

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN –MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Trabajo Monográfico para optar el Título de Doctor en
Medicina y Cirugía**

Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres en edad fértil y vida sexual activa acerca de la toma del Papanicolaou que asisten al centro de salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.

AUTORAS:

Br. Vera Natalia Cárcamo León

Br. Osdania Nadieska Alemán Duarte

TUTOR:

Dr. José Francisco Reyes Ramírez

Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas

Unan – Managua

DEDICATORIA

De manera muy especial a la memoria de mi ángel allá en el cielo Álvaro Cárcamo qepd, mi padre quien con su legado siempre ha estado conmigo siendo mi motivación para seguir adelante y la razón de mi existencia.

A mi madre Vera León quien me enseñó con su ejemplo de amor, coraje y entereza aprender a luchar con perseverancia en las situaciones de la vida.

A mi hermano amado Álvaro Daniel por confiar en mí, por estar a mi lado en cada paso de este caminar.

A Rodolfo Quezada mi amigo, mi novio por su fuerza y apoyo incondicional en todo este tiempo.

A Dios por ser mi guía, mi luz en el camino y darme las fuerzas necesarias para lograrlo.

Por y para ustedes que son mi más grande bendición



VERA NATALIA CÁRCAMO LEÓN

DEDICATORIA

A Dios quien ocupa el primer lugar en mi vida, por estar conmigo en cada paso que doy y haberme permitido llegar hasta este punto, por su infinita fidelidad y constante amor. Le agradezco por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres que han sido mi ejemplo a seguir lo que soy y espero ser en la vida se lo debo a ellos, por su incondicional apoyo, comprensión y amor que me han brindado en todo este tiempo. Su constante amor y cariño me han incentivado a no desfallecer ni bajar los brazos aun cuando yo quería; gracias por ello, los amo.

A mis hermanos Luis y Génesis por su fiel compañía, han sido mi fuerza mi ayuda para poder llegar hasta este punto de mi carrera, hemos crecido juntos y compartidos momentos inolvidables, por ello es que este punto de mi vida también lo comparto con mis queridos hermanos, pues saben que los momentos especiales los compartimos juntos.

A mi abuelita quien fomentó en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida, a mi Tía Suyen por sus constantes sabios consejos que me han ayudado a través de su ejemplo aprendí mucho.

A mi pastora que ha estado dispuesta a orar por mi vida, preocupándose por mi andar, sé que Dios la continuara usando para inspirar a otros como me lo ha transmitido a mí.

A mis amigos por pasar a mi lado en los buenos y malos momentos, y a los amigos que son hermanos en cristo porque sé que seguirán estando en mis mejores momentos.

OSDANIA NADIESKA ALEMÁN DUARTE

AGRADECIMIENTO

“El secreto de la felicidad no es hacer siempre lo que se quiere sino querer siempre lo que se hace”. León Tolstoi

Queremos agradecer primeramente a Dios por permitirnos culminar esta etapa en nuestra vida profesional ya que sin él no se nos sería posible.

A nuestra Facultad de Ciencias Médicas de tan prestigiosa Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

A Nuestro tutor Dr. José Francisco Reyes por su paciencia y consejos en la realización de este trabajo investigativo.

Al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindirí en especial a la Dra. Téllez Directora por su amabilidad y gran apoyo al abrirnos las puertas de dicho Centro de Salud.

A cada una de las mujeres entrevistadas que nos brindaron su tiempo y dieron con toda disposición la información solicitada.

Y a todos aquellos que han formado parte de este logro, familiares y amigos.

Vera Natalia Cárcamo León

Osdania Nadieska Alemán Duarte

RESUMEN

El cáncer cervical (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.

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, y además condicionado por influencias socio cultural que afectan directamente el manejo y seguimiento de esta patología de forma muy importante.

En el país los bajos niveles de cobertura y limitaciones en el diagnóstico precoz son fenómenos que persisten en la mayor parte de la población femenina. Datos similares has sido reportado en estudios realizados en países de América Latina.

Para superar estos obstáculos se requiere, el impulsar estrategias que mejoren el conocimiento sobre la técnica de Papanicolaou, desarrollar una mayor calidad en la atención de salud de las mujeres, dentro de un proceso de mejoramiento de los recursos humanos con métodos de actualización y mejoría del conocimiento.

Se realizó un estudio en una muestra de 128 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

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

De las 128 mujeres entrevistadas el 26.6% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 47.7% al grupo de edad de 27 a 38 años. Según el estado civil predominaron las mujeres Casadas con un 35.9%, seguidas de las Acompañadas con un 34.5%.

En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 47.7% profesaban la religión católica y un 41.4% la evangélica, 10.9% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 53.1% de los casos y procedencia urbana en el 46.9%. En la escolaridad encontramos que el 27.3% cursaban Primaria, 38.3% cursaban la secundaria el 10.2% tenían un nivel técnico y un 24.2% se encontraban en la universidad.

De manera general encontramos que el nivel de conocimiento fue bueno solo en el 67.2%, de la muestra, prevaleció en un 21.9% el nivel de conocimiento regular, y en el 10.9% tuvieron un nivel de conocimiento malo. El nivel de actitud fue favorable en el 55.4% de las mujeres en el presente estudio, el comportamiento de las prácticas fue buena también en el 77.3% de los casos.

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

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 el riesgo del Cáncer Cérvico 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 de mujeres en edad fértil acerca de la toma del Papanicolaou que asisten al centro de salud Enrique Cisnes de Nindirí, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016, realizado por las Bachilleres Vera Natalia Cárcamo León y Osdania Nadieska Alemán Duarte es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en Nicaragua, ya que aborda uno de los tópicos más importantes en el campo de las Patologías TumORAles más importantes en la población femenina y que provoca un alto nivel de Morbi-Mortalidad en el país, como es la técnica del Papanicolaou.

Una baja cobertura de la toma de Papanicolaou, un bajo nivel académico, una violencia intrafamiliar constante, y poco o nulo acceso a los servicios de salud prioritarios por parte del Ministerio de Salud de Nicaragua, además condicionado por fenómenos socioculturales, son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan las mujeres nicaragüenses a diario, determinado por un pobre proceso de educación sexual y reproductiva desde los primeros años del desarrollo.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollaran 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 las Bachilleres Cárcamo León y Alemán Duarte,

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 las Bachilleres Cárcamo León y Alemán Duarte, 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.

INDICE

<i>DEDICATORIA</i>	<i>I</i>
VERA NATALIA CÁRCAMO LEÓN	<i>I</i>
OSDANIA NADIESKA ALEMÁN DUARTE	<i>II</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>III</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>IV</i>
<i>OPINION DEL TUTOR</i>	<i>VII</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>4</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>9</i>
<i>JUSTIFICACION</i>	<i>10</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>11</i>
<i>MARCO TEÓRICO</i>	<i>12</i>
<i>MATERIAL Y MÉTODO</i>	<i>50</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>63</i>
<i>ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</i>	<i>76</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>83</i>
<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>84</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>85</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>88</i>

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (Cacu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues es la primera causa de muerte en mujeres; anualmente se registra aproximadamente 500 mil casos, de esos 230 mil fallecen, el 80% ocurre en países en desarrollo.

El comportamiento en los países pobres sigue teniendo una alta tasa de morbimortalidad ya que los procesos de cobertura y toma de muestras siguen teniendo valores por debajo de lo esperado.

En el 2011 en Nicaragua de las neoplasias malignas en los órganos genitales femeninos, el tumor maligno del cuello del útero es la primera causa más frecuente de muerte en las mujeres (78.68%), siguiendo el tumor maligno del ovario (11.23%). Según la Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 Mujeres en Edad Fértil. (MEF)

Esto crea al Estado un alto nivel de costos tanto en gastos hospitalarios como el efecto directo hacia las familias de estas pacientes. El cáncer cérvico-uterino es causado principalmente por algunos tipos de virus del papiloma humano (HPV). Este virus es transmitido a través de las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos la infección se cura de manera espontánea. Pero si la infección persiste, puede producir lesiones que con los años pueden transformarse en un cáncer.

Estudios realizados en hospitales que dan evaluación y seguimiento a estos tumores se ha podido identificar que más del 90% de los casos con diagnóstico de Cáncer de Cérvix se encuentran relacionados al VPH. El examen del Papanicolaou llamado también citología del cuello de útero es una forma eficaz de examinar las células recogidas del cérvix, para detectar de manera temprana y directa sobre todo células anormales y/o sospechosas de ser portadoras de cáncer. De forma secundaria pueden ser detectadas la presencia de infecciones, inflamación.

La mortalidad por Cáncer ha disminuido considerablemente en los últimos 50 años debido a las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou (PAP), elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo; además, existe un mejor conocimiento de la historia natural del Cáncer, su diagnóstico y la eficacia del tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad.

El carcinoma de cuello uterino se halla asociado con la pobreza y con la baja cobertura de servicios de salud sobre todo aquellos relacionados a su detección precoz, por lo que no se ha observado un descenso en las tasas de mortalidad. Se registra un incremento de la cobertura de PAP en un 12% en el 2011 como resultado del incremento de la búsqueda activa sobre todo de los Diagnósticos de NICIII, para una tasa de 17.58 X 100 ,000 MEF.

El Ministerio de Salud de Nicaragua muestra mucho interés por la prevención y Detección oportuna del cáncer Cérvico-uterino, por lo tanto, se han implementado Normas y protocolos de un programa preventivo contenido dentro de la atención integral a la mujer, que consiste en la educación y promoción de la citología cervical a las usuarias externas que acuden a los centros de salud de nuestro país.

Los principales retos a superar es que se requiere la movilización de recursos financieros para realizar las actividades (prevención, control y cobertura) del plan nacional de cáncer. Se requiere fortalecer el registro único nominal de las personas con cáncer. Se requiere incrementar la cobertura del Papanicolaou en grupos de alto riesgo. Fortalecer los controles de calidad en los laboratorios dado los altos índices de falsos (+) (-). Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia para un seguimiento efectivo de casos positivos.

ANTECEDENTES

En el año 2007 en Perú, se realizó un estudio evidenció que más del 60% de las encuestadas mostró niveles bajos del conocimiento. El 42,7% fue menor de 30 años y 58,3% mayor de 30 años. Según el grado de instrucción, 8,9% correspondió a ninguno y primaria, 53,3% a secundaria y 37,8 % a superior. Con respecto a los conocimientos, a la pregunta de dónde se toma la muestra para el PAP, 48,9% respondió correctamente; el mayor error, en 37,3%, fue creer que la muestra proviene de la secreción vaginal.

El mayor nivel de conocimiento no estuvo relacionado con la práctica correcta de la prueba del PAP. Entre otros hallazgos, se evidenció que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable. El 34% de la población refirió sentirse dispuesta cuando se le solicitaba realizarse un PAP, mientras que 30% se refirió preocupada, 16,2% incómoda y 10,8% avergonzada. 98,4% respondió tener interés por conocer más sobre la prueba de PAP. Con estos resultados, se observó que 66,1% de la población ostentaba una actitud desfavorable con respecto al PAP.(Bazán, Posso, & Gutiérrez, 2007)

En otro estudio realizado en Perú hallamos que solo 10,6% tenía conocimientos altos sobre el PAP, mientras que 89,4% de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios, Hallamos una clara actitud desfavorable (66,1%) frente a la toma del PAP: 57% refirió sentirse incómoda, avergonzada o preocupada, cuando se le solicitaba esta prueba, resultado comparable con el 65% encontrado por Idestrom. Se evidenció prácticas incorrectas en 71,3% de la población.

Un estudio realizado en Colombia en el año 2013 acerca de Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio capitalino. La distribución media por edad fue de 27 y 22 años. La religión predominante fue la católica (79%), seguida de la cristiana (9%), 2% evangélica y 10% ninguna. Acerca del estado civil de las entrevistadas, 41% vivían en unión libre, 38% de las entrevistadas eran solteras, 16% eran casadas y 2% eran viudas y divorciadas, respectivamente. 49% de las mujeres entrevistadas tenían como máximo nivel educativo el bachillerato, 39% la primaria, 3% el nivel técnico, 3% universitario y 2% ningún estudio

El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología, las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Al preguntar cuándo se debe iniciar la toma de la citología 66% de las mujeres respondieron con un nivel alto de conocimiento y el 33% bajo. (López, Castillo, Calderón, & González, 2013)

Un estudio realizado en La Paz, Bolivia, en el año 2007, sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años, 17% de las encuestadas se encontraban entre los 15 a 19 años, el 46% entre 20 a 29 años, el 23% entre 30 a 39 años y el 14 % entre 40 y más años.

El 80 % de las encuestadas correspondía al grupo de las mujeres casadas o en unión estable, seguidas muy de lejos por mujeres solteras (20%). El 64% de las encuestadas habían cursado hasta el nivel secundario, el 27% el nivel primario, 6% Técnico Medio, 2% el nivel profesional y 1% eran analfabetas. A la pregunta cada que tiempo debe realizarse el PAP, solo el 44% respondió que se debe realizar cada año.

En relación a la práctica del PAP, cuando se preguntó a las encuestadas si alguna vez se realizó el PAP, el 53% respondió que nunca lo hizo y el 47% respondió que lo hizo alguna vez. En cuanto a la práctica, el PAP no es realizado por las mujeres de manera secuencial, debido probablemente a la falta de orientación. Algunas limitantes para la aceptación y realización del procedimiento son el sexo de quien realiza la toma de muestra, incomodidades como dolor en la colocación del espejulo y el sangrado durante el examen y desconocimiento del procedimiento. (Virginia & Luís, 2007)

En el año 2014 se realizó un estudio a una población hospitalaria constituida por 430 mujeres en edad fértil, se utilizó el muestreo no probabilístico obteniendo una muestra de 150 mujeres en edad fértil. Los Resultados reportan que la mayoría de mujeres (70,7%), no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, Así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, y 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

La mayoría de mujeres (92%) tienen una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou, sin embargo al explorar las prácticas solo el 16,0% de las mujeres se realiza la prueba del PAP y el 84 % no tiene prácticas adecuadas frente a la toma del PAP. Mama Ashu desconocen aspectos básicos de la toma del Papanicolaou, sin embargo, llama la atención que muestran actitudes favorables, pero no se reflejan en las prácticas.

Un estudio realizado en Ecuador en el año 2015 cuyo objetivo fue establecer los conocimientos, actitudes y prácticas frente al Papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al centro de Salud de la parroquia el Valle, en Ecuador. Los niveles de conocimientos observados en estas mujeres fueron bajos el 48.38% intermedios el 34.42% y altos el 17.21%, las actitudes fueron desfavorables el 75.65% y favorables el 24.25%. Las prácticas fueron correctas el 43.83% e incorrectas el 56.17%. (Martínez, Méndez, & Ramón, 2015)

ESTUDIOS EN NICARAGUA

En el año 2007 en el hospital Alemán Nicaragüense de Managua en el servicio de ginecología, se realizó un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou reportando que menos del 50% de las mujeres tenían buenos conocimientos y que éstos incrementaban con la edad, escolaridad, paridad y las que utilizan métodos anticonceptivos. El 39% tenían actitudes buenas principalmente en mujeres menores de 35 años (39%), el 59% no se habían realizado la prueba en los últimos dos años encontrando la mayor frecuencia en las mujeres que no planifican.

En el Centro de Salud Roger Osorio de Managua se realizó un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la toma de Papanicolaou en los meses de Junio a Diciembre del 2010, reportando que el 79% de mujeres conocían que la prueba se realiza en mujeres que ya iniciaron vida sexual, el 92% respondieron que en la prueba de Papanicolaou pueden detectarse infecciones de transmisión sexual.

En el 2014 se realizó un estudio similar en un puesto de salud de ciudad Darío Matagalpa concluyendo que el 62% de las mujeres tenían un mal conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou así también una mala práctica (66%) principalmente las mujeres mayores de 39 años. La actitud en la mayoría de las mujeres (57%) ante la toma de Papanicolaou fue regular.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El examen de citología Exfoliativa, es uno de los métodos más eficaces para detectar temprano el cáncer del cuello del útero (o cuello de la matriz) además de ser una prueba rápida sencilla y de bajo costo. El cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre las mujeres en nuestro país y la manera más eficaz para detectar en forma precoz es la realización del test de Papanicolaou.

Es importante la toma correcta de la muestra, así mismo del procedimiento y calificación del personal a través de un monitoreo continuo para mejorar el conocimiento acerca de la técnica con el objetivo de brindar una mejor calidad en la práctica de la muestra y así evitar diagnóstico erróneos. La toma de la muestra se utiliza y se justifica porque el Cacú 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.

Ante las circunstancias y con el objetivo de mejorar la atención en salud, la calidad en la toma de la muestra, en la información a la población femenina con un personal capacitado y actualizado en la información sobre el diagnóstico del Cáncer de Cérvix Uterino es que hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil acerca de la toma del PAP que asisten al centro de salud Enrique Cisnes de Nindirí, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016?

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 sociedad nicaragüense debido a la poca información o educación sexual tiene muchos prejuicios y complejos en relación a la toma de Papanicolaou, manteniendo una influencia negativa muy fuerte sobre el comportamiento y las actitudes de las mujeres ante la decisión de practicarse el examen ginecológico y por tanto a la toma de la muestra.

La información recopilada ayudará a mejorar las condiciones que favorezcan a que la cobertura y el manejo por parte del personal de salud hacia las pacientes mejore, se consolide provocando elevar el nivel y calidad de la atención en nuestra población femenina, desarrollando planes en el proceso de una educación continua con actualización hacia cada uno de los miembros del equipo de salud que examina a estas mujeres.

El fortalecimiento de estas medidas educativas y el seguimiento, crearán mejores niveles de control en la detección precoz del cáncer cérvico uterino, sobre todo en mujeres que se encuentran en los grupos de riesgo, mejorando de esa manera la calidad de atención de salud de forma oportuna y temprana de esta terrible enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en mujeres en edad fértil acerca de la toma del PAP que asisten al centro de salud de Nindirí, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

MARCO TEÓRICO

Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)

Son estudios que brindan el marco general frente a conocimientos, actitudes y prácticas de una comunidad determinada frente a un tema social específico (salud, educación, participación ciudadana, entre otros) para la aplicación de un programa orientado a brindar orientación y mejorar la calidad de vida en relación a dichos aspectos.

Las principales áreas temáticas que se pueden conocer por medio de estos estudios son: Identificación del grupo objetivo, sus necesidades, deseos, conocimientos, actitudes, comportamientos, costumbres, etc. Reconocimiento de la existencia de creencias o prácticas equivocadas con respecto a determinado tema.

Determinar en términos de conocimientos actitudes y prácticas, situación actual (línea de base) para saber a dónde se debe llegar. Permite, mediante la información obtenida, estar alerta a la presentación de problemas que pudieran presentarse durante el desarrollo de la intervención. Se realizan cuando no se posee la información del grupo objetivo, o esta se encuentra dispersa o incompleta.

Los estudios tipo CAP se han usado en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud.

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

(RODRÍGUEZ, 2014)

CONOCIMIENTOS

Se hace referencia a datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación. (RODRÍGUEZ, 2014)

ACTITUDES

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable, aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). La actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación y permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. (RODRÍGUEZ, 2014)

PRÁCTICAS

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

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

como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales. (RODRÍGUEZ, 2014)

George Papanicolaou

Papanicolaou nació el 13 de mayo de 1883 en Kymi, ciudad costera de la isla griega Euboea. Su padre, Nicolás Papanicolaou, era médico. Su madre se llamaba María Georgiou Kritsouta. Tenía tres hermanos: Athanase, Marie y Helen. En 1898 comenzó los estudios de medicina en la Universidad de Atenas, que finalizó a la edad de 21 años.

En 1920 trabajaba con el flujo vaginal humano que obtenía de la clínica ginecológica del Cornell Medical College y del Hospital de mujeres de la ciudad de Nueva York. En 1923 pudo aislar células cancerosas y entonces se centró en el tema buscando sistemáticamente este tipo de células. Aunque el hallazgo ya se había realizado con anterioridad, lo interesante de Papanicolaou es que supo buscar una técnica para conservar las células con una fijación y tinción adecuada.

En 1928 presentó una comunicación en el Third Race Betterment Conference que tenía lugar en el Balneario de Battle Creek, con el expresivo título “New cáncer Diagnosis”. Este hallazgo permitiría detectar el cáncer antes de poder palparlo u observarlo directamente. Swing, uno de los más eminentes patólogos del momento, pensó que la técnica era superflua cuando se podía diagnosticar con una biopsia de cuello de útero. Papanicolaou prosiguió sus trabajos, pero la comunidad médica, no prestó demasiada atención.

Mientras Papanicolaou presentaba su contribución en Battle Creek, Babes A. Aurel publicó un trabajo sobre la citología vaginal que apareció en La Presse Médical en abril de 1928. Utilizaba una técnica de preparación, coloración y examen diferentes a las propuestas por Papanicolaou. Babes era de Bucarest y se graduó como médico en esta ciudad en 1915. En 1922 era profesor asociado del departamento de anatomía patológica. Colaboró con el ginecólogo C. Daniel para el diagnóstico precoz del cáncer cervical.

Los resultados fueron comunicados a la Sociedad de Ginecología de Bucarest el 23 de enero y el 10 de abril de 1927.

Parece que Papanicolaou desconocía estos trabajos. Joseph Hinsey reconociendo la importancia que tenía el desarrollo de la citología humana prestó su apoyo a Papanicolaou para que pudiera desarrollar sus estudios. Se unió al equipo de Papanicolaou y su mujer, el patólogo Herbert F. Traut, Andrew Marchetti y Hashime Murayama. También colaboró Stander, que entonces dirigía el departamento de ginecología y obstetricia.

En el Hospital de Nueva York se sometió a todas las mujeres del servicio de ginecología a una citología exfoliativa. Se trataba de una prueba sencilla, no dolorosa. Mediante una espátula se obtenían células del fondo de la vagina y del ectocérvix. Con un pequeño cepillo redondeado se tomaban células del interior del cuello y se procedía después al estudio citológico.

Los resultados fueron contundentes (se recurrió a estudios estadísticos); el uso rutinario de esta técnica permitía diagnosticar un buen número de casos de neoplasia uterina asintomática que no eran visibles por el ojo y que sólo podían demostrarse por biopsia.

Los resultados se dieron a conocer en el American Journal of Obstetrics and Gynecology en agosto de 1941 en el artículo titulado “The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus”. Señalaba que el método hallado tenía grandes posibilidades; era sencillo, económico, podía utilizarse masivamente y permitía detectar el cáncer en sus inicios o en la etapa pre invasiva. Después publicó el libro *Diagnosis of uterine cancer by the vaginal Smear*.

La American Cancer Society de Estados Unidos se interesó por la técnica de Papanicolaou. Cuando empezó a aplicarse con regularidad, las cifras de mortalidad por cáncer de cuello de útero disminuyeron drásticamente. La Cornell University inauguró el primer curso de citología exfoliativa en 1947. Su laboratorio se convirtió en centro de referencia para el mundo. (Fresquet, 2005)

El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionadas con el Cáncer, publicando en 1954 su *Atlas de Citología Exfoliativa* en los últimos años, la mortalidad por Cáncer ha disminuido, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento en la disponibilidad de programas de detección oportuna a través del estudio citológico.

El cáncer cervicouterino (Cacu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columna secretora, originada embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamo-columnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada Metaplasia. Cuando la metaplasia ocurre, existe siempre un potencial neoplásico. En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC.

En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera (crecimiento exofítico), en contraste, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico). (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Las células de reserva en la unión escamo-columnar han sido vigiladas con interés como origen del adenocarcinoma cervical. Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamo-columnar. La coilocitosis ha sido descrita en muestras de Papanicolaou por décadas y es reconocida como muestra de displasia leve.

