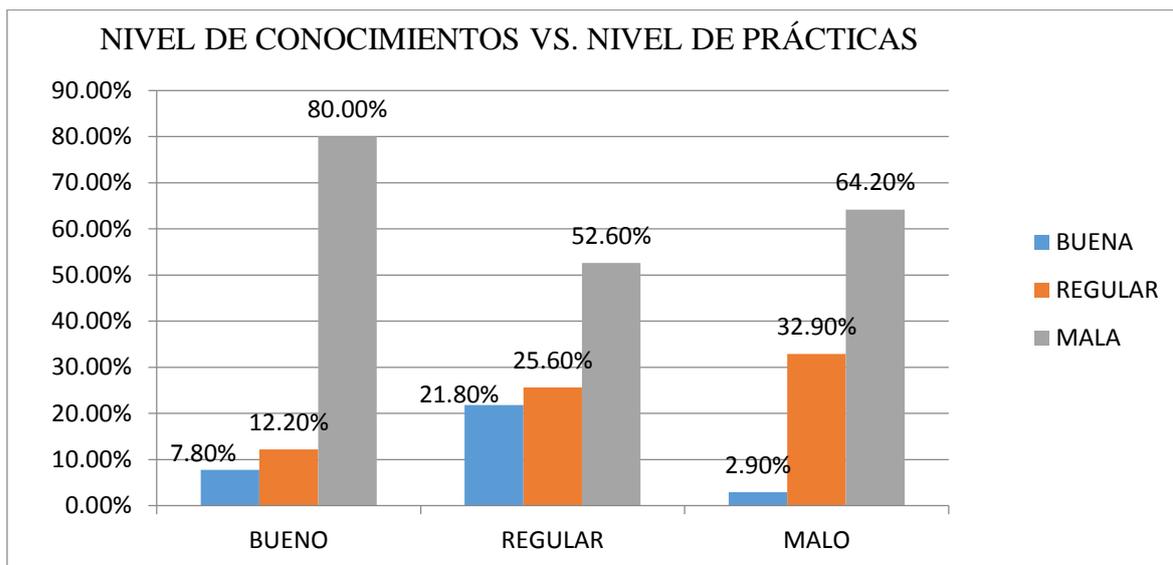
Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 44

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que acuden al Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños del municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2014



Fuente: Cuadro N° 24