Virus de papiloma humano (VPH)

En 1970 Meisels y Fortin descubrieron que el VPH era el origen de atipia coilocítica. El VPH es asociado a un alto grado de lesiones cervicales y es considerado el agente causal en el desarrollo de cáncer cervicouterino. Esta relación ha sido descrita por Bosch y cols. Y es ahora bien aceptado el modelo para entender la oncogénesis mediada por virus.

La infección por VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, con una prevalencia en mujeres jóvenes entre 30 al 46% en diversos países. La infección por VPH afecta a cerca de 20 millones de americanos y se estima que más del 50% de todos los adultos sexualmente activos contraerán esta infección en algún momento en su vida. Aproximadamente 6.2 millones de americanos son infectados con VPH anualmente.

Estas infecciones pueden resolverse espontáneamente o progresar a la aparición clínica de la infección, manifestándose más notablemente como displasia cervical que puede progresar a cáncer.

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus DNA de doble cadena de la familia de los Papilomaviridae. Está constituido por aproximadamente 8,000 nucleótidos. Se han identificado más de 100 genotipos, la identificación de los serotipos de alto riesgo ha sido importante para definir el blanco terapéutico en la prevención de carcinoma cervical, ya que estos grupos de alto riesgo se asocian hasta al 99.7% de los casos de cáncer cervicouterino en todo el mundo.

La infección por VPH es extremadamente común, estas infecciones típicamente son asociadas con lesiones displásicas de bajo grado, que generalmente no trascienden. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

La infección persistente asociada a lesiones displásicas de alto grado sólo acontece en un pequeño porcentaje de las mujeres infectadas (1-2%). Los cofactores biológicos y/o inmunológicos que provocan la persistencia de la infección por VPH en sólo un pequeño grupo de mujeres es poco claro. Estudios epidemiológicos sugieren que la infección con virus herpes simple tipo II, el uso de anticonceptivos orales por largo tiempo, el tabaquismo y la multiparidad incrementan el riesgo de infección persistente, carcinoma in situ y enfermedad invasiva. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

En la gran mayoría de las mujeres, el periodo entre la infección por VPH, la displasia y el carcinoma invasor es de años a décadas, lo que ofrece un gran potencial a la detección oportuna y su tratamiento temprano para cambiar el curso natural de la enfermedad y la morbilidad asociada con esta enfermedad. Varios trabajos han refutado la idea de que el NIC 1 progrese a NIC 2 y éste a NIC3 y a cáncer invasivo. Después del reconocimiento del VPH, la mayoría de las lesiones de bajos grados histológicos NIC 1 y NIC 2 tienden a la regresión. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Los estudios de epidemiología molecular han dividido a los diferentes serotipos de VPH en grupos de alto, intermedio y bajo riesgo para el desarrollo de neoplasia cervical. Los subtipos de bajo riesgo son asociados con condilomas acuminados, los subtipos de intermedio y alto riesgo son asociados a displasia cervical y carcinoma invasivo. En recientes estudios se ha demostrado que en 87% de los carcinomas de células escamosas se ha identificado algún genoma VPH asociado con el tumor y en 76.4% de los adenocarcinomas. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

El tipo predominante fue VPH-16, asociado en 46-63% de los carcinomas escamosos, el VPH -18 fue asociado en 10% a 14% de los carcinomas escamosos. Otros 16 subtipos de VPH fueron asociados en el 25% restante de los casos, incluyendo VPH-45, 31 y 33. Se ha encontrado una incidencia alta del VPH-18 (37 a 41%), seguido del VPH-16 (26-36%) en mujeres con adenocarcinoma de cérvix.

La infección por VPH con subtipos 6 y 11 es responsable de 25% de todas las neoplasias intraepitelial cervicales tipo 1 (NIC1) y 90% de todos los condilomas anogenitales. La infección con subtipos 16 y 18 es responsable por 25% de todos los NIC 1 y 70% de todos los NIC 2 y NIC 3. Los subtipos 16, 18, 31, 33 son encontrados en 63 a 97% de los Cacu invasores. Muchos autores han mostrado la asociación entre la presencia de ciertos subtipos de VPH y el pronóstico. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Barnes y cols. Mostraron que el VPH-18 es asociado a cánceres pobremente diferenciados histológicamente y alta incidencia de metástasis, por su parte Walker reporta que el VPH-18 es asociado a cáncer recurrente. El VPH-16 se ha asociado a tumores queratinizantes de células grandes, y estos tumores tienden a recurrir. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Lombard demostró que los tumores asociados a VPH-18 tienen un riesgo de 2.4 veces más alto de muerte y en pacientes con tumor asociado a VPH-16 hasta de 4.4 veces más alto que en pacientes con tumores asociados a otro tipo de virus. El estudio del mecanismo por el cual este virus causa neoplasia ha mostrado énfasis en el rol de los genes E6 y E7. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Otra observación importante es que un gran porcentaje de mujeres infectadas con VPH nunca desarrollan carcinoma invasor, esto sugiere que la pre-invasión con células neoplásicas puede ser eliminada por el sistema inmune. Se ha sugerido la importancia del sistema inmune intacto en la limitación de la progresión de la infección por VPH a cáncer invasor en la población sana. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Se han desarrollado vacunas en los años recientes para prevenir la infección por VPH, contra los subtipos de alto riesgo, que inducen una respuesta inmune antes de la infección con VPH. Es ideal administrarla antes de la infección; sin embargo, también se puede administrar a personas que han contraído la infección, ya que esto evita la infección por otros subtipos. La vacuna es aprobada por la FDA para su administración en mujeres entre los nueve y 26 años. (Chavaro Vincuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, & Muruchi Garron, 2009)

Factores de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino

- Mujer de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Sistema Bethesda

El Instituto de Salud en Bethesda Maryland en 1998 en un seminario organizado por el instituto Nacional de Salud en Estados Unidos, se apoyó el desarrollo de una terminología para el reporte citológico denominada Sistema Bethesda. (Natoli, abril 2012)

Los objetivos fundamentales de dicha nomenclatura son:

- Utilizar una terminología que refleje la historia natural de la neoplasia cervical con una perfecta correlación cito-histológica.
- Una terminología uniforme y flexible con alta reproducibilidad inter observador.
- Aportar la mayor información posible para ser utilizada en protocolos de manejo de la paciente a través de un informe descriptivo que incluya todos los aspectos citológicos necesarios para una mejor comunicación con el clínico, seguimiento y tratamiento idóneo para la paciente

Este Sistema Bethesda fue revisado en 1991 y en el año 2000 se crea un forum electrónico para elegir temas de discusión en donde participaron 44 organizaciones internacionales, en el 2001 se reunieron más de 400 profesionales de la salud en un taller para redefinir la terminología de esta nomenclatura, así se emitió un boletín con las principales modificaciones. (Natoli, abril 2012)

El Sistema Bethesda se divide en las siguientes secciones:

1. Tipo de espécimen
2. Calidad del espécimen.
3. Categorías generales (opcional)
4. Otros.
5. Anormalidades de las células epiteliales.
6. Pruebas auxiliares.
7. Interpretación.
8. Notas y sugerencias.

SECCIONES:

1. Tipo de espécimen.

Especifica si es un Papanicolaou convencional o en base líquida y de esta última (especificar cuál).

2. Calidad del espécimen.

Satisfactorio para evaluación especificando si existen o no elementos de la zona de transformación. No satisfactorio: cuando el espécimen no se encuentra identificado, laminilla rota o existen elementos que impiden su interpretación como sangre o inflamación. Para una citología convencional debe haber al menos 8,000 a 12,000 células escamosas bien preservadas y en el caso de la citología en base líquida 5,000 a 20,000 células.

En ambos especímenes se requieren al menos 10 células endocervicales o de metaplasia escamosa. Si existe un 75% de células escamosas no visibles, o si el espécimen está compuesto exclusivamente por células de endocérvix, se debe de considerar no satisfactorio.

Es importante tomar en cuenta que la ausencia de las células de la zona de transformación no califica para un “no satisfactorio”, únicamente se menciona como un indicador de calidad. En el caso de presencia de células con atipia y /o lesión, la muestra pasa al rubro de Satisfactoria

3. Categorías generales.

Los términos dentro de límites normales y cambios celulares benignos son sustituidos por “negativo para neoplasia intraepitelial o malignidad “, cuando no hay evidencia de neoplasia, independiente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no

neoplásicos. No se incluye el término infección ya que los microorganismos no son siempre parte de una infección, sino más bien de una colonización.

3.1. Organismos incluidos son:

- Elementos micóticos morfológicamente consistentes con *Cándida* spp.
- *Trichomona vaginalis*.
- Cambio de flora sugestiva de vaginosis bacteriana.
- Bacterias morfológicamente consistente con *Actinomyces* spp.
- Cambios celulares consistentes con Herpes Virus.

4. Otros.

Se refiere a otros hallazgos no neoplásicos como son: reparación, cambios por radiación, cambios asociados a DIU, células glandulares post histerectomía, atrofia. Células endometriales. En esta nueva versión del SB2001, se considera que debe de reportarse la presencia de células endometriales en toda mujer de 40 años y más, ya que es conocido el riesgo de una mujer para carcinoma de endometrio.

Si se conoce la historia menstrual de la paciente y las células observadas están en la primera parte del ciclo, puede agregarse un comentario indicando que su presencia correlaciona con la historia menstrual.

5. Anormalidades en células epiteliales.

5.1. ASC. Células escamosas atípicas

Una de las modificaciones más importantes fue con respecto al diagnóstico de ASCUS con el fin de facilitar el manejo y seguimiento de las pacientes. El término ASC causó confusión y poca reproducibilidad, de acuerdo a SB 2001 el término ASC significa la incapacidad del patólogo para interpretar estos especímenes de forma exacta y reproducible, debido a que los cambios citológicos no son cuantitativa ni cualitativamente suficientes para hacer un diagnóstico exacto.

- ASC – US (de significado indeterminado)
- ASC - H (no se puede excluir lesión de alto grado)

5.2. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado.

La lesión epitelial de bajo grado comprende los cambios celulares debidos al VPH y la displasia leve o NICI, ambas son la misma lesión con distinta morfología, las anormalidades asociadas con VPH puedes ser de dos tipos, transitoria y regresiva y la persistente causara displasia y cáncer.

5.3. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Comprende NIC2 Y NIC3 de la clasificación de Richardt, el separarlas causa importantes discrepancias interobservador, por lo que se sugiere tan solo la interpretación como lesión de alto grado.

5.4. Carcinoma de células escamosas.

No es importante dividir esta lesión en los tipos queratinizante y no queratinizante. En el Sistema Bethesda 2001 Se elimina el término de AGUS, para evitar confusión con ASCUS Y se le denomina ACG. El tipo de célula glandular debe de especificarse cuando es posible. El AGC, se define como la atipia de células endocervicales que sobrepasa los cambios reactivos o reparativos, pero que aún no tiene los criterios de una AIS (Adenocarcinoma In Situ) o un Adenocarcinoma Invasor.

Las pacientes con diagnóstico de AGC, deben de someterse a colposcopia ya que se ha observado que de 10 a 40% muestran una lesión escamosa intraepitelial. En este tipo de lesiones hay que definir si las células glandulares provienen del endocervix, endometrio u otro sitio. Otros tumores también son descritos en Sistema Bethesda 2001 como son. - Carcinomas extra-uterinos. - Citología ano rectal.

6. Estudios auxiliares

Las pruebas moleculares para detección de ADN, en los casos de ASC – US, representan pruebas de alta sensibilidad y en Marzo de 2003 se considera como prueba de tamizaje para la Citología en mujeres mayores de 35 años.

7. Interpretación

Substituye el término de diagnóstico por el de interpretación ya que la citología únicamente como método de tamizaje representa tan solo un componente más del diagnóstico final del paciente, junto con la historia clínica, el examen físico y la biopsia.

8. Sugerencias y otros

La sociedad americana de colposcopía y patología cervical, desarrollo las guías para el manejo de las pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales, sugiriendo el uso de la tipificación del VPH para las mujeres con ASC, lo cual determinaría su manejo, así como seguimiento de las mismas de acuerdo a condiciones específicas. La contribución más importante de Sistema Bethesda fue el intento de estandarizar el informe citológico incluyendo el diagnóstico descriptivo y la consideración sobre la calidad del espécimen. En esta terminología es utilizada en diversas partes del mundo, sin embargo, en algunos sitios como Gran Bretaña y otros países de Europa y Sudamérica utilizan su propia nomenclatura. (Natoli, abril 2012)

CITOLOGÍA CÉRVICAL

Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix que se extienden en un portaobjeto, son fijadas y sometidas a una tinción conocida como Papanicolaou, para establecer un diagnóstico. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. (Ramirez, 2006)

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El Cáncer Cérvico Uterino es el resultado final de una serie de alteraciones progresivas en las células epiteliales, y ocurre más a menudo en la Unión Escamo-Cilíndrica y Zona de Transformación del cuello uterino.

CITOLOGIA CERVICAL O PAPANICOLAOU

Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino. Es un examen simple, barato e inocuo.

Indicaciones para el tamizaje (PAP)

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

Recomendaciones a la usuaria:

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

Consideraciones Especiales

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la usuaria para realizar el examen. (Ramirez, 2006)

En estos casos se puede tomar la citología si primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endocervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o espermatozoides y nos permita tomar la muestra adecuada con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo. (Ramirez, 2006)

Las usuarias portadoras de VIH/SIDA, se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia. (Ramirez, 2006)

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo, en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa tomarse la citología, se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto. (Ramirez, 2006)

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

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

Frecuencia de la Prueba

La toma de la citología Cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. (Ramirez, 2006)

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. (Ramirez, 2006)

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. (Ramirez, 2006)

Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual.

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

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

Toma de la muestra

Es muy común que muchos falsos negativos sucedan debido a la toma inapropiada de la muestra por lo que la persona que brinda la atención deberá de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones (Ramirez, 2006):



- Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.
- Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir.
- Obtener el consentimiento informado de la usuaria.
- El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lámina.
- Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros están disponibles: espéculo estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc.
- Preparación de las láminas, tocarla solo por los bordes.
- Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.

- Inspeccionar genitales externos, colocar espéculo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espéculo para que el operador pueda tener las manos libres. Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix.
- Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocérvix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad.
- La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente por que tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.



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

- Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células.
- No se recomienda la utilización de fijadores para el cabello ya que contienen otras sustancias que oscurecen la lámina y dificultan la lectura, tampoco se recomienda la inmersión de la lámina por el peligro de contaminación, si se usa alcohol al 95%, se deberá utilizar un atomizador para rociar la lámina.
- Una vez concluida la toma con suavidad retire el espejo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.
- Después que se seque la lámina, (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que se contamina con hongos del ambiente.
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.
- Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días.
- Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco.

Recordar

- No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- Usar espejo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del espejo acorde a las características de la usuaria.

- 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 íntermenstruales (metrorragias), post-coito o post-menopaúsico, es preciso remitir la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología. (Ramirez, 2006)

Errores que deben evitarse

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

Interpretación de los resultados de la Citología Cervical

Conducta a seguir según los resultados de Citología Cervical en el primer nivel de atención:

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Cuando el reporte de la citología es negativo para lesión intraepitelial 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 esta 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 dentro 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 Endocervicales/Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). 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 repítela citología en 4-6 meses o al año siguiente.

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

Se programará examen de control en 4-6 meses, posteriormente se dará igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continúa 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 es sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo/a.

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

Las usuarias embarazadas con menos de 12 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 preinvasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. (Ramirez, 2006)

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

- ASC-H
- ASC-US Persistentes
- LIE de Bajo Grado.
- LIE de Alto Grado
- Carcinoma de Células Escamosas
- AGC

- Inflamación Severa Persistente
- Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativa

En localidades de difícil acceso al médico ginecólogo, las usuarias con reportes en su citología de Atipias Escamosas (ASC-US), así como los que reportan LIE de Bajo Grado (NIC I / VPH) por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 4-6 meses y si en esta persiste dicha alteración deben de ser referidas al ginecólogo/a para decidir conducta, si el reporte es negativo puede continuar con vigilancia y seguimiento con citologías anual. (Ramirez, 2006)

LIE-BG en la Adolescencia

Situación especial representa el grupo de las adolescentes en las que se diagnostica LIE BG. En mujeres adultas se reportan regresiones del 50% al 80%, sin embargo, los diferentes estudios en adolescentes reportan regresiones del 90% en el grupo de edad de 13-21 años y progresión a LIE- AG en un 6%, lo que traduce un comportamiento biológico con una historia natural más benigna para la infección por VPH.

Los resultados de citología que reporten LIE BG en adolescentes deben ser referidos al ginecólogo para que evalúe cada caso en particular y se le brinde la oportunidad de seguimiento con citología, por la historia natural auto limitada que tiene el VPH en la adolescencia, evitando de esta forma manejos agresivos que causen ansiedad y que además pueden afectar la fertilidad como es el caso de las estenosis cervicales producida por algunos tratamientos.

Debe quedar claro que las citologías que reporten LIE AG tienen que ser referidas inmediatamente para su diagnóstico y manejo adecuado (Ramirez, 2006)

DIAGNÓSTICO

Dado que la citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones pre invasoras o invasoras, la colposcopia con biopsia dirigida es el método ideal para realizarlo.

Este procedimiento debe ser realizado en las unidades de salud que deben de contar con un ginecólogo/a debidamente entrenado y certificado como colposcopia por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado, de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad.

Es responsabilidad de estas unidades remitir a las usuarias a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, facilitando la información necesaria a la usuaria y realizando las coordinaciones con la institución a que es referida para que sea atendida.

Estas unidades deben contar con una colposcopia, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia, con equipos de crioterapia, de electro cauterización y asa térmica para los tratamientos locales.

En este nivel debe abrirse historia clínica a todas las usuarias para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcópico), se deben elaborar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología/ patología.

Además, debe contar con un sistema de registro donde se consiguen los nombres y direcciones de las usuarias, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite.

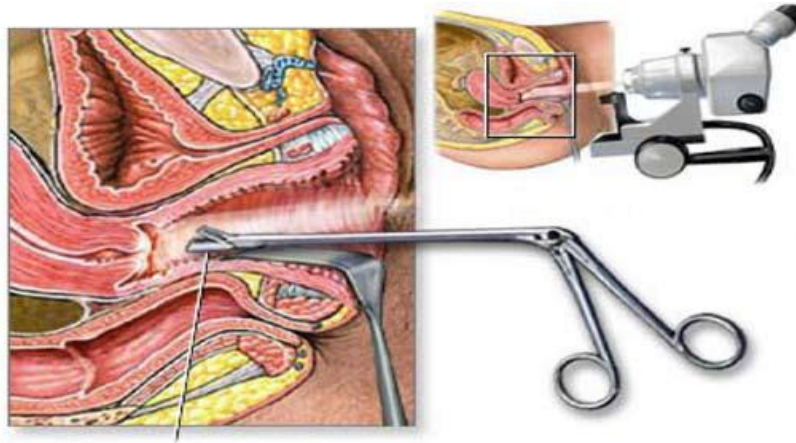
Cuando las usuarias concluyan tratamiento y puedan ser referidas a nivel primario para su seguimiento, enviar con hoja de contra referencia especificando el diagnóstico, detallando el tratamiento realizado y seguimiento sugerido para ser integrado a su expediente. (Ramirez, 2006)

1) Evaluación colposcópica

La evaluación colposcópica comprende los siguientes pasos:

- Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después de la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
- Identificación del patrón Colposcópico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
- Toma dirigida de biopsia del / las áreas/s sospechosa/s de lesión.

- Legrado endocervical si la colposcopia no es satisfactoria. (excepto en el embarazo).
- Colocación de tapón vaginal si es necesario, y explicarle a la usuaria como, cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal y no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchando.



2) Reporte de la Colposcopia

Este reporte debe hacerse con los siguientes criterios:

- Para que un examen sea descrito como satisfactorio el colposcopista debe observar: la zona de transformación cervical entera, la unión escamo-columnar completa, cualquier anomalía en toda su extensión, de lo contrario se considerara insatisfactoria.
- Describir las causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria.
- En caso de colposcopia anormal, reportar los diferentes cambios, los relacionados con la presencia de lesiones virales.
- Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos con su localización y extensión.
- Señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

- Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica.

3) Conductas según resultados de Citología y Colposcopia

Resultado de las biopsias. La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden reportar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia.
- LIE de bajo grado: NIC I y/o VPH.
- LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situ.
- Neoplasia micro invasora: escamo celular o adenocarcinoma.
- Neoplasia invasora: escamo celular o adenocarcinoma.

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a realizar un cono diagnóstico ya sea con bisturí o asa térmica de acuerdo a las posibilidades de la institución. (Ramirez, 2006)

4) Indicaciones de conización diagnóstica

- Usuaris con LIE alto grado y/o:
 - ✓ Micro invasión en la biopsia.
 - ✓ Colposcopia insatisfactoria.
 - ✓ Adenocarcinoma In Situ.
 - ✓ Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
 - ✓ Legrado Endocervical (+).

- ✓ De acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocérnix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada.
- ✓ Posterior a la colposcopia se citará a la usuaria al mes para informarle de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. (Ramirez, 2006)

TRATAMIENTO DE LESIONES PRE-INVASIVA

Las decisiones terapéuticas se elegirán de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnóstico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias. De igual forma es indispensable hablar con claridad sobre el pronóstico clínico, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque sólo con éste tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el éxito del tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones preinvasoras deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos ablativos o destructivos y métodos de escisión local, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Ante el diagnóstico de lesiones micro invasoras o invasoras es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la usuaria además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las usuarias afectadas por cáncer Cérvico Uterino. (Ramirez, 2006)

Guía para el manejo de las lesiones preinvasoras de Cuello uterino, lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG) Infección por virus del papiloma humano (VPH) y neoplasia intracervical I (NIC I).

Para el tratamiento, hay que tener en cuenta que las Lesiones de Bajo Grado en un buen porcentaje (40-60%) pueden tener regresión espontáneamente, por lo que es necesario particularizar cada caso, verlas características de la usuaria, las posibilidades de seguimiento y las características de la lesión. (Ramirez, 2006)

Los cuatro métodos más utilizados para el tratamiento de lesión de bajo grado son:

- Observación
- Crioterapia
- Excisión electro quirúrgica con ASA.
- Vaporización láser.

Antes de aplicar cualquier tratamiento sobre lesiones de bajo grado deben cumplirse ciertos criterios:

- La totalidad de la lesión debe ser visible.

- Se han obtenido biopsias de la lesión previo al tratamiento.
- Se ha evaluado adecuadamente el canal endocervical.
- El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- Se puede confiar en la usuaria para el seguimiento pos tratamiento.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar legrado del endocérnix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérnix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas.

Se podría utilizar la crioterapia o la vaporización láser, sin embargo, debe tomarse en cuenta que idealmente debe preferirse el procedimiento con asa térmica, conos poco profundos que permiten extraer la zona de transformación y la lesión para estudio histológico que nos brinda certeza diagnóstica y terapéutica.

En las lesiones de NIC III / Ca *In Situ*, siempre se prefieren los métodos de excisión para obtener una muestra adicional para patología, de esta forma se confirma la extracción de la lesión completa y el estado de sus márgenes.

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, con carácter terapéutico. Si la usuaria ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa perimenopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal extra fascias simples. (Ramirez, 2006)

Citología anormal en el Embarazo:

Usuaris embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionadas con las lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia, por regla general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor y debe ser realizada por personal experimentado no se deberá realizar legrado endocervical, de confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación.

En su seguimiento se controlará con citología y colposcopia cada 3 meses, durante todo el embarazo y en el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es igualmente ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación.

Pudiendo tener el parto vía vaginal y recurriendo a la cesárea si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración con citología y colposcopia 8-12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos. (Ramirez, 2006)



Seguimiento según estado clínico y características de la usuaria

Posterior a concluir el procedimiento se citará a la usuaria a control al mes del tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención, además se revisará reporte histopatológico si lo hubiere, explicándole con la mayor claridad posible el resultado y la importancia del seguimiento.

Las LIE de Bajo Grado se realizará el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Posteriormente se realizará otro control a los seis meses y luego controles cada año.

Las LIE de Alto Grado se realizará el primer control a los 3-4 meses, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Luego se controlarán cada 4-6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico y citología, los controles posteriores se harán con citología cada año. (Ramirez, 2006)

MANEJO DE LESIONES INVASORAS

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de cáncer invasor se debe derivar a un nivel de resolución mayor que cuente con ginecólogo/a oncólogo/a para su manejo adecuado. (Ramirez, 2006)

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal en el Centro de Salud Enrique Cisnes del Municipio de Nindirí, Departamento de Masaya en el Periodo del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2016.

Área de estudio

El municipio de Nindirí tiene 54,573 habitantes, cuenta con un total de 4,666 viviendas, 337 Habitantes por Km² con un índice habitacional de 6 personas por vivienda posee una zona urbana y 16 zonas rurales se encuentra a 26 Kilómetros de Managua, la Capital

El centro de salud Enrique Cisnes inaugurado en el 2008 se encuentra en la Calle del Calvario, frente a la entrada al estadio, el cual cuenta con área de consulta médica, atención de enfermería, odontología, atención integral a niños, partos, curaciones, inmunizaciones, tuberculosis, URO, laboratorio, farmacia y estilización.

Sectores que cubre el Centro de Salud Enrique Cisnes:

- Atiende 12 ESAF
- 5 ubicados en casas bases
- 7 en unidades de salud
- Brindan atención en Medicina General, Medicina Interna, Ginecología, atienden a niños, jóvenes, adultos y tercera edad.

Universo

El universo del estudio estuvo conformado por 2108 mujeres en edad fértil con vida sexual activa que asistieron al Centro de Salud Enrique Cisnes del Municipio de Nindiri, Departamento de Masaya en el Periodo del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2016.

Muestra

Es de tipo no probabilístico, por conveniencia conformada por las 128 mujeres en edad fértil con vida sexual activa que acudieron al Centro de Salud Enrique Cisnes, del Municipio de Nindirí, Departamento de Masaya en el Periodo del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2016 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 de la Unidad de Salud
- Mujeres que acuden al Centro de Salud de Nindirí 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 consienten 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 de Nindirí, del Municipio de Nindirí, Departamento de Masaya en el Periodo del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2016.

Técnicas y procedimientos

- Para obtener la información se procederá a realizar las siguientes actividades
- Se consideraron los siguientes perfiles:
- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa
- Adolescentes femeninas.

Elaboración de instrumento de recolección de la información con preguntas abiertas para la obtención de la información. Se elaboró el instrumento definitivo para recolectar la información de las mujeres en el estudio. El Instrumento se aplicó como prueba piloto a un número x mujeres en edad fértil con vida sexual activa de los diferentes centros de salud de Managua.

Se realizaron posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones para el mejoramiento del mismo. Se encuestó a las 128 mujeres las cuales

fueron captadas en el Centro de Salud Enrique Cisnes, del Municipio de Nindirí, Departamento de Masaya en el Periodo del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2016.

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

1. Bueno:	17-25 puntos	0	70 %
2. Regular:	10-16 puntos	31	69%
3. 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 observaba la reacción de los sujetos.se presento cada afirmación y se pidió a las participantes que exteriorizaran su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala según el grado de acuerdo:

1. **De acuerdo.**
2. **Indeciso.**
3. **En desacuerdo.**

Las prácticas 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 sumatorio para establecer la escala de:

1. **Bueno**
2. **Regular**
3. **Malo**

Plan de tabulación y análisis:

La información obtenida de la entrevista a los informantes claves se analizaron manualmente sintetizando en cuadros todas las respuestas textuales de los entrevistados según categorías , los datos cuantitativos se procesaron por medio del programa estadístico Epi Info 3.5.4 y las proposiciones para valoración de las actitudes se revisaron manualmente una por una con puntaje del 1- 3 para obtener los puntajes de cada individuo , luego se introdujeron en una base de dato previamente realizada para realizar las posibles cruces .

Se aplicaron frecuencias, porcentajes y posteriormente se organizaron los (datos) considerando los objetivos del estudio. La información sintetizada se presentará en cuadros y grafico usando para ello el sistema operativo Windows 10 en el procesador Word 2016 y los gráficos se elaboraron en 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. Interés de la mujer para realizarse este examen.
6. Interés de la pareja para realizárselo.
7. Influencia de la religión.
8. Procedencia como una determinante en la realización del PAP.
9. Influencia de la familia y el compañero
10. Numero de compañeros sexuales como mayor indicación del PAP
11. 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

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el tiempo actual.	De 15 a 49	Años	15-26 27-38 39-49
Escolaridad	Nivel de preparación académica que tiene la persona hasta la fecha	Ultimo grado aprobado.	Referido por las personas encuestadas.	Primaria Secundaria Técnico Universitario
Procedencia	Lugar de origen o domicilio actual del usuario.	Lugar donde reside.	Origen de la persona encuestada.	Urbana Rural
Ocupación	Empleo u oficio que desempeñan según estudio realizados o no.	A qué se dedica	Tipo de actividad desempeñada	Estudiante Ama de casa Trabajadora
Religión	Doctrinas o creencias que se tributan a	Todas las conocidas.	Creencias referidas por	Católico Evangélico Otros

	la divinidad referida por las personas encuestadas.		las personas encuestadas.	
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones en la sociedad		Situación conyugal	Soltero Casado Acompañado
Fuente de información	Medio en los cuales se origina la trasmisión 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. -Sitio donde las entrevistadas han recibido información del PAP. -Tipo de información que las entrevistadas han recibido.	Personas que han brindado información Lugar donde se ha obtenido la información Información recibida	amigos familiares brigadistas parteras personal de salud maestros calle escuela Centro de salud Farmacias folletos revistas tv radio me explicaron en lenguaje sencillo no entiendo lo que me explican Ninguna

		-Información fidedigna	Calidad de la información recibida	
Conocimiento	Implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir qué es lo que se debe o puede hacer	<p>-Mujeres que deben de realizarse el PAP</p> <p>-Utilidad y razones por las cuales se realiza el PAP</p> <p>Tiempo transcurrido entre un PAP y el siguiente.</p>	<p>-Tipo de mujer</p> <p>-Uso</p> <p>-Meses</p>	<p>-Todas las mujeres</p> <p>-Las que han iniciado relaciones sexuales</p> <p>-No se para detectar cáncer.</p> <p>-Para saber si hay cáncer en los senos</p> <p>-Para detectar cáncer cérvico uterino (CACU)</p> <p>-Para detectar SIDA</p> <p>-Nos damos cuenta del estado de nuestra salud</p> <p>-No se</p> <p>-Cada mes</p> <p>-Cada 3 meses</p> <p>-Cada 6 meses</p>

		<p>-Conjunto de actividades que la mujer debe de tener en cuenta para la realización del examen del PAP</p> <p>-Factores de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar CACU</p>	<p>Causas del Cáncer Cérvico uterino (CACU)</p>	<p>-Cada año</p> <p>-Cada 2 años</p> <p>-no se</p> <p>-Tener relaciones sexuales</p> <p>-usar medicamentos vaginales</p> <p>-no andar con la regla</p> <p>-No tener relaciones sexuales</p> <p>-No haber usado duchas vaginales</p> <p>-No haber usado medicamentos vaginales</p> <p>-Múltiples parejas sexuales</p> <p>-inicio temprano de las relaciones sexuales</p> <p>-tener muchos hijos</p> <p>.</p>
--	--	--	---	---

Actitud	Es una organización relativamente verdadera de creencias entorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	<ul style="list-style-type: none"> -Interés de realización del PAP. -Aceptación del PAP. -Disposición para realización. -Búsqueda de información -Personas que deben de realizárselo -Influencia de la sociedad 	-Grado de acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> -De acuerdo. -Indeciso. -En desacuerdo.
Prácticas.	Conducta o reacción como respuesta establecida para una situación común	<ul style="list-style-type: none"> -Edad de realización del PAP. -Resultado del examen realizado. -Cantidad de PAP realizado. -frecuencia de realización. 	<ul style="list-style-type: none"> -Años. Obtención del resultado Números -meses 	<ul style="list-style-type: none"> -15-26 -27-38 -39-49 -si - no -1 - 2 - 3 o mas -cada 3 meses -cada 6 meses -cada año

		<p>-tiempo del ultimo PAP.</p> <p>-Razones por las que se realiza el PAP</p> <p>-Objetivos por los cuales no se ha realizado el PAP</p>	<p>-tiempo desde el ultimo PAP</p> <p>-razones para realizarse el PAP.</p> <p>-Razones para no realizarse el PAP.</p>	<p>-cada 2 años</p> <p>-menos de un año.</p> <p>- de uno a dos años</p> <p>-tres o más años.</p> <p>-interés propio.</p> <p>-por orden médica.</p> <p>-por CPN</p> <p>-por requisito.</p> <p>-otro</p> <p>-temor</p> <p>-vergüenza</p> <p>-falta de importancia.</p> <p>-no dan resultados.</p> <p>-negativa del marido o compañero.</p> <p>-maltrato del marido.</p> <p>-por descuido.</p> <p>- dolor</p> <p>-Estoy embarazada.</p>
--	--	---	---	--

RESULTADOS

Según el rango de edades el 47.7% (61) corresponde a mujeres adultas entre los 27 y 38 años, el 26.6% (34) de las mujeres entrevistadas corresponde al grupo etario entre los 15 y 26 años y el 25.7% (33) fue correspondiente a mujeres entre los 39 y 49 años, con respecto al estado civil de las entrevistadas el 35.9% (46) eran casadas, 34.5% (44) eran acompañadas y el 29.6% (38) eran solteras, de acuerdo a la ocupación el 50.8% (65) de ellas eran trabajadoras, el 39.1% (50) eran ama de casa y un 10.1% (13) fueron estudiantes.(ver cuadro 1).

Con respecto a la procedencia 53.1% (68) provenían de áreas rurales y el otro 46.9% (60) de la zona urbana, según la religión el 47.7% (61) eran católicas, 41.4% (53) evangélicas y un 10.9% (14) refirió pertenecer a otra religión, según el nivel de escolaridad el 38.3% (49) fueron a la secundaria, un 27.3% (35) habían cursado la primaria, el 24.2% (31) acudió a la universidad y un 10.2% (13) habían cursado alguna carrera técnica. (Ver cuadro 1).

En el 71.9% de las mujeres recibieron información en el centro de salud Enrique Cisnes, el 28.1% expreso no haber recibido algún tipo de información. (Ver cuadro 2).

Según las características de la información de las personas que dieron información las mujeres entrevistadas expresaron el 73.4% fueron personal de salud, el 63.3% fueron familiares, el 56.3% amigos, el 51.6% brigadistas y el 38.3% maestros (ver cuadro 3).

Según la fuente de información el 88.3% de las mujeres expresaron que el centro de salud brindo información, el 58.6% fue por folleto, el 53.9% fue adquirido por farmacia, 32.0% escuelas, y el 17.2% fue brindada según las mujeres encuestadas por las calles,

continuando con la calidad de información 73.6% dijeron Me explicaron con lenguaje sencillo. Y el 26.6% indicaron No entiendo lo que me explican. (Ver cuadro 3).

De acuerdo a los conocimientos acerca de la utilidad del Papanicolaou que tienen las mujeres entrevistadas el 93.3% (120) considera que el PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra salud, el 3.9% (5) no sabía y el 2.3% (3) refirió que no; el 96.9% (124) de las entrevistas expresaron que el PAP es un examen vaginal que sirve para detectar cáncer en la vagina, el 2.3% (3) expreso que no y el 0.8% (1) no sabía, el 68.7% (88) de las mujeres entrevistadas no consideran que el PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en los senos, sin embargo un 21.9% (28) consideran que si, y un 9.4%(12) no sabe (ver cuadro 4)

Según el conocimiento que tienen las entrevistas el 53.9% (69) refirieron que el PAP no detecta SIDA, el 32.8% (42) no sabían y un 13.3% (17) refirió que sí, el 39.1% (50) de las mujeres entrevistas consideran que el PAP sirve para detectar quistes en los ovarios, el 32% (41) no sabe y el 28.9% (37) no creen que el PAP detecta quistes en ovarios (ver cuadro 4).

Sobre el conocimiento acerca de tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz el 36.7% (47) de las entrevistas contesto que no, 32.8% (42) no sabían, y 30.5% (39) expreso que sí, a cerca del conocimiento si el PAP produce aborto 52.3% (67) de las entrevistadas consideran que no produce aborto el realizarse el PAP, el 25.8% (33) no sabe y el 21.9% (28) consideran que si produce aborto (ver cuadro 4)

Con respecto a que el PAP deben de realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales el 82.6% (106) respondieron que sí, el 13.3% (17) que no y el 3.9% (5) refirieron no sabe, un 79.7% (102) de las entrevistas creen que el PAP sirve para detectar si una mujer tiene infección en sus genitales, el 14.1% (18) expreso que no y el 6.2% (8) no sabe, el 92.9% (119) de las mujeres entrevistas consideran que el PAP detecta a tiempo el cáncer de cuello el útero, el 3.9% (5) refieren que no y un 3.2% (4) no sabe.(ver cuadro 5)

Según el 61.7% (79) de las mujeres entrevistadas el PAP debe de realizárselo cada 6 meses, un 28.9% (37) consideran que no y un 9.4% (12) no sabe, sin embargo, un 71.9% (92) de las entrevistadas consideran que el PAP debe de realizarse cada año, 18.7% (24) creen que no y un 9.4% (12) no sabe, el 86.7% (111) de las entrevistas creen que todas las mujeres deben de realizarse el PAP, un 9.4% (12) consideran que no y un 3.9%(5) no sabe (ver cuadro 6)

En cuanto al conocimiento de si la mujer puede tener relaciones sexuales antes de hacerse el PAP el 71.9% (92) de las entrevistas contesto que no, un 16.4% (21) que sí y un 11.7% (15) no sabe, el 75.8% (97) de las mujeres entrevistadas dijeron que no se puede usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP, un 12.5% (16) contesto que si así mismo un 11.7%(15) no sabía. (Ver cuadro 7)

Sobre el conocimiento si la mujer debe andar con la menstruación al hacerse el PAP el 90.6% (116) refirió que no, un 7.1% (9) no sabía y el 2.3% (3) expreso que si, a cerca si la mujer debe de realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP el 67.9% (87) refirió que no, un 17.9% (23) no sabía y un 14.2% (18) refirió que sí, a cerca del conocimiento si la

mujer debe usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP el 75.8% (97) de las entrevistadas contestó que no, 12.5% (16) contestaron que sí y 11.7% (15) no sabe.(ver cuadro 7).

Sobre el conocimiento si las múltiples parejas sexuales pueden causar cáncer el cuello de la matriz el 62.5% (80) de las mujeres expresaron que si, 24.2% (31) no sabía y 13.3% (17) expreso que no, el 53.1% (68) de las mujeres entrevistadas creen que iniciar las relaciones sexuales muy joven pueden causar cáncer del cuello de la matriz, 28.9% (37) no sabe y el 18% (23) considero que no (ver cuadro 8)

Al valorar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil se encontró que era bueno en un 67.2% (86), el nivel es regular con 21.9% (28) y que era malo con el 10.9% (14) (ver cuadro 9)

En cuanto a la actitud hacia el examen del Papanicolaou en las mujeres entrevistadas acerca de la preposición, el Papanicolaou es un examen importante para la salud de la mujer 99.2% (127) estuvo de acuerdo y solo 0.8%(1) en desacuerdo, la preposición yo no aceptaría tomarme la muestra del Papanicolaou se encontró que el 25.8% (33) estaba de acuerdo y las mujeres que estaban en desacuerdo fue un 66.4%(85), la población que estaba indeciso fue el 7.8%(10). El 80.5%(103) dijo estar de acuerdo en la preposición actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra del Papanicolaou, el 13.3% (17) indicó estar indeciso y el 6.3% (8) en desacuerdo (ver cuadro 10).

El 56.3%(72) de la población entrevistada indicó estar de acuerdo con la proposición no importa el sexo de la persona que me tomará la muestra para el examen, 26.6%(34) mostró desacuerdo y el 17.2%(22) de las entrevistadas estaban indecisa (ver cuadro 10)

En el inciso sobre la proposición de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer 75.8% (97) dijo estar de acuerdo, 10.9%(14) mostró desacuerdo y el 13.3% (17) indecisa. 75.8% (97) mostró estar de acuerdo con la preposición acerca de la preocupación de realizarse el PAP debe de ser de la pareja, 10.9 (14) % está en desacuerdo y 13.3 % (17) de la población estaba indecisa. En la preposición la religión no influye en mi decisión de realizarme el PAP las mujeres entrevistadas 60.9% (78) estuvo de acuerdo, 25.8% (33) en desacuerdo 13.3% (17) indecisa. (Ver cuadro 10).

El 26.6%(34) de las encuestadas considera estar de acuerdo ante la preposición principalmente las personas de la ciudad deben de hacerse el PAP en comparación con las del campo, 63.3% (81) indico estar en desacuerdo y el 10.2% (13) indeciso. Sobre la preposición el compañero o la familia debe de influir en la decisión de la mujer para realizarse el PAP 60.9% (78) estuvo en desacuerdo, 28.9%(37) indico estar de acuerdo y 10.2 %(13) estar indeciso (ver tabla 10).

De las encuestadas el 73.4% (94) estuvo en desacuerdo sobre la preposición solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deberán de realizarse el PAP el 18.8 % (24) estuvo de acuerdo y el 7.8% (10) estuvo indeciso, el 72.7 % (93) estuvo en desacuerdo sobre, el PAP debe hacerse únicamente cuando sea un requisito en la consulta, 14.1 % (18) de acuerdo y 13% (17) indecisas. Sobre si el PAP no deben de realizárselo las mujeres que usan algún método anticonceptivo 60.2% (77) indicó estar en desacuerdo ,24.2%(31) de acuerdo y el 15.6% (20) estuvo indecisa (ver cuadro 10).

El 71.1 % (91) indicó estar en desacuerdo ante la preposición el PAP no debemos de realizarlo porque produce sangrados, 11.7%(15) estaba de acuerdo y 17.2% (22) indeciso, 57.8% (74) de las entrevistadas dijo estar de acuerdo ante la preposición, todas las mujeres deben de realizárselo antes de tener un hijo, 28.1% (36) estuvo en desacuerdo y 14.1% (18) indeciso. De las encuestadas el 71.1%(91) estuvo en desacuerdo ante la preposición solo las mujeres que tienen muchos hijos deben de realizarse el PAP y el 17.2 % (22) de las encuestadas estuvo de acuerdo, 11.7 % (15) se mostró indeciso (ver cuadro 10)

De las encuestadas el 38.2% (49) considera estar en desacuerdo ante la preposición las mujeres embarazadas no deben de hacerse el PAP porque produce abortos el 33.5% (43) muestra estar de acuerdo ante el inciso y el 28.1% (36) estuvo indeciso. Un 57.0% (73) de las mujeres encuestadas considera estar en desacuerdo ante la preposición el PAP es doloroso por eso no me lo hago un 28.9% (37) dijo estar de acuerdo y 14.0 % (18) estuvo indeciso. (ver cuadro 10)

En cuanto al nivel de actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexualmente activa sobre la toma del Papanicolaou, se encuentra una actitud favorable con 55.4% (71), indeciso en un 32.9% (42) y desfavorable con 11.7% (15) (ver cuadro 11).

Respecto a las características de las prácticas hacia el PAP que tienen las mujeres podemos decir que el 94.5% (121) si se ha realizado el examen de Papanicolaou y 5.5%(7) no lo ha realizado (ver cuadro 12). En relación a las razones por las que se han realizado el PAP 80.9%(98) refirió que la razón fue para proteger su salud, 63.6% (77) por orden médica, el

38%(46) por saber si tiene cáncer o infección vaginal. 56.2% (68) por interés propio, el 86 %(104) por CPN y también por requisito el 13.2% (16) las mujeres encuestadas brindaron más de una respuesta ante esta preposición. (ver cuadro 13)

En relación a las razones por las que no se han realizado el PAP 100% (7) de las mujeres refirió por temor, 100% (7) refirió por vergüenza, 85.7% (6) por descuido, y también el 42.8% (3) refirió que, por falta de importancia, 57.1% (4) porque está embarazada no le han dicho, el 85.7% (6) por maltrato de marido y un 71.4% (5) negativa del marido y el 100% (7) refirió por razón de que no dan resultados. (ver cuadro 14)

Al preguntar número de Papanicolaou realizados 15.7% (19) de las mujeres encuestadas refirió que se ha realizado uno, el 10.7% (13) refirió que dos Papanicolaou y 73.6% (89) dijeron que más de dos. (Ver Cuadro 15). Respecto a la frecuencia con que se han realizado el PAP 40.5%(49) de las mujeres lo hacían anual, 29.8%(36) cada 6 meses ,22.3% (27) cada dos años y 7.4%(9) indicaron que cada 3 meses. (ver cuadro 16)

La preposición a qué edad te lo realizaste por primera vez, la población femenina entre las edades 15-26 años fue del 76.9%(93), la edad entre 27-38 obtuvo 19.8%(24) y en edades de 39-49 es del 3.3%(4) de las mujeres encuestadas (ver Cuadro 17) .

En cuanto a la preposición hace cuanto te hiciste el ultimo PAP 23.1% (28) contestaron que hace 1-2 años ,16.5% (20) hace 3 o más años, un 56.2% (68) lo hizo hace menos de un año y el 4.2% (5) indicó no saber hace cuánto tiempo se hizo el ultimo PAP.(ver Cuadro 18).

El 84.3% (102) obtuvo los resultados del examen y 15.7% (19) no lo obtuvo. (Ver Tabla19) Un 90.1% (109) de las mujeres indicaron que SI se haría en el futuro el examen de Papanicolaou, pero el 6.7% (8) dijo que no lo haría el 3.2% (4) de mujeres no respondieron. (ver Cuadro 20).

Con lo que respecta al nivel de prácticas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al centro de salud de Nindiri y fueron entrevistadas el 77.3% (99) fue buena, el 11.7% (15) es regular y el 11.0% (14) fue mala. (Ver cuadro21).

De acuerdo a las características sociodemográficas versus nivel de conocimiento las mujeres entre los 27 y 38 años tienen un 68.9% (42) de buen nivel de conocimiento, las jóvenes entre los 15 y 26 años tienen un 67.6% (23) de buen nivel de conocimiento y las mujeres entre 39 y 49 años obtuvieron un 63.6% de (21) buen nivel de conocimiento en cambio el 15.2% (5) de las mujeres entre 39 y 49 años tienen un mal nivel de conocimiento las de 27-38 años tienen mal conocimiento con 9.8% (6) y las de mal conocimiento en edades de 15-26 fue de 8.9% (3). (Ver cuadro 22).

A cerca de las mujeres casadas obtuvieron un 69.6% (32) de buen nivel de conocimiento, las acompañadas obtuvieron un 68.2% (30) de buen nivel de conocimiento, y las solteras un 63.2% (24) sin embargo las mujeres acompañadas obtuvieron un 13.6% (6) de mal nivel de conocimiento y las casadas 10.8% (5) de mal conocimiento (ver cuadro 22).

Según la ocupación de las mujeres entrevistadas el 74.0% (37) de las amas de casa tuvo un nivel de buen conocimiento, el 18% (9) fue un nivel de conocimiento regular y el 8% (4) fue un nivel de conocimiento malo, el 69.2% (45) de las mujeres trabajadoras tuvo un buen nivel de conocimiento, el 21.5% (14) de estas tuvo un nivel de conocimiento regular y el 9.3% (6) tuvo mal nivel de conocimiento, el 30.8% (4) de las estudiantes tuvo un buen nivel de conocimiento, el 38.4% (5) tuvo un nivel de conocimiento regular y el 30.8% (4) tuvo un mal nivel de conocimiento (ver cuadro 22).

Las mujeres entrevistadas que dijeron formar parte de la religión evangélica el 71.7% (38) tienen un buen nivel de conocimiento, el 20.8% (11) tienen un nivel regular y tan solo el 7.5% (4) tienen mal conocimiento, en cambio las de religión católica tienen un 68.9% (42) de buen nivel de conocimiento, el 19.7% (12) regular nivel de conocimiento y el 11.4% (7) mal nivel de conocimiento (ver cuadro 22).

De acuerdo al nivel de escolaridad el 68.6% (24) de las que curso primario tienen buen nivel de conocimiento, el 20.0% (7) un regular nivel de conocimiento y un 11.4% (4) mal nivel de conocimiento, el 67.7% (21) de las mujeres que cursaron la universidad obtuvieron un buen nivel de conocimiento.

El 25.8% (8) de estas mujeres obtuvieron un regular conocimiento y tan solo el 6.5% (2) de ellas obtuvo mal nivel de conocimiento, el 67.3% (33) de las mujeres que habían curado a secundaria obtuvieron un buen nivel de conocimiento, el 20.4% (10) tienen un regular nivel y el 12,3% (6) obtuvo mal nivel de conocimiento, el 61.7% (8) de las que curso

un técnico tienen buen nivel de conocimiento y un 15.4% (2) obtuvo mal nivel de conocimiento (ver cuadro 22).

Respecto a la procedencia versus el nivel de conocimiento el 85.0% (51) de las que provenían de zona urbana obtuvieron buen nivel de conocimiento, el 5.0% (3) obtuvo mal nivel de conocimiento, en cambio las que provenían de áreas rurales obtuvieron 51.5% (35) de buen nivel de conocimiento el 32.4% (22) de regular nivel de conocimiento y el 16.1% (11) mal nivel de conocimiento (ver cuadro 22).

Sobre las características sociodemográficas versus el nivel de actitud el 62.3% (38) de las mujeres entrevistadas entre 27 y 38 años tuvo una actitud favorable, el 31.1% (19) fue indiferente y el 6.6% (4) de las entrevistadas tuvo una actitud desfavorable, en cambio el 50.0% (17) de las mujeres entre los 15 y 26 años tuvo una actitud favorable, el 35.3% (12) obtuvo una actitud indiferente y el 14.7% (5) una actitud desfavorable, el 48.5% (16) de las mujeres entre los 39 y 49 años tuvo una actitud favorable, el 33.3% (11) fue indiferente y el 18.2% (6) tuvo una actitud desfavorable (ver cuadro 23).

De acuerdo al estado civil de las mujeres entrevistadas el 65.9% (29) de las mujeres acompañadas tuvieron un nivel de actitud favorable, el 27.3% (12) indiferente y el 6.8% (3) fue desfavorable, las entrevistadas que eran casadas un 65.1% (30) tuvo un nivel de actitud favorable, el 28.3% (13) fue indiferente y el 6.6% (3) tuvo una actitud desfavorable, el 31.6%

(12) de las solteras obtuvo favorable actitud, el 44.7% (17) fue indiferente y el 23.7% (9) desfavorable (ver cuadro 23).

En la ocupación de las entrevistadas el 60.0% (39) de las mujeres trabajadoras tuvo una actitud favorable, el 29.2% (19) fue indiferente y el 10.8% (7) tuvo una actitud desfavorable en cuanto a las amas de casa el 58.0% (29) tuvo una actitud favorable, el 34.0% (17) un nivel de actitud indiferente y el 8.0% (4) una actitud desfavorable, el 23.1 (3) de las estudiantes tuvo un nivel de actitud favorable, el 46.2% (86) una actitud indiferente, y el 30.7% (4) desfavorable (ver cuadro 23).

En cuanto al nivel de actitud y la religión que practican el 65.6% (40) de las mujeres que son católicas tienen una actitud favorable, el 19.7% (12) tuvo una actitud indiferente y el 14.7% (9) tuvo un nivel de actitud desfavorable, el 64.3% (9) de las mujeres que practican otras religiones tuvieron una favorable nivel de actitud, el 21.4% (3) de estas tuvo una actitud indiferente y el 14.3% (2) tuvo un nivel de actitud desfavorable, el 41.5% (22) de las entrevistadas que dijeron ser evangélicas tuvieron una favorable actitud, el 50.9% (27) tuvo una actitud indiferente y el 7.6% (4) una actitud desfavorable (ver cuadro 23).

Con respecto a la escolaridad y el nivel de actitud de las mujeres entrevistadas, el 77.6% (38) de las que cursaron secundaria tuvieron una favorable actitud, el 14.3% (7) fue indiferente y el 8.1%(4) tuvo una actitud desfavorable, el 53.8% (7) de las que tienen un técnico tuvieron una actitud favorable, el 38.5% (5) tuvo una actitud indiferente y el 7.7% (1) tuvo un nivel de actitud desfavorable, el 45.7% (16) de las mujeres entrevistadas que curso la

primaria tuvo un nivel de actitud favorable, el 42.9% (15) un nivel de actitud indiferente y el 11.4% (4) tuvo una actitud desfavorable, el 32.3% (10) de las mujeres que cursaron la universidad tuvieron un nivel de actitud favorable el 48.4% (15) tuvo un actitud indiferente y el 19.3% (6) de ellas tuvo un nivel de actitud desfavorable (ver cuadro 23)

Según la procedencia de las mujeres entrevistadas el 70.0% (42) de las que provenían de la zona urbana tuvo un nivel de actitud favorable, el 23.3% (14) tuvo una actitud indiferente y el 6.7% (4) tuvo un nivel de actitud desfavorable, el 42.6% (29) de las mujeres que provenían de las zonas rurales tuvieron un nivel de actitud favorable, el 41.2% (28) tuvo una actitud indiferente y el 16.2% (11) de estas tuvieron una actitud desfavorable (ver cuadro 23)

Al relacionar las características sociodemográficas y compararlo con el nivel de prácticas que tienen sobre el Papanicolaou se encontró que entre las edades 15-26 años tuvieron un 73.6% (25) que mostró ser buena, regular con 17.6% (6) y mala con 8.8%(3) las edades entre de 27-38 obtuvo 85.2% (52) fue buena práctica ,8.2%(5) regular y 6.6%(4) mala práctica. Las edades de 39-49 fue de 66.7% (22) que mostraron buena práctica, el 12.1 % (4) fue regular y 21.2%(7) encuestadas que tuvieron mala práctica.

Las mujeres solteras con 76.3 % (29) mostraron buena práctica, 7.9%(3) fue regular y 15.8% (6) fue mala práctica. La mujer casada mostró buena práctica con 84.8%(39), regular con 8.7 % (4) y mala 6.5% (3), las mujeres con estado civil acompañada mostraron buena práctica con 70.5% (31), regular con 18.2% (8) y mala con 11.3%(5) (ver cuadro 24).

En la ocupación 53.8% (7) mostró que las estudiantes tuvieron buena práctica 23.1% (3) mostró practica regular y 23.1% (3) mala práctica. Las mujeres trabajadoras mostro 83.1% (54) buena práctica, 9.2%(6) regular y 7.7%(5) mala práctica. Por otro lado las ama de casa fue buena con 76.0% (38) , regular con 12.0% (6) y mala en 12.0%(6).En la religión y el nivel de práctica , las que eran de religión católica 86.8% (53) fue buena , 6.6% (4) fue regular y 6.6%(4) fue mala, las que eran religión evangélica mostro buena práctica con 71.7% (38) , regular con 15.1%(8) y mala con 13.2%(7).y de otra religión fue buena con 57.2%(8), regular con 21.4% (3) y 21.4% (3) fue mala práctica.(ver cuadro 24).

El nivel de escolaridad con el nivel de práctica, las que llegaron a nivel primario su práctica fue buena con 82.8% (3), regular con 8.6% (3) y mala con 8.6%(3), las que llegaron hasta secundaria fue buena con 77.6%(38), regular con 14.3%(7) y mala en un 8.1%(4), el nivel técnico de 53.8% (7) fue buena, 15.4%(2) regular y malo con 30.8%(4), mujeres que alcanzaron el nivel universitario 80.6%(25) obtuvieron buenas practicas ,9.7% (3) regular y 9.7% (3) mala práctica. Y en la procedencia de origen urbano 91.7% (55) fue buena, 5.0%(3) regular y 3.3%(2) mala práctica y las de origen rural 64.8%(44) buena, 17.6% (12) obtuvo un regular nivel de práctica y 17.6% (12) fue mala práctica. (ver Cuadro 24).

En cuanto al nivel de conocimientos y nivel de actitudes, los conocimientos buenos fueron favorables en un 68.6% (59), indeciso en 19.8%(17), Desfavorable 11.6% (10), Regular 44.7% (17) fue favorable, indeciso 50.0% (19), desfavorable con 5.3% (2) y un conocimiento malo con actitud favorable 52.6% (10), indeciso 31.6% (6) y desfavorable 15.8% (3). (Ver cuadro 25).

Sobre los conocimientos versus nivel de prácticas se encuentra un conocimiento bueno y una práctica buena con 89.5% (77), regular 4.7% (4) y mala 5.8% (5). Nivel Regular 42.9% (12) fue buena práctica, 32.1% (7) regular y mala en un 25.0% (7). Un nivel malo de conocimientos con buena practica 71.4% (10) y practica regular 14.3% (2) mala práctica 14.3% (2). (Ver cuadro 26).

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Analizando la mayor frecuencia por grupo de edad, se encontró que la mayor parte de las mujeres tenían menos de 40 años, eran casadas en su mayoría, el 26.6% eran adolescentes, en general, tenían un conocimiento bueno, haciéndose más importante en el grupo de edad de 27 a 38 años, alcanzando un 47.7%, 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 para su salud.

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 haciendo a un lado factores predisponentes tales como es la multiparidad y el inicio de las relaciones sexuales a temprano edad, lo que no fue en este caso pues 53.1% reconoció que el inicio de la vida sexual activa a temprana edad es un factor predisponente para CaCu

Además, el grupo de mujeres jóvenes definen que solamente deben de asistir a la Unidad de Salud cuando los problemas que afecten su salud lo ameriten y sobre todo cuando se trata de realizar evaluaciones sobre consultas de tipo Ginecológicas dadas por seguimiento a síntomas o padecimientos no así por chequeos rutinarios y preventivos.

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.

Las estimaciones indican que en los países en vías del Desarrollo la prevalencia del Cáncer Cervico 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, lo que en el presente estudio demuestra que las mujeres que asistieron al centro de salud obtuvieron niveles buenos de conocimiento por ello se puede decir que están teniendo empoderamiento de la información brindada por el personal de salud que activamente hace campañas educativas llegando hasta la zona rural con todo el servicio médico que prestan.

Otros factor muy importante radica en los fenómenos culturales, ya que 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; Peor aún, la toma de decisión de realizarse el PAP por parte de la mujer, recae en su pareja, Sin embargo en el presente estudio

se mostró que las mujeres están teniendo reacciones adecuadas ya que el 60.9% está en desacuerdo con que su compañero influye en la toma de decisiones para realizarse el PAP.

El acceso a la información objetiva y oportuna en esta ocasión cada vez está procurándose sea más perfeccionada y sencilla para la captación de cada una de las mujeres que acuden en busca de la misma.

En la actualidad la salud reproductiva en el universo de las mujeres nicaragüenses, ha 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.

Además, debemos de recordar la importancia del efecto tradicional de valores de la familia nicaragüense, provocando en las mujeres un clima motivador y positivo para ir desarrollando una mayor participación familiar. Por otra parte, la poca responsabilidad o desconocimiento del uso de los anticonceptivos, trae consigo mujeres con múltiples partos y ocasiona, cada día que pasa un mayor riesgo del desarrollo de lesiones, observándose así en el presente estudio que el 36.7% no muestra estar de acuerdo con que la multiparidad es un factor predisponente que puede ser prevenibles con una prueba fácil de tamizaje como lo representa el Papanicolaou.

Todavía nuestras mujeres no han desarrollado una conciencia aún más palpable de la importancia de realizarse dicho examen no han hecho suyo el derecho a su salud y por el

contrario más bien expresaban temor y falta de responsabilidad como las principales causas o factores que influenciaban en ellas para no realizarse dicha prueba.

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, y por consiguiente el comportamiento del Cáncer del Cuello Uterino sigue ocasionando una alta tasa de Morbi-Mortalidad en nuestra población femenina.

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, sin embargo en el actual estudio se observó que las mujeres han adquirido buenos conocimientos, tales como la realización del PAP anualmente, la realización del mismo a todas las mujeres que han iniciado vida sexual activa sin importar su edad, e incluso el 56.3% de todas ellas manifestó no importarle si era del sexo opuesto quien le realizaba el Papanicolaou

Por otro lado, encontramos la percepción del manejo de conocimiento, en la cual en ámbitos general aun nos toca trabajar más debido a que las mujeres en su mayoría evitan conversar y exteriorizar acerca de estos temas debido a sus temores, y la existencia de

innumerables prejuicios, mitos, factores culturales que hacen de esta situación un ambiente muy complejo para la propia mujer.

Estudios realizados en Nicaragua han revelado que la aparición de Cáncer del Cérvico Uterino, se presenta en promedio en edades más tempranas que la media observada en los demás países de Latinoamérica, cabe destacar que la población de mujeres entre los 15-26 años en este estudio es del 26.6%, De ahí la gran importancia de desarrollar e impulsar Programas de Prevención del Cáncer 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 y no ha sido incluyente a todos los ámbitos que rodean a las mujeres. 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 ante la sociedad.

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

en su mayoría recibieron información, el 73.4% recibió información sencilla proveniente del personal de salud

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.

En algunos países se ha utilizado una forma de estrategia 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 de áreas de poco acceso, con respecto a esto el 50.8% de las mujeres en este estudio trabajaban en algún rubro, y provenían del área rural.

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 pues las mujeres en este estudio tenían cursado al menos la secundaria, señalaban en un 75.8% que la preocupación de la realización del PAP debería de ser en conjunto con la pareja y de ella misma.

La religión al evaluarse demostró en un 60.9% es influyente en la toma de decisiones, 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.

La práctica fue buena referente a la edad de realización, intervalos y frecuencia de la toma de la muestra, el 80.9% expreso que la mayor razón para realizárselo es proteger su salud, esto nos indica que hay aumento de la calidad, y dirección de la información acerca de la importancia del Papanicolaou, dado que es evidente el empoderamiento y desarrollo en las mujeres, existe una mayor seguridad al momento de evaluar y tomar decisiones en concreto con respecto a su rol en medidas de prevención para la mejoría de la calidad de su propia salud.

CONCLUSIONES

- 1) Según las características sociodemográficas predominaron mujeres de edad adultas entre los 27-38 años, nivel de escolaridad secundaria, procedencia rural, estado civil casadas, ocupación trabajadora y religión católica.
- 2) De acuerdo a las características de la información en su mayoría recibió información, siendo el personal de salud el principal informante, como fuente de información el centro de salud, coincidiendo en su mayoría que tuvieron una explicación sencilla sobre el Papanicolaou.
- 3) Según el nivel de conocimiento se determinó un buen nivel por parte de las mujeres acerca de la utilidad del Papanicolaou.
- 4) Acerca del nivel de actitudes se determinó que las mujeres tienen un nivel favorable con respecto a la toma del Papanicolaou.
- 5) Sobre el nivel de prácticas de las mujeres entrevistadas obtuvieron buen nivel, sobretodo en la realización, frecuencia y seguimiento de la toma del Papanicolaou.

RECOMENDACIONES

- 1- Implementar actividades educativas acerca el Papanicolaou en los distintos ESAF del municipio de Nindiri, para así captar a las mujeres de todas las edades con vida sexual activa que aún no se realizan el PAP.
- 2- Desarrollar alianzas con líderes comunitarios para la obtención de casas de los mismos ciudadanos que sirvan como ESAF consiguiendo así mejores condiciones de privacidad para la realización de procedimientos médicos.
- 3- Concientizar a la población sobre la importancia de la realización del examen del Papanicolaou para su salud y empoderamiento de la mujer acerca de su propia protección.
- 4- Crear campañas, para la transmisión de información referente al Papanicolaou, integrando a maestros de los centros escolares, grupos religiosos, líderes de las comunidades, que formen parte de las campañas y motivar la incorporación de la pareja o conyugue de las mujeres y así lograr como estrategia fortalecer la prevención del Cáncer Cérvico Uterino.
- 5- Fomentar el correcto llenado de los datos de las fichas del PAP, así como en el control de calidad del procesamiento de la citología, para asegurar un resultado adecuado y oportuno, optimizando así la captación de las diferentes mujeres que necesiten un manejo específico
- 6- Reforzar los conocimientos del personal del centro de salud para la buena y correcta toma de las muestras del Papanicolaou.

BIBLIOGRAFÍA

Blanco, Brenes, j. e., & bravo, c. j. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer Cervico uterino y el examen de Papanicolaou en las mujeres del municipio de Paiwas en el periodo de enero a diciembre del año 2007. Paiwas.

Bravo, g. j., & Rivas, p. j. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil sobre la citología Cervico-vaginal (Papanicolaou) que asisten al centro de salud de pablo Úbeda del municipio de santo tomas, departamento de chontales en el periodo del 1° de febrero al 31 de mayo santo tomas-chontales.

Calderón, c. a., & s., m. m. (abril de 2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de armenia, Colombia. Revista médica de Risaralda, 14-20.

García, r. d., & Barreto., m. v. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres en edad fértil con vida sexual activa que acuden al programa de planificación familiar del centro de atención primaria Jairo Bismarck Moncada del municipio de Somoto, departamento. Somoto, Madriz.

Gutiérrez, y. y., & Munguía., m. d. (2013). conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad el bambú que asisten al centro de salud miguel ángel plazuela, Tortuguero, raas, del 1 de mayo al 30 de agosto del 2013. . El Tortuguero.

Hernández, m. t. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de la consulta externa de gineco obstetricia del hospital alemán nicaragüense en la ciudad de Managua durante el periodo comprendido de octubre a diciembre del 2015. . Managua.

Hernández, n. s. (2012). Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. key words: cervical cáncer. Pap test. barriers. self care. nursing, 82-89.

José Luis Ybarra sagardúa, b. e. (julio-diciembre de 2012). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. knowledge and beliefs about the Papanicolaou (pap smear) test by university students, 194.

Julca, a. e., Villanueva, & Solís, a. n. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres del hospital en chicas. In *crescendo - ciencias de la salud*, 485 - 494.

Julián, a. z., & días, n. a. (octubre - noviembre de 2015). Conocimientos, actitudes y prácticas del Papanicolaou en mujeres del barrio cerrito de la libertad. In *crescendo. Ciencias de la salud*, 436-446.

Rodríguez, e. r. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la facultad de ciencias médicas de la universidad nacional de la plata. La plata, argentina.

Sagardúa, j. l., salinas, b. e., & reye, d. r. (julio-diciembre de 2012). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y salud*, vol. 22, 185-194.

Serrano, s. a. (2015). “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en las mujeres que asisten al puesto de salud de Esquipulas, la paz, Carazo, en los meses de septiembre y octubre del año 2015”. . Carazo.

Virginia, z. c., & Luís, r. p. (julio-diciembre 2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el hospital la paz. Hospital la paz, 13-15.

Bazán, F., Posso, M., & Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 47 - 54..

Chavaro Vincuña, N., Arroyo Hernandez, G., Alcazar, L. F., & Muruchi Garron, G. W. (2009). Cancer cervicouterino. *Anales de Radiología*, 61.

Diane, S., & Nayar, R. (2006). *Sistema Bethesda*. Buenos Aires: journal.

Fresquet, J. L. (2005). *historia de la medicina*. Obtenido de Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación: <http://www.historiadelamedicina.org/papanicolau.htm>

García, R. d., & Barreto., M. V. (2014). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres en Edad Fértil con vida sexual activa que acuden al programa de planificación familiar del Centro de Atención Primaria Jairo Bismarck Moncada del municipio de Somoto, Departamen. somoto, Madriz.*

Natoli, D. L. (abril 2012). Líderes de Opinión en Citopatología. *Medigrafic*.

Ramirez, D. Y. (2006). *Norma tecnica de prevencion, deteccion y atencion del cancer cervico uterinno*. Managua: taller de artes graficas.

Sagarduy, J. L., Salinas, B. E., & Reye, D. R. (julio-diciembre de 2012). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud, Vol. 22*, 185-194.



ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-Managua

Facultad de ciencias medicas

Recinto universitario Rubén Darío

La presente Encuesta es para valorar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Citología Cérvico-Vaginal (Papanicolaou) en mujeres de edad fértil con Inicio de Vida Sexual Activa que asisten al Centro de salud de Nindirí, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

A. INFORMACION GENERAL

1) Edad:

A. 15-26_____

B. 27-38_____

C. 39-49_____

2) Estado civil:

- A. soltera _____
- B. casada _____
- C. acompañada _____

3) Procedencia:

- A. urbana _____
- B. rural _____

4) Ocupación:

- A. estudiante _____
- B. ama de casa _____
- C. Trabajadora _____

5) Religión

- A. católica _____
- B. Evangélica _____
- C. Otra _____

6) Escolaridad

- A. Primaria _____
- B. Secundaria _____
- C. Técnica _____
- D. Universidad _____

B. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Ha recibido usted alguna vez información sobre la realización del Papanicolaou

SI _____

NO _____

- 1) ¿A través de qué Tipos de Personas usted recibió la información del Papanicolaou?
 - a) Amigos _____
 - b) Familiares _____
 - c) Brigadistas de salud _____
 - d) Parteras _____
 - e) Personal de Salud _____
 - f) Maestros de la Escuela _____

- 2) ¿En qué sitio o Tipo de Institución es donde usted obtuvo la información del Papanicolaou?
 - a) En la calle _____
 - b) En la escuela _____
 - c) En el Centro de Salud _____
 - d) En Farmacias _____
 - e) En el hogar _____

- 3) ¿Cómo considera usted la calidad de la información que le brindaron en relación al examen de Papanicolaou?
 - a) Me explicaron con lenguaje sencillo _____
 - b) No entendí nada de lo que me explicaron _____

C.VALORACION DEL CONOCIMIENTO

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

12.El PAP detecta el SIDA			
13.El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios			
14.La mujer puede tener relaciones sexuales antes de hacerse el PAP			
15.La mujer puede usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP			
16.La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP			
17.La mujer debe de realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP			
18.La mujer debe usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP			
19.Las múltiples parejas sexuales pueden causar cáncer del cuello de la matriz			
20.iniciar las relaciones sexuales muy joven puede causar cáncer del cuello de la matriz			
21.tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz			
22.El PAP produce abortos			

D.VALORACION DEL NIVEL DE ACTITUDES

PROPOSICIONES	DE ACUERDO (DA)	INDECISO (I)	EN DESACUERDO (DS)
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 realizará 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			

E. VALORACION DE LAS PRÁCTICAS

1) Te has realizado el PAP

- Si
 - No
- 2) A qué edad te lo realizaste
- 3) Obtuviste los resultados del examen
- Si
 - No
- 4) Cuantos PAP te has realizado
- Uno
 - Dos
 - Más de dos
- 5) Con qué frecuencia te has realizado el PAP
- Cada 3 meses
 - Cada seis meses
 - Cada año
 - Cada dos años
- 6) Te harías en un futuro el examen del Papanicolaou?
- Si
 - No
 - No responde
- 7) hace cuánto tiempo te hiciste el último PAP
- Menos de un año
 - 1-2 años
 - 3 o mas años

➤ No se

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

➤ Si

➤ No

➤ No se

9) por qué razón te has realizado el PAP

a) interés propio

b) para proteger mi salud

c) por orden medica

d) por CPN

e) por requisito

f) para saber si tengo cáncer o infección vaginal

g) otro

10) por qué razón no te has realizado el PAP

a) Temor

b) Vergüenza

c) Falta de dinero

d) Falta de importancia

e) No dan resultados

f) Negativa del marido o compañero

g) Maltrato del marido

h) Por descuido

i) Estoy embarazada

GRACIAS POR TU COLABORACION

CUADRO N°1

Características Sociodemográficas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Características Sociodemográficas	Numero	%
Edad		
15-26	34	26.6
27-38	61	47.7
39-49	33	25.7
Estado civil		
Soltera	38	29.6
Casada	46	35.9
Acompañada	44	34.5
Religión		

Católica	61	47.7
Evangélica	53	41.4
Otra	14	10.9
Procedencia		
Urbano	60	46.9
Rural	68	53.1
Escolaridad		
Primaria	35	27.3
Secundaria	49	38.3
Técnica	13	10.2
Universidad	31	24.2
Ocupación		
Estudiantes	13	10.1
Trabajadora	65	50.8
Ama de casa	50	39.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 2

Información brindada a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016

n= 128

Característica de la información	Numero	%

¿Recibió información?		
Si	92	71.9
No	36	28.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 3

Características de la Información brindada a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou, que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016

n= 128

Característica de la información	Numero	%
Persona que dio información (*)		
Amigos	72	56.3
Brigadistas	66	51.6
Personal de salud	94	73.4
Maestros	49	38.3
Familiares	81	63.3
Fuente de información (*)		
Calle	22	17.2
Escuela	41	32

Centro de salud	113	88.3
Farmacias	69	53.9
Folleto	75	58.6
Opinión de la explicación brindada		
Me explicaron con lenguaje sencillo.	94	73.4
No entiendo lo que me explican.	34	26.6

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

CUADRO N° 4

Conocimientos acerca de la utilidad del Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil y vida sexual activa acerca el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Conocimientos sobre el PAP	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP es importante porque nos damos cuenta del estado de nuestra	120	93.3	3	2.3	5	3.9
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer en la vagina	124	96.9	3	2.3	1	0.8
El PAP es un examen que sirve para detectar cáncer de los senos	28	21.9	88	68.7	12	9.4
El PAP sirve para saber si la mujer	102	79.7	18	14.1	8	6.2

tiene infección en su genitales						
El PAP detecta a tiempo el cáncer de cuello del útero	119	92.9	5	3.9	4	3.2
El PAP detecta el SIDA	17	13.3	69	53.9	42	32.8
El PAP sirve para detectar quistes en los ovarios	50	39.1	37	28.9	41	32
El PAP produce abortos	2 8	2 1.9	2 7	2.3	3	25. 8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre que deben de realizarse el Papanicolaou según opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Solo las mujeres con alguna enfermedad vagina deben de realizárselo	36	28.2	87	67.9	5	3.9
El PAP deben realizárselo todas las mujeres desde que tienen relaciones sexuales	106	82.6	17	13.3	5	3.9

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes.

CUADRO N° 6

Conocimientos sobre la frecuencia de realización de Papanicolaou según opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

de Nindiri, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El PAP debe realizarse cada 6 meses	79	61.7	37	28.9	12	9.4
El PAP debe realizarse cada año	92	71.9	24	18.7	12	9.4

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique

CUADRO N° 7

Conocimientos acerca de la preparación de la mujer antes de la realización del Papanicolaou en mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de hacerse el PAP	21	16.4	92	71.9	15	11.7
Las mujeres pueden usar medicamentos vaginales antes de hacerse el PAP	16	12.5	97	75.8	15	11.7

La mujer debe de andar con la menstruación al hacerse el PAP	3	2.3	116	90.6	9	7.1
La mujer debe realizarse duchas vaginales antes de hacerse el PAP	18	14.2	87	67.9	23	17.9

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes.

CUADRO N° 8

Conocimientos acerca de los riesgos para padecer cáncer cervicouterino según opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016

n=128

Proposiciones	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Iniciar las relaciones muy jóvenes puede causar cáncer del cuello de la matriz	8	53.1	23	18	7	28.9
Tener muchos hijos puede causar cáncer del cuello de la matriz	39	30.5	47	36.7	42	32.8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 9

Nivel de Conocimientos de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	86	67.2
Regular	28	21.9
Malo	14	10.9

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 10

Actitud hacia el examen del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Proposiciones	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
El Papanicolaou es un examen importante para la salud de la mujer	127	99.2	0	0.0	1	0.8
Yo no aceptaría tomarme la muestra del Papanicolaou	33	25.8	10	7.8	85	66.4
Actualmente estoy dispuesta a tomarme la muestra	103	80.5	17	13.3	8	6.3
No importa el sexo de la persona que me tomara la	72	56.3	34	26.6	22	17.2

muestra para el examen						
La preocupación de realizarse el PAP es exclusivamente de la mujer	97	75.8	17	13.3	14	10.9
La preocupación de realizarse el PAP debe de ser de la pareja	97	75.8	17	13.3	14	10.9
La religión influye en mi decisión de realizarme el PAP	78	60.9	17	13.3	33	25.8
Entre mayor sea el nivel de educación de la mujer esta se realizará el examen con mayor facilidad	81	63.3	13	10.2	34	26.6
Principalmente las personas de la ciudad deben de hacerse el PAP en comparación con las del campo	34	26.6	13	10.2	81	63.3
El compañero o la familia debe de influir en la decisión de la mujer para realizarse el PAP	37	28.9	13	10.2	78	60.9
Solo las mujeres con muchos compañeros sexuales deberán de realizarse el PAP	24	18.8	10	7.8	94	73.4
El PAP debe hacerse únicamente cuando sea un requisito en la consulta	18	14.1	17	13.3	93	72.7
El PAP no deben de realizárselo las mujeres que usan algún método anticonceptivo	31	24.2	20	15.6	77	60.2
El PAP no debemos de realizarlo porque produce sangrados	15	11.7	22	17.2	91	71.1
Todas las mujeres deben de	74	57.8	18	14.1	36	28.1

realizárselo antes de tener un hijo						
Solo las mujeres que tienen muchos hijos deben de realizarse el PAP	22	17.2	15	11.7	91	71.1
El PAP es doloroso por eso no me lo hago	37	28.9	18	14.1	73	57.0
Las mujeres embarazadas no deben de hacerse el PAP porque produce abortos	43	33.6	36	28.1	49	38.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

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

CUADRO N° 11

Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	71	55.4
Indeciso	42	32.9
Desfavorable	15	11.7

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 12

Antecedentes de realización de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 128

¿Te has realizado el Papanicolaou?	N°	%
SI	121	94.5
NO	7	5.5

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 13

Edad de realización de la primera toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

¿A qué edad te realizaste tu primer Papanicolaou?	N°	%
15-26 años	93	76.9
27-38 años	24	19.8
39-49 años	4	3.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 14

Número de Papanicolaou realizados en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

Cuántos Papanicolaou te has realizado	N°	%
uno	19	15.7
dos	13	10.7
más de dos	89	73.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud de Nindirí

CUADRO N° 15

Frecuencia de realización de toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

¿Con qué frecuencia te has realizado el Papanicolaou?	N°	%
cada 2 años	27	22.3
cada 3 meses	9	7.4
cada 6 meses	36	29.8
cada año	49	40.5

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 16

Tiempo de realización del último Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

¿Hace cuánto tiempo te hiciste el último Papanicolaou?	N°	%
1 a 2 años	28	23.1
3 o más años	20	16.5
menos de un año	68	56.2
no sé	5	4.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 17

Obtención de los resultados de la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

¿Obtuviste los resultados del Examen de Papanicolaou?	N°	%
SI	102	84.3
NO	19	15.7

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 18

Intención de realización de Papanicolaou en el futuro en las mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

Te harías en un futuro el examen del Papanicolaou	N°	%
SI	109	90.1
NO	8	6.7
NO RESPONDE	4	3.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 19

Nivel de Prácticas de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n=128

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	99	77.3
Regular	15	11.7
Mala	14	11.0

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 20

Razones por las cuales se han realizado el Papanicolaou de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 121

Razones de realización del PAP (*)	N°	%
Para proteger la salud	98	80.9
Por orden medica	77	63.6
Para saber si tengo cáncer	46	38.0
Por interés propio	68	56.2
Por control prenatal	104	86.0
Para cumplir un requisito	16	13.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

(*) Algunas pacientes indicaron más de una respuesta.

CUADRO N° 21

Razones por las cuales NO se han realizado el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n = 7

Razones de NO realización del PAP (*)	N°	%
Temor	7	100
Vergüenza	7	100
Por descuido	6	85.7

Falta de importancia	3	42.8
Embarazada no le han dicho	4	57.1
Maltrato del marido	6	85.7
Negativa del marido	5	71.4
No dan resultados	7	100

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

(*) Algunas pacientes indicaron más de una respuesta.

CUADRO N° 22

Características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre el Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26	23	67.6	8	23.5	3	8.9
27-38	42	68.9	13	21.3	6	9.8
39-49	21	63.6		21.2	5	15.2

Estado civil						
Soltera	24	63.2	11	28.9	3	7.9
Casada	32	69.6	9	19.6	5	10.8
Acompañada	30	68.2	8	18.2	6	13.6
Ocupación						
Estudiante	4	30.8	5	8.4	4	30.8
Trabajadora	45	69.2	14	1.5	6	9.3
Ama de casa	37	74.0	9	8.0	4	8.0
Religión						
Católica	42	68.9	12	9.7	7	11.4
Evangélica	38	71.7	11	20.8	4	7.5
Otra	6	42.9	5	35.7	3	21.4
Escolaridad						
Primaria	24	68.6	7	0.0	4	11.4
Secundaria	33	67.3	10	20.4	6	12.3
Técnico	8	61.5	3	23.1	2	15.4
Universidad	21	67.7	8	25.8	2	6.5
Procedencia						
Urbano	51	85.0	6	10.0	3	5.0
Rural	35	51.5	22	32.4	11	16.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N ° 23

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud de Nindirí, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

Características Sociodemográficas	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15 – 26	7	50.0	2	35.3	5	14.7
27 – 38	8	62.3	9	1.1	6	6.6
39 – 49	6	48.5	1	3.3		18.2

Estado civil						
Soltera	2	31.6	7	4.7	9	23.7
Casada	0	5.1	3	8.3	3	6.6
Acompañada	9	5.9	12	7.3	3	6.8
Ocupación						
Estudiante	3	23.1	6	6.2	4	30.7
Trabajadora	9	0.0	19	9.2	7	10.8
Ama de casa	9	8.0	7	4.0	4	8.0
Religión						
Católica	40	65.6	12	19.7	9	14.7
Evangélica	22	41.5	27	50.9	4	7.6
Otra	9	64.3	3	21.4	2	14.3
Escolaridad						
Primaria	16	45.7	15	42.9	4	11.4
Secundaria	38	77.6	7	14.3	4	8.1
Técnico	7	53.8	5	38.5	1	7.7
Universidad	10	32.3	15	48.4	6	19.3
Procedencia						
Urbano	42	70.0	14	23.3	4	6.7
Rural	29	42.6	28	41.2	11	16.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N ° 24

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

Características sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-26 años	25	73.6	6	7.6	3	8.8
27-38 años	52	85.2	5	8.2	4	6.6
39-49 años	22	66.7	4	12.1	7	21.2

Estado civil						
Soltera	29	76.3	3	7.9	6	15.8
Casa	39	84.8	4	8.7	3	6.5
Acompañada	31	70.5	8	18.2	5	11.3
Ocupación						
Estudiante	7	53.8	3	23.1	3	3.1
Trabajadora	54	83.1	6	9.2	5	7.7
Ama de casa	38	76.0	6	12.0	6	12.0
Religión						
Católica	53	86.8	4	6.6	4	6.6
Evangélica	38	71.7	8	15.1	7	13.2
Otra	8	57.2	3	21.4	3	21.4
Escolaridad						
Primaria	29	82.8	3	8.6	3	8.6
Secundaria	38	77.6	7	14.3	4	8.1
Técnico	7	53.8	2	15.4	4	30.8
Universidad	25	80.6	3	9.7	3	9.7
Procedencia						
Urbano	55	91.7	3	5.0	2	3.3
Rural	44	64.8	12	17.6	12	17.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 25

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre el Papanicolaou de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisne, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

n= 128

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	59	68.6	17	19.8	10	11.6
REGULAR	17	44.7	19	50.0	2	5.3

MALO	10	52.6	6	31.6	3	15.8
------	----	------	---	------	---	------

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

CUADRO N° 26

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre el Papanicolaou de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud de Nindirí, Departamento de Masaya en el período comprendido del 1ro de julio al 30 de septiembre del 2016.

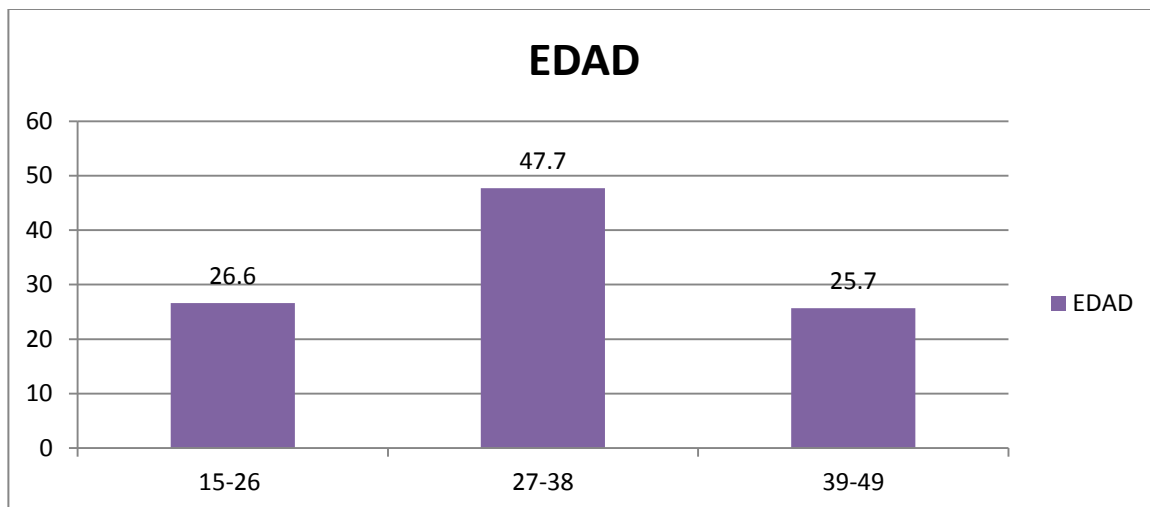
n= 128

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	77	89.5	4	4.7	5	5.8
REGULAR	12	42.9	9	32.1	7	25.0
MALO	10	71.4	2	14.3	2	14.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes

Gráfico N° 1

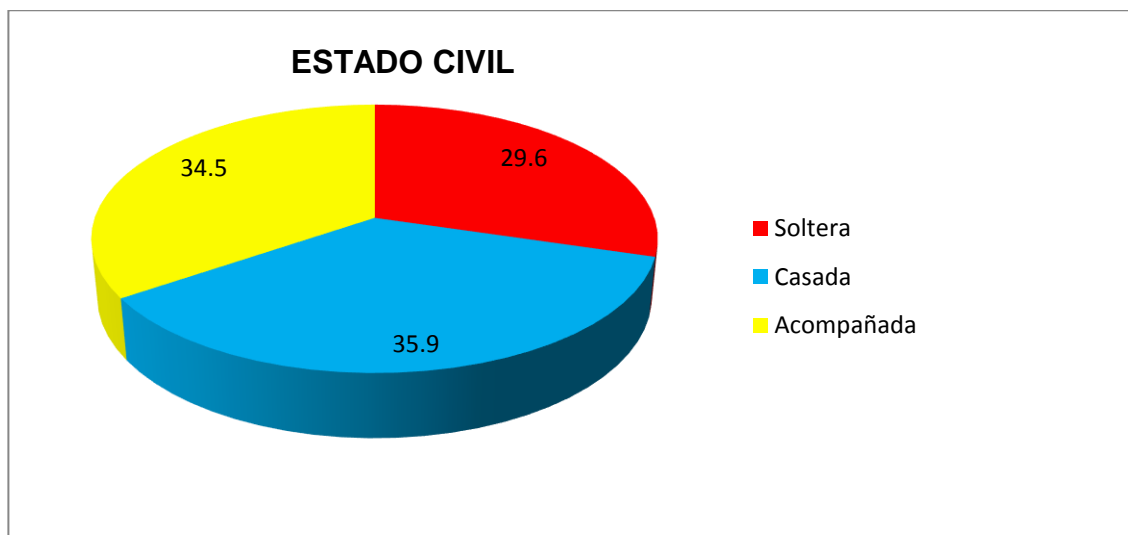
Edad de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa acerca de la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 2

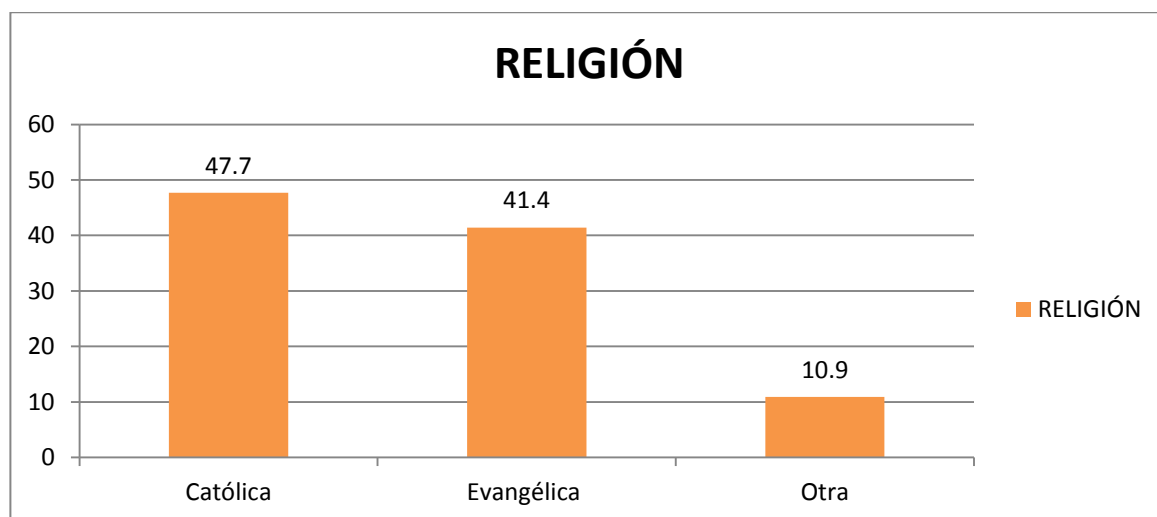
Estado Civil de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 3

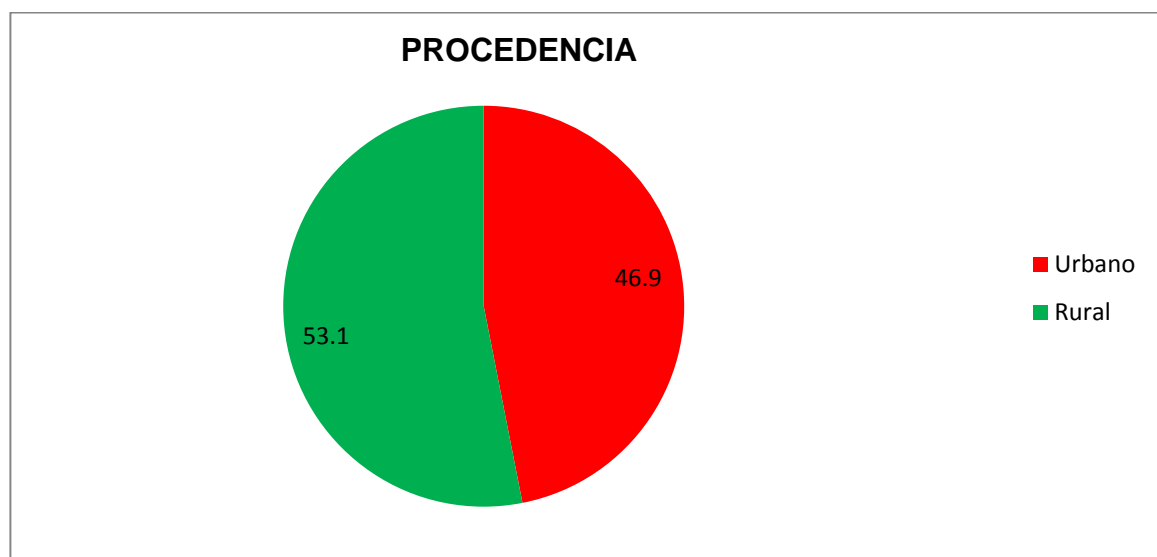
Religión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 4

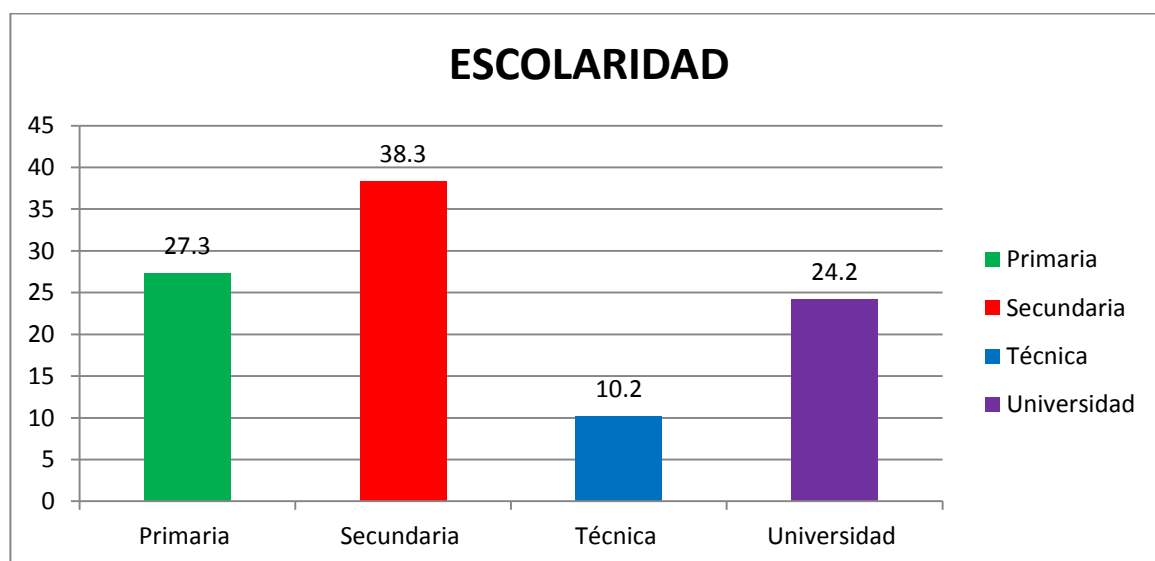
Procedencia de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre el Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 5

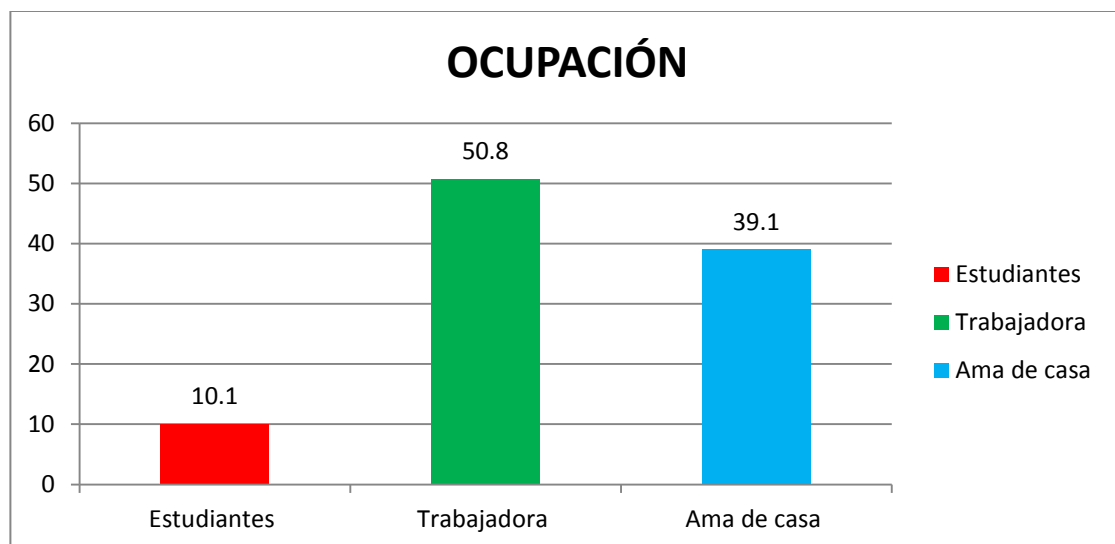
Escolaridad de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 6

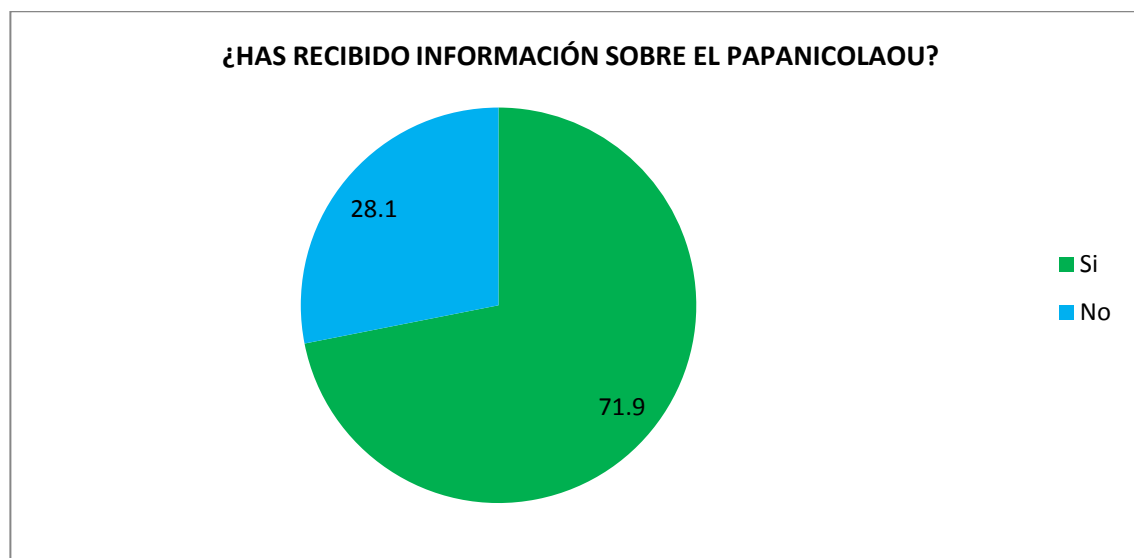
Ocupación de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N°1

Gráfico N° 7

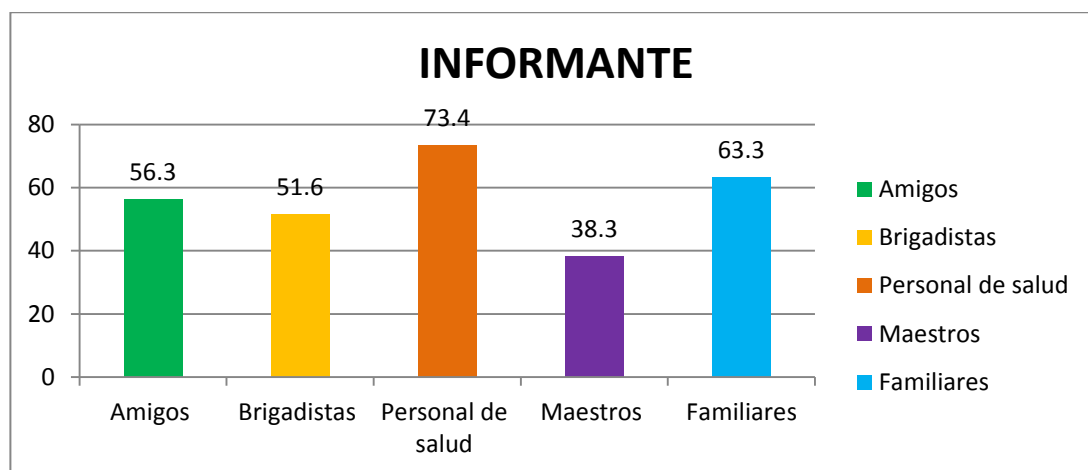
Antecedentes de Recibir la información brindada a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 8

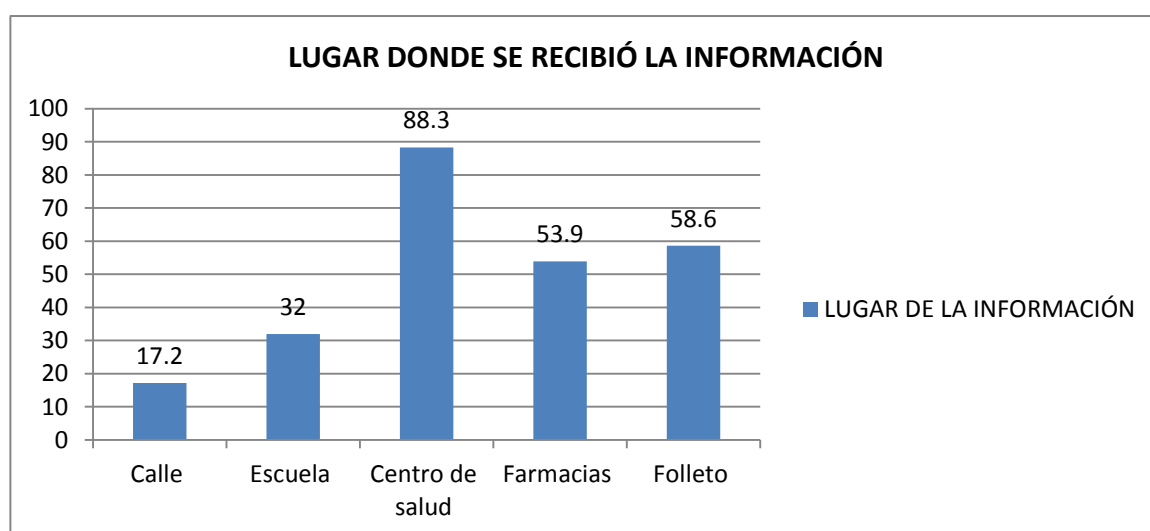
Persona que brindó la Información a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 3

Gráfico N° 9

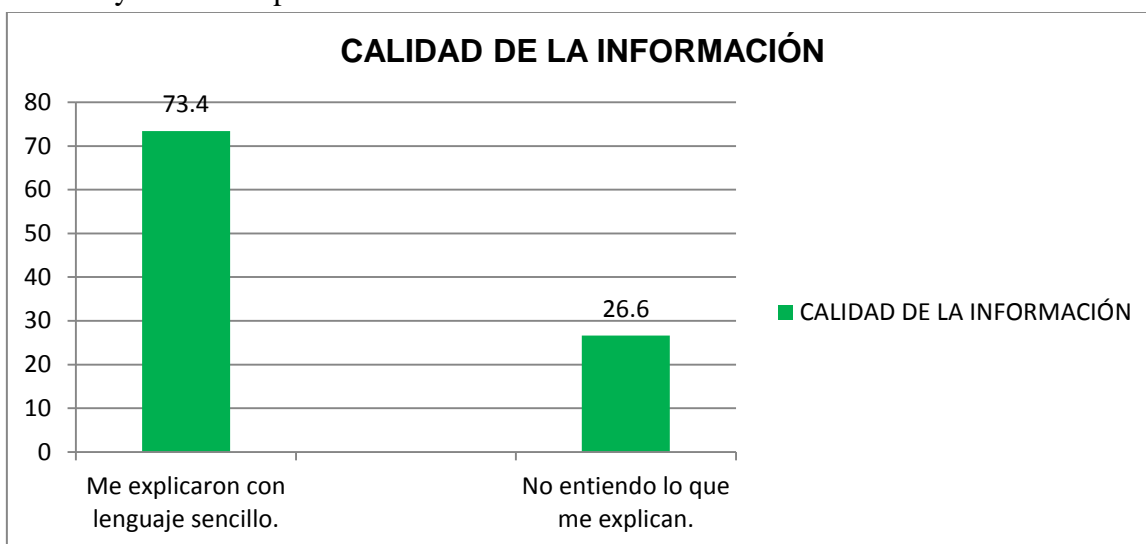
Lugar donde recibieron la Información las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 3

Gráfico N° 10

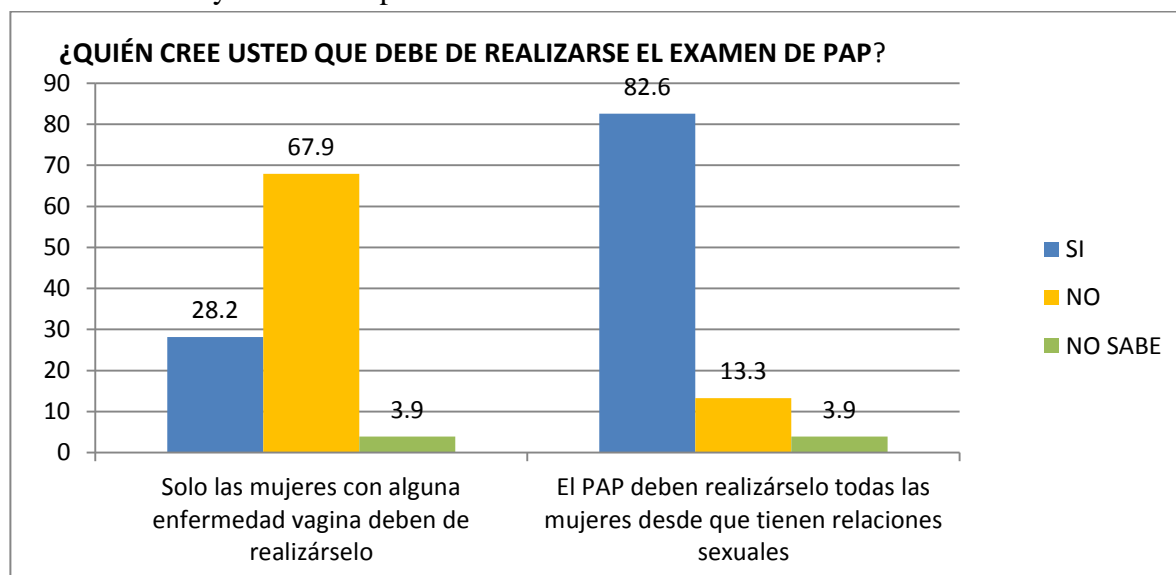
Calidad de la Información obtenida por las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 3

Gráfico N° 11

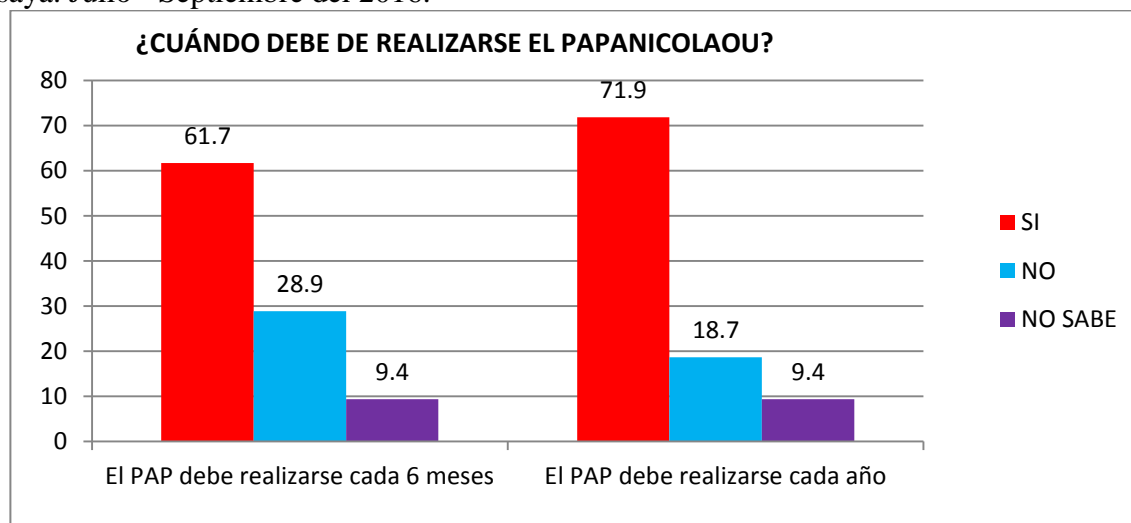
Conocimientos sobre las personas que deben realizarse el Papanicolaou de acuerdo a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al centro de salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 5

Gráfico N° 12

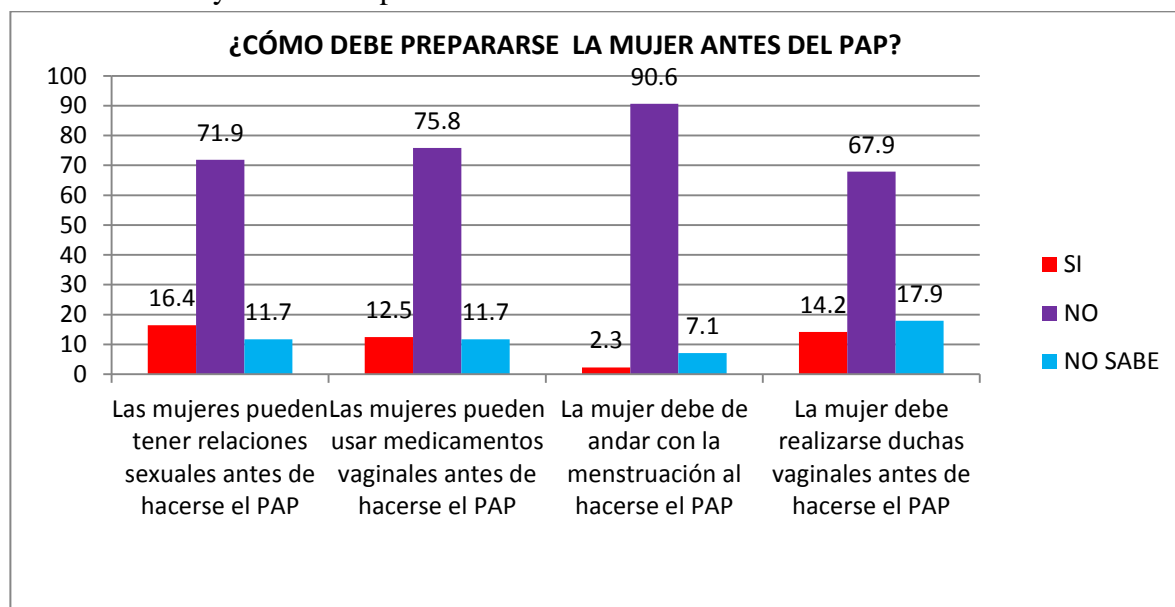
Conocimientos sobre la Frecuencia de Realización del Papanicolaou en mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al centro de salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 6

Gráfico N° 13

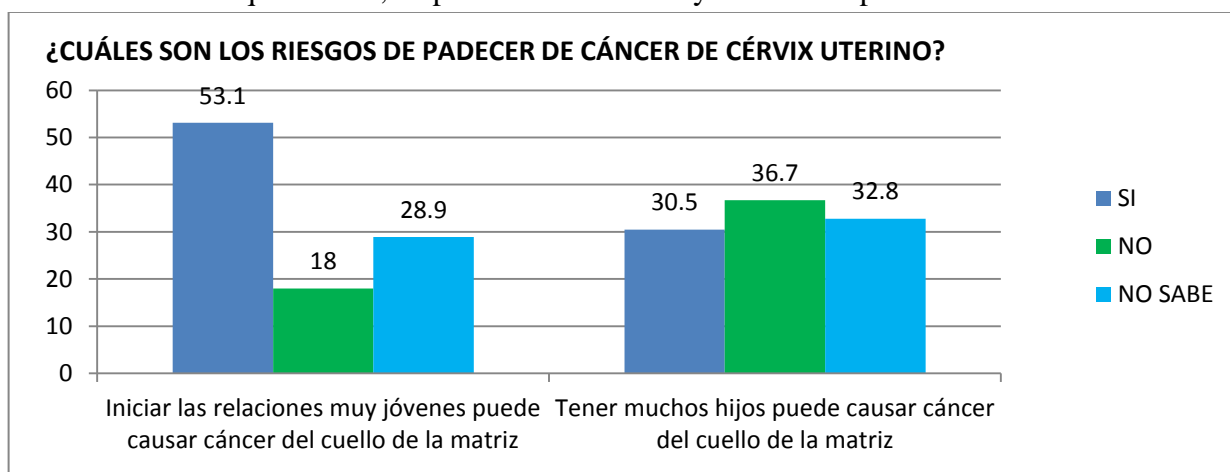
Conocimientos acerca de la preparación de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa antes de la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 7

Gráfico N° 14

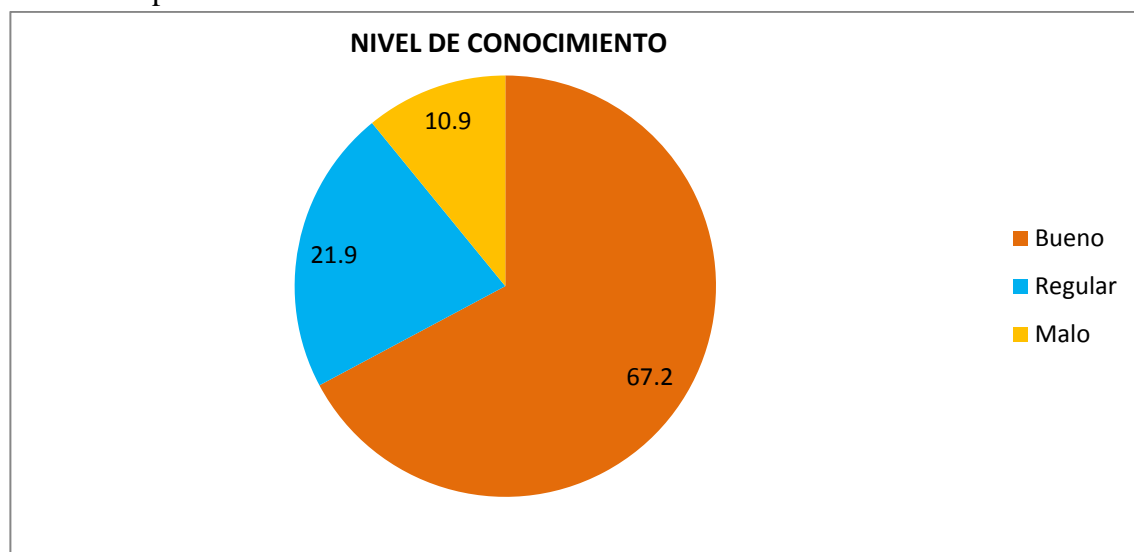
Conocimientos acerca de la Riesgos de padecer Cáncer según la opinión de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 15

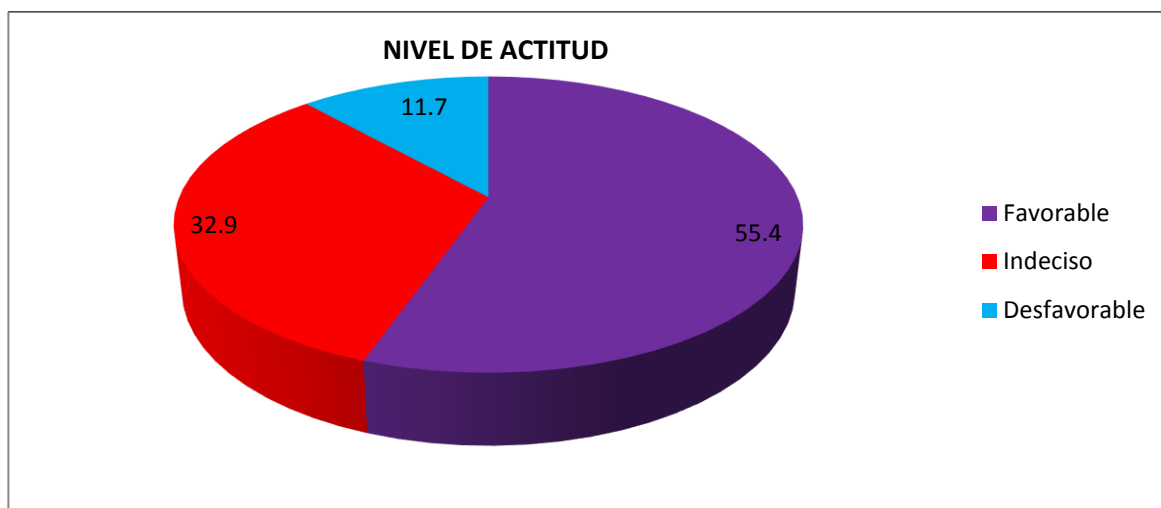
Nivel de Conocimientos de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 9

Gráfico N° 16

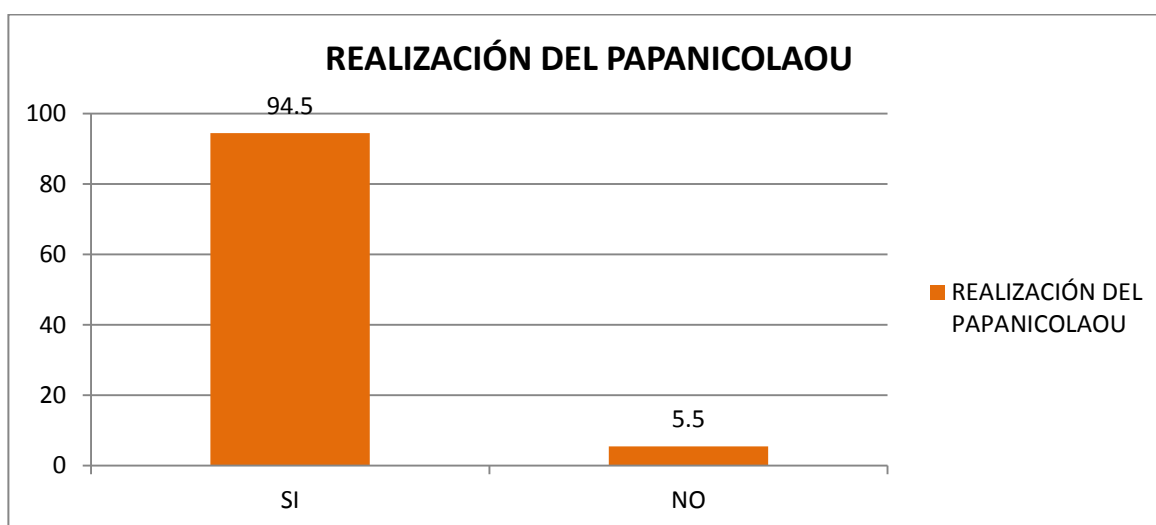
Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa sobre la toma del Papanicolaou que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 17

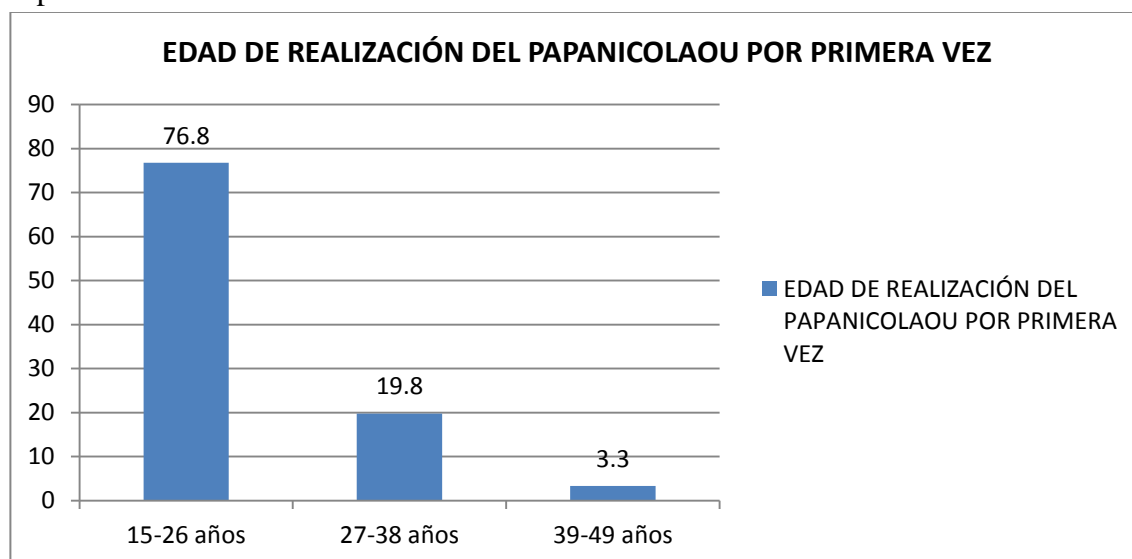
Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 18

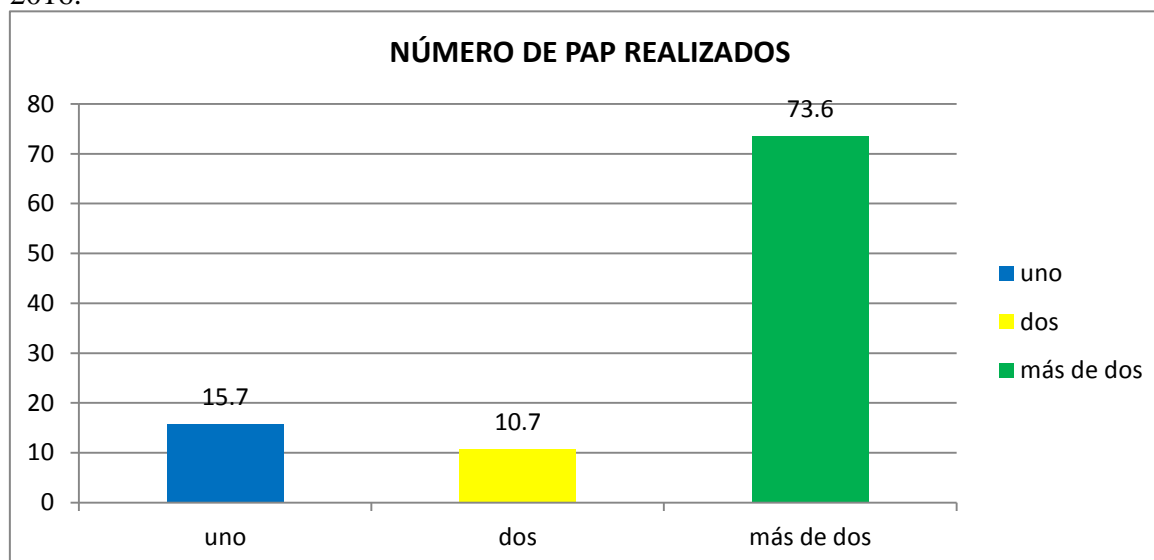
Edad de Realización de Papanicolaou por primera vez en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 19

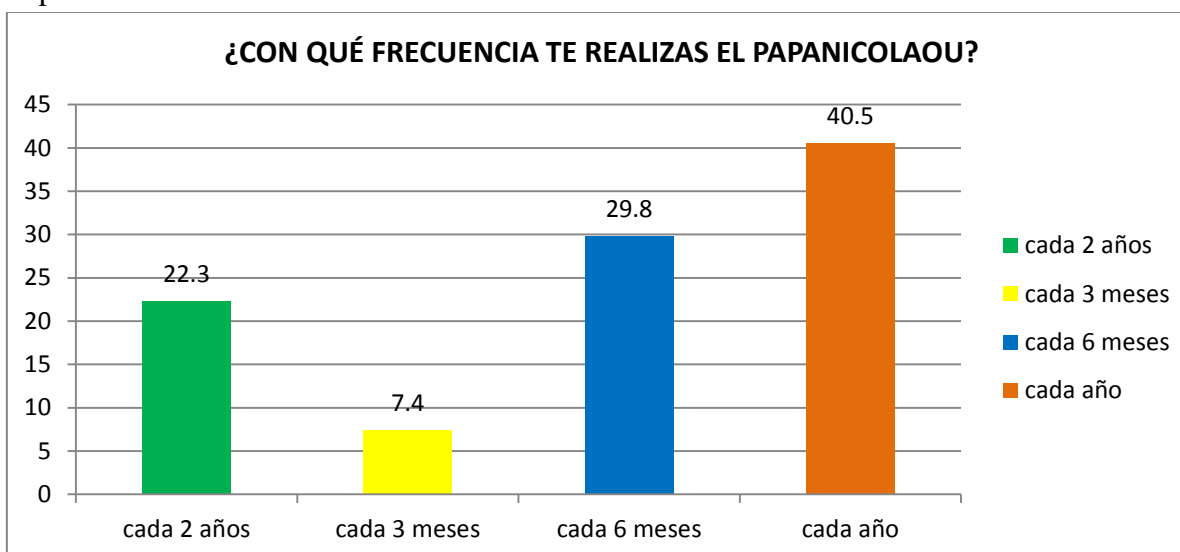
Número de Papanicolaou realizados a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 14

Gráfico N° 20

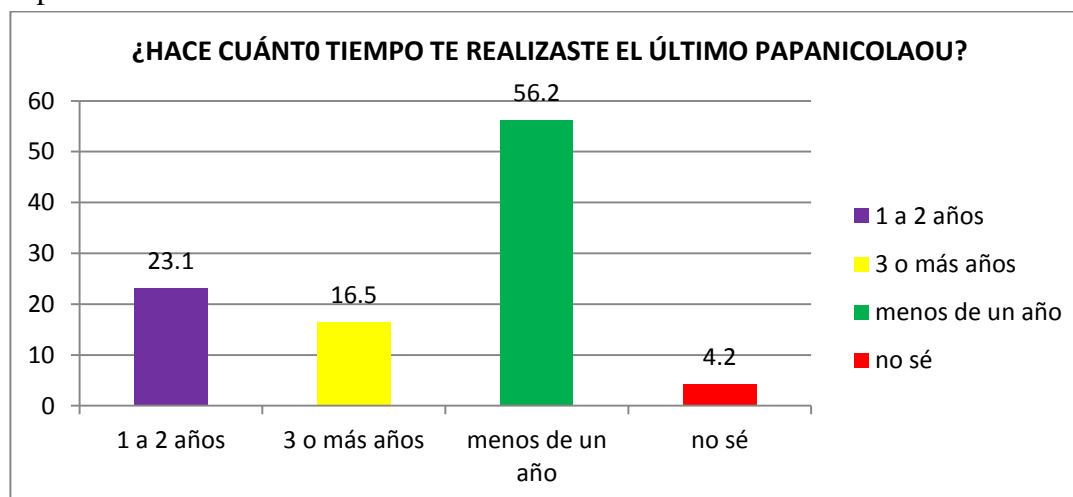
Frecuencia de Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 15

Gráfico N° 21

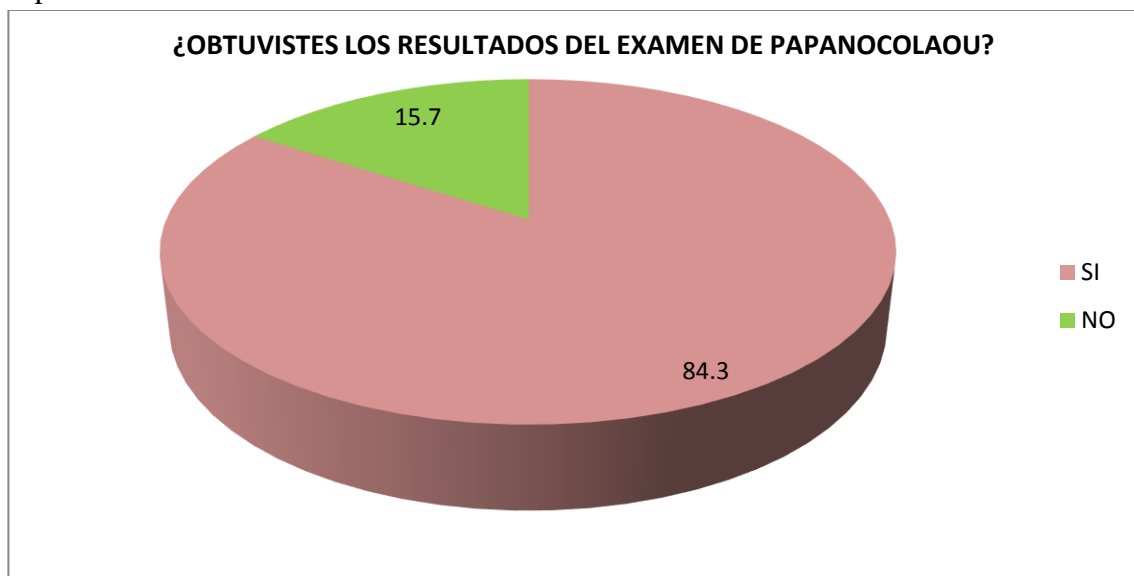
Tiempo de Realización del Ultimo Papanicolaou realizado a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 16

Gráfico N° 22

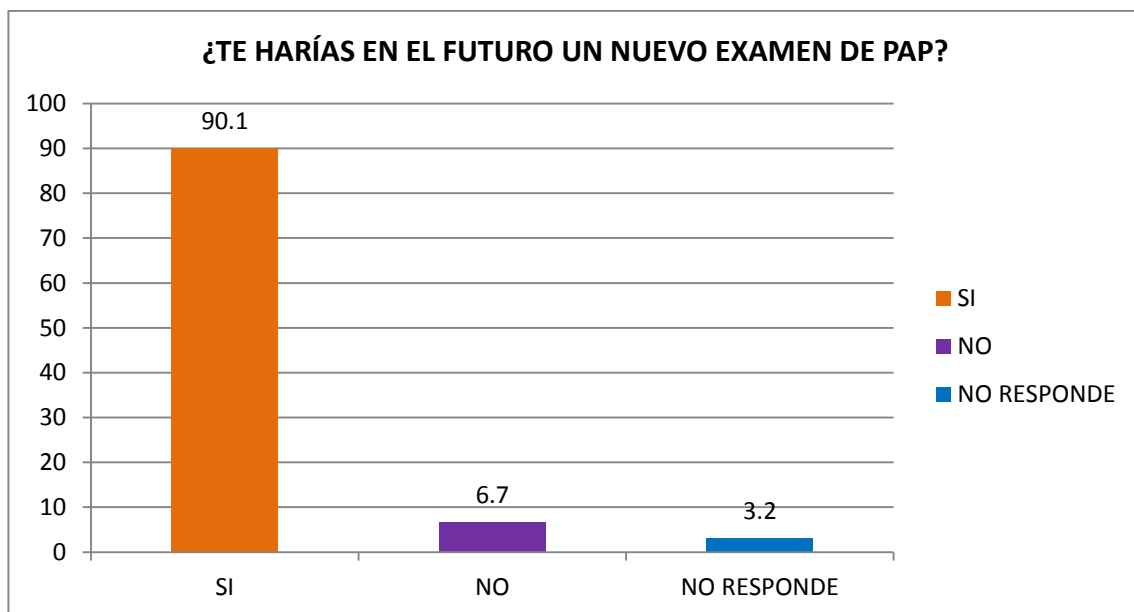
Obtención de los Resultados del Papanicolaou realizado a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 17

Gráfico N° 23

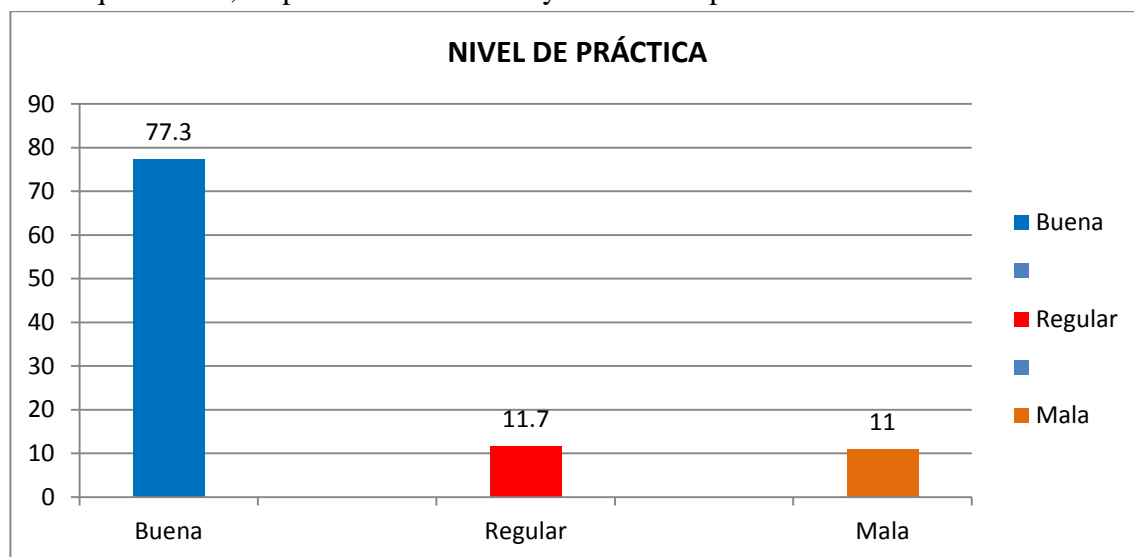
Realización de un nuevo examen de Papanicolaou a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 18

Gráfico N° 24

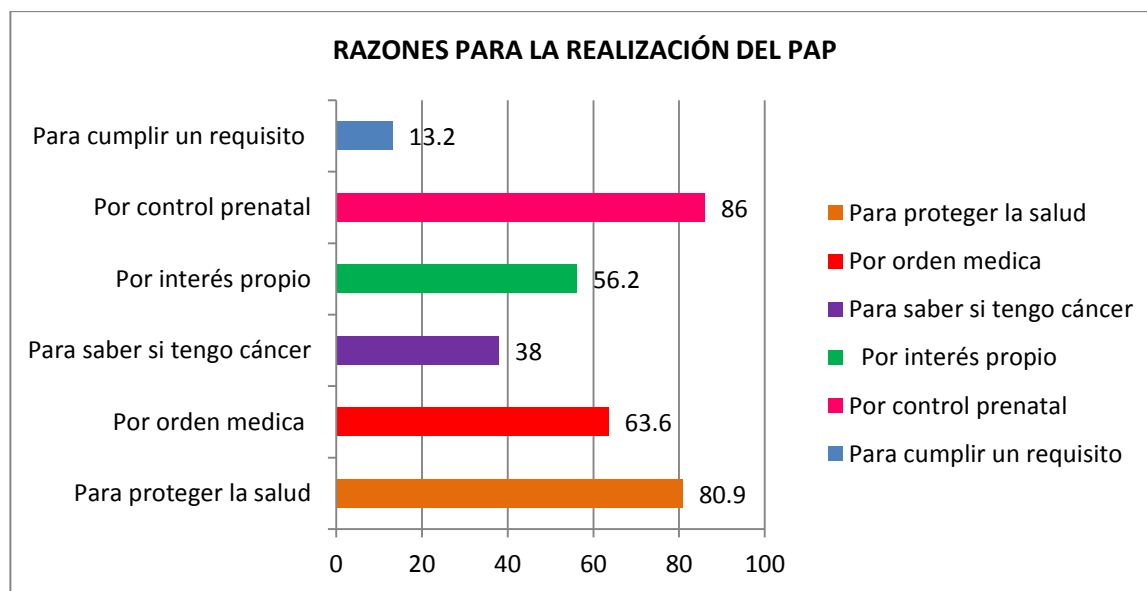
Nivel de Práctica de las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 19

Gráfico N° 25

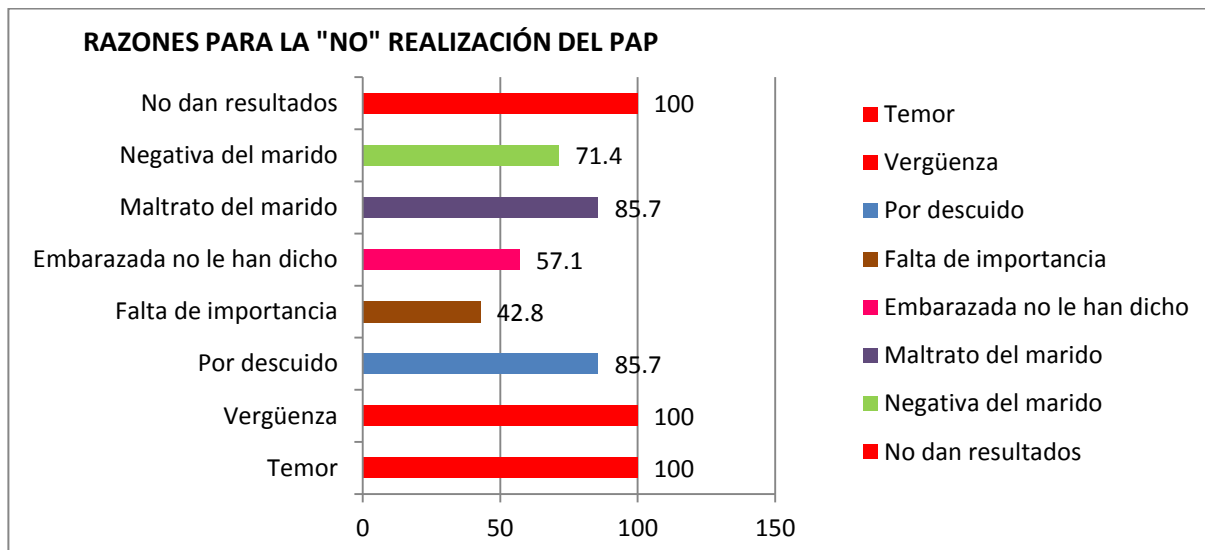
Razones para la Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 26

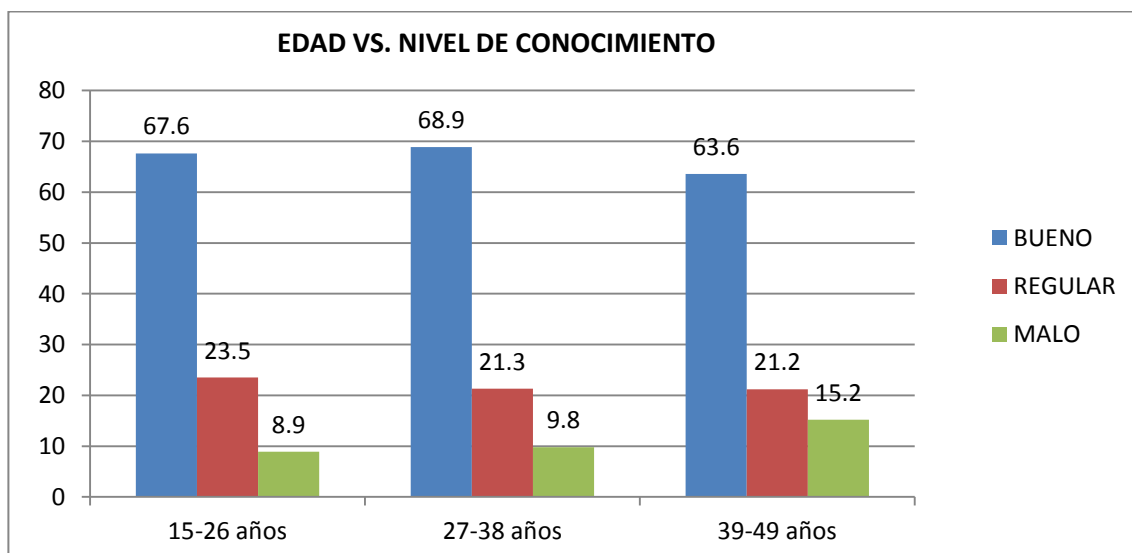
Razones para la NO Realización de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 27

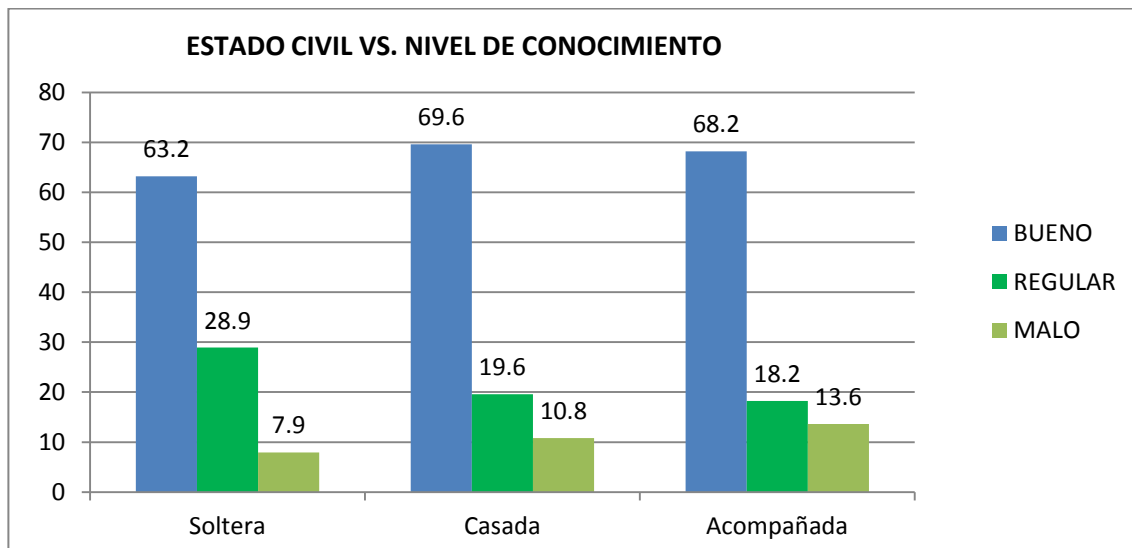
Edad versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 28

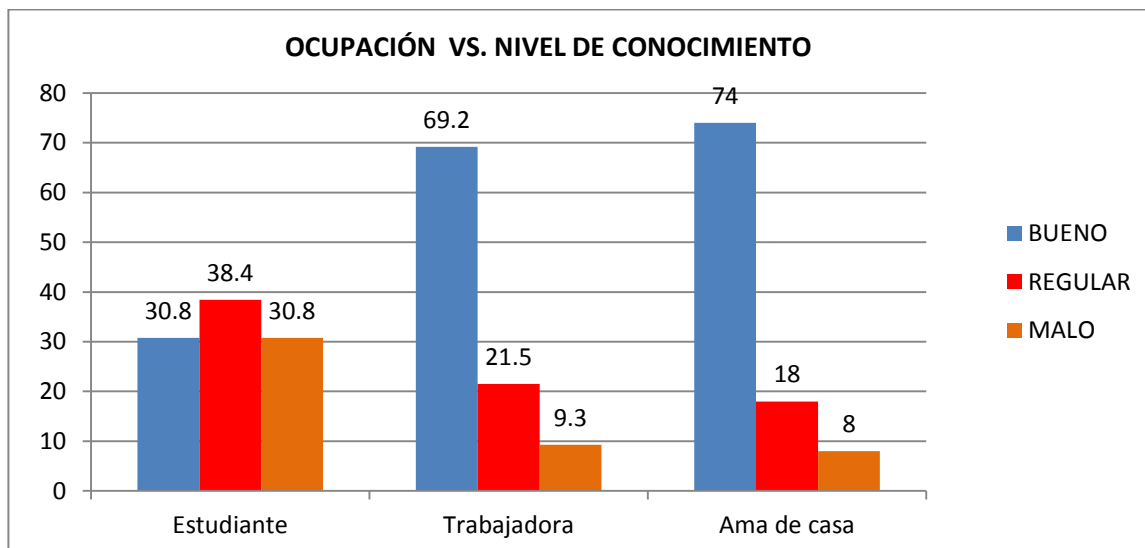
Estado Civil versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 29

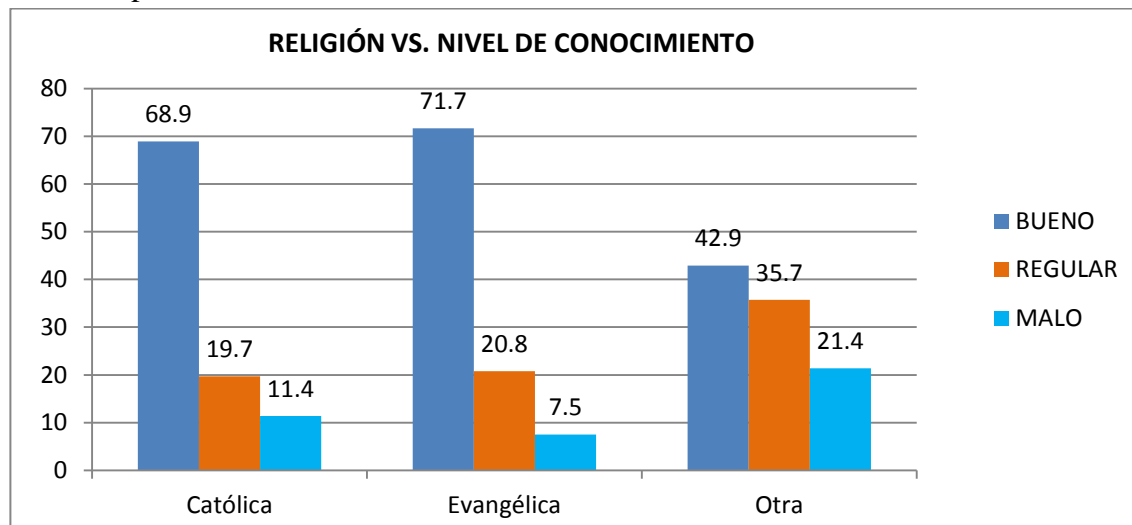
Ocupación versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 30

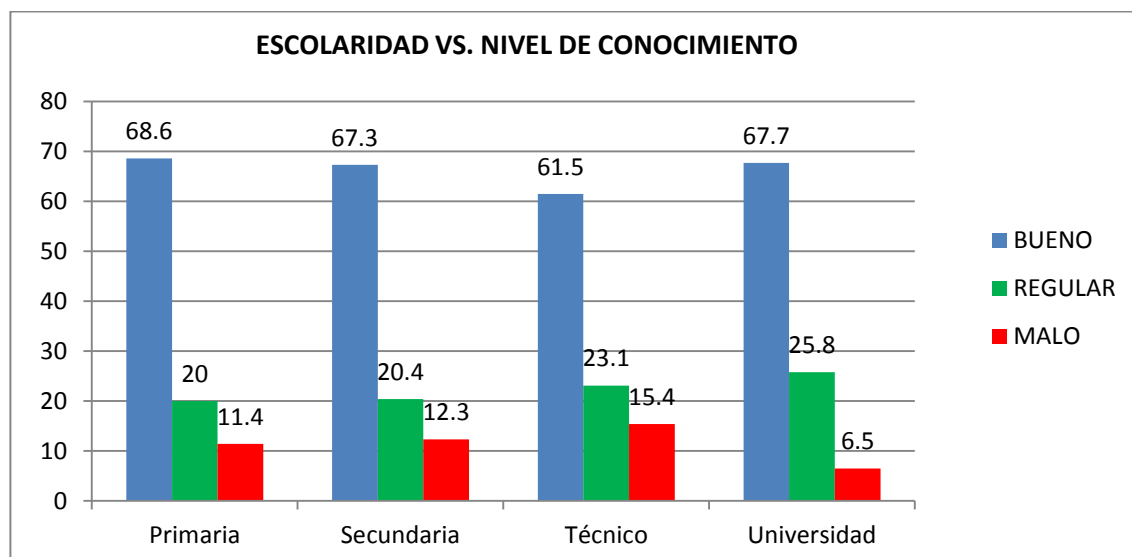
Religión versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 31

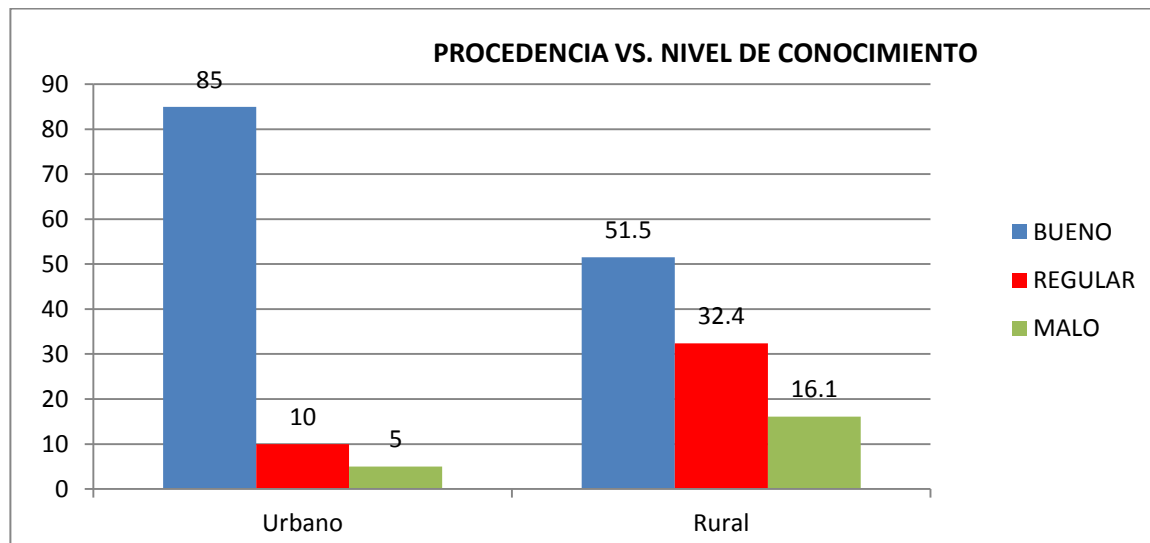
Escolaridad versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 32

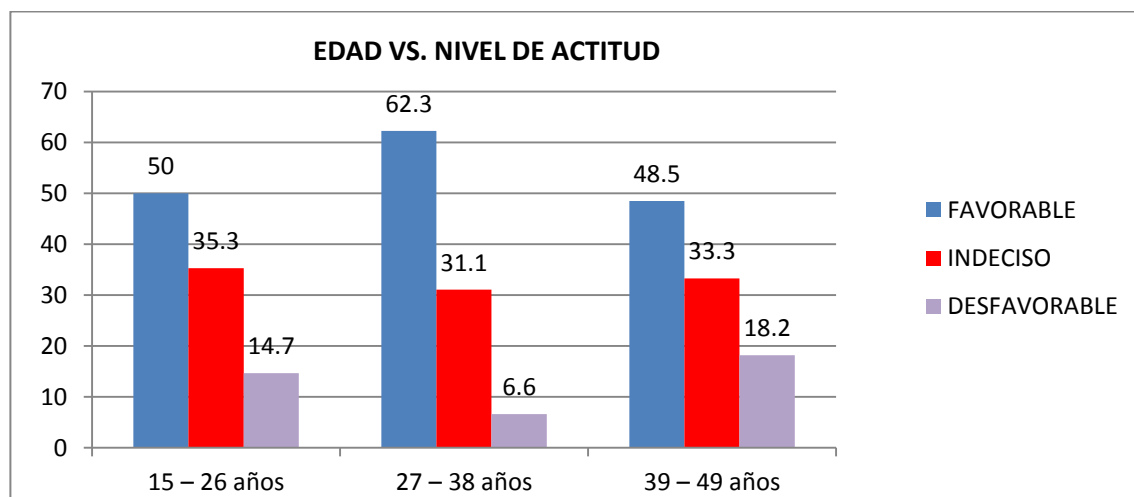
Procedencia versus Nivel de Conocimiento en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 33

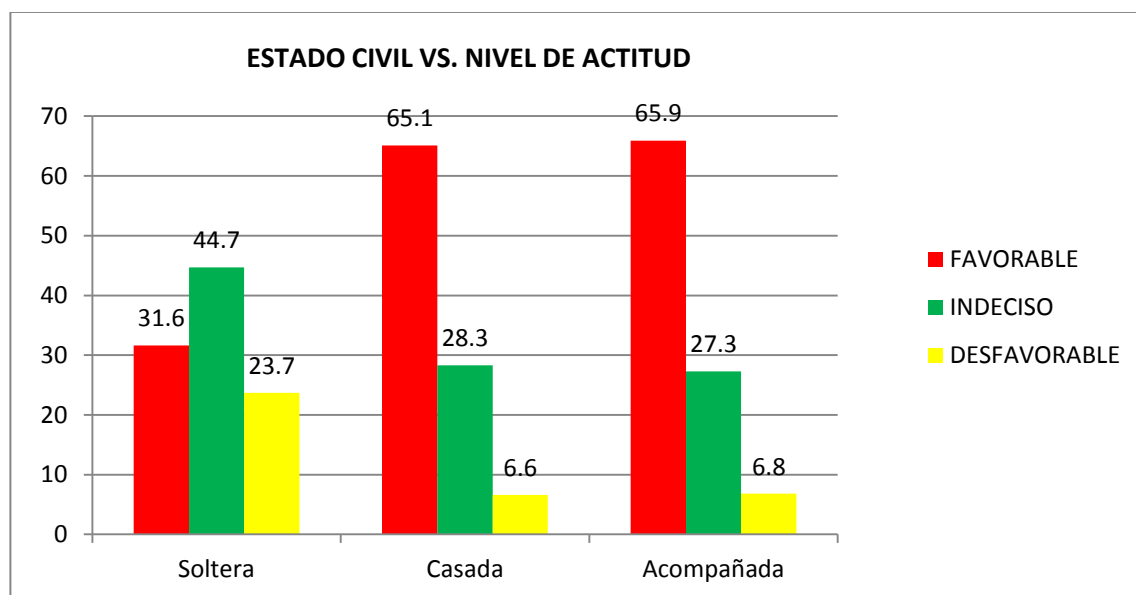
Edad versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 34

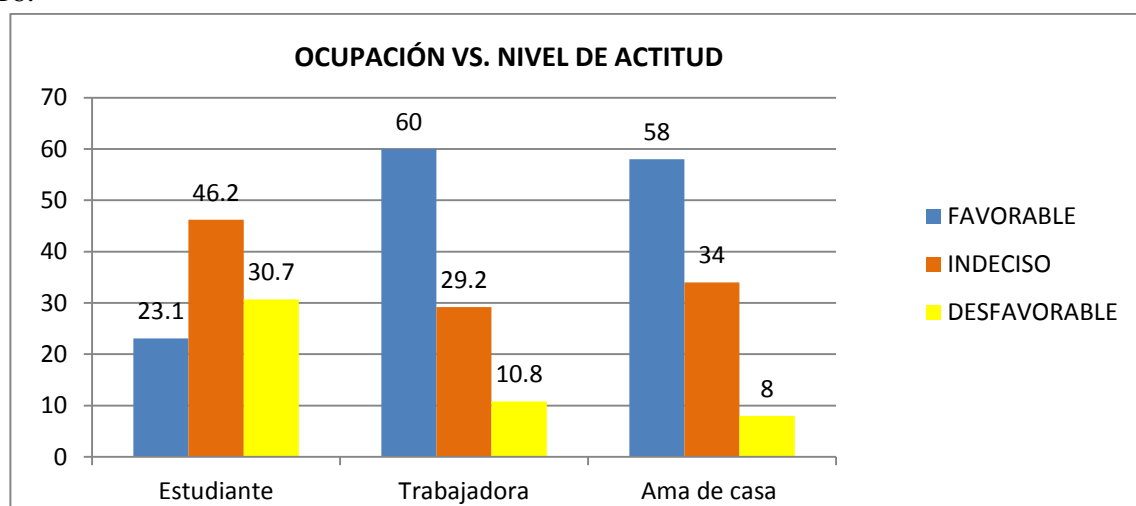
Estado Civil versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 35

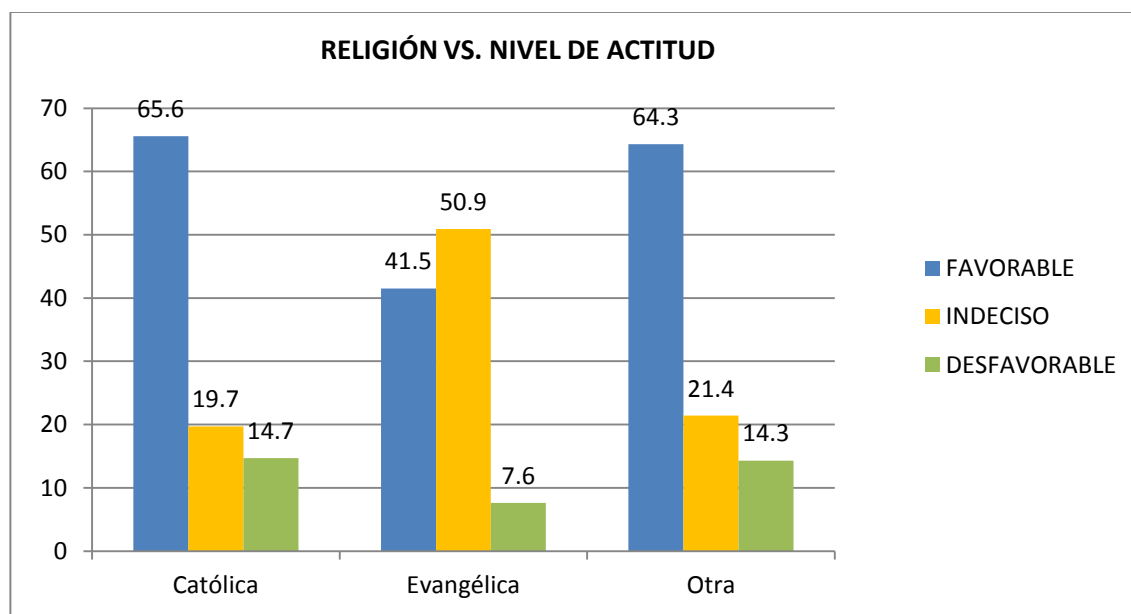
Ocupación versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 36

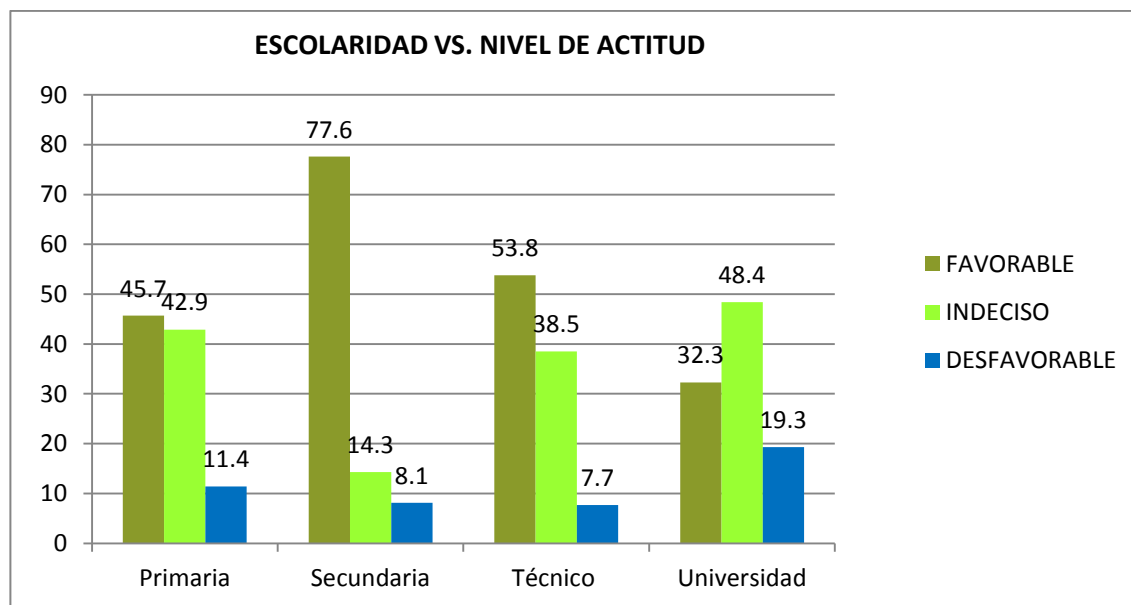
Religión versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 37

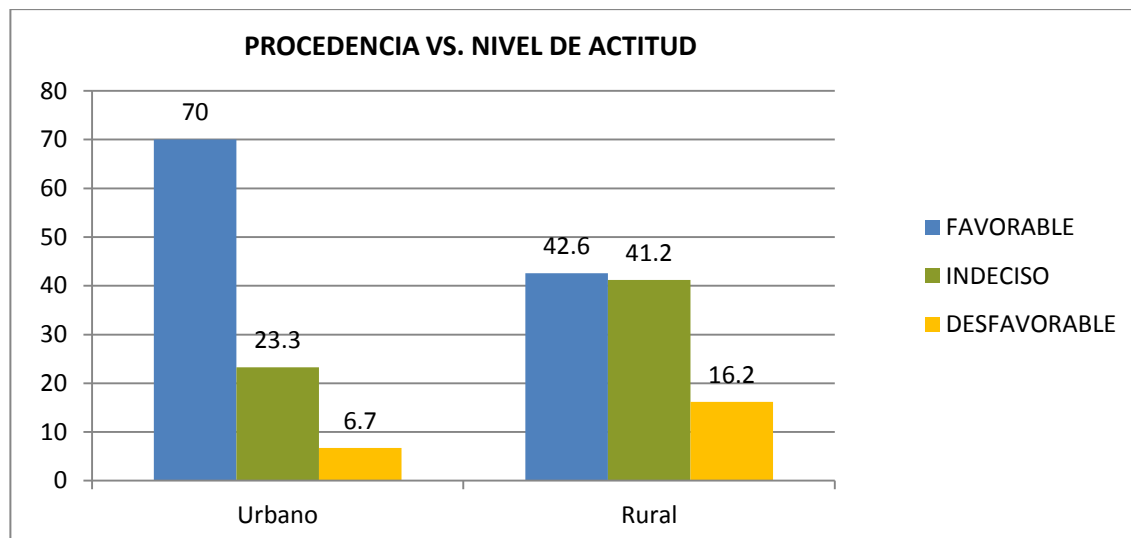
Escolaridad versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 38

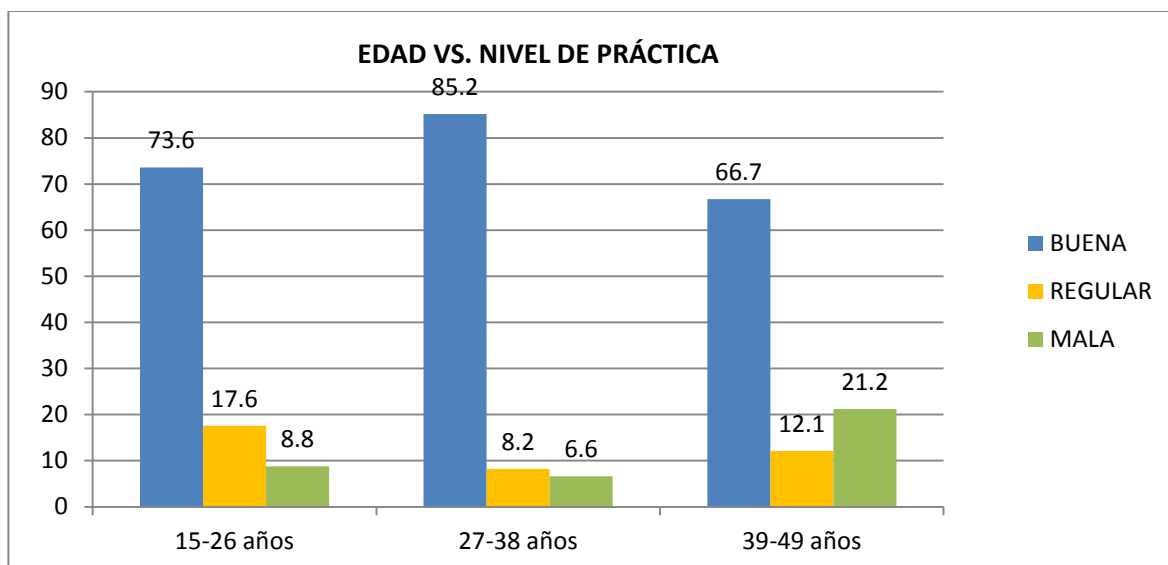
Procedencia versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 39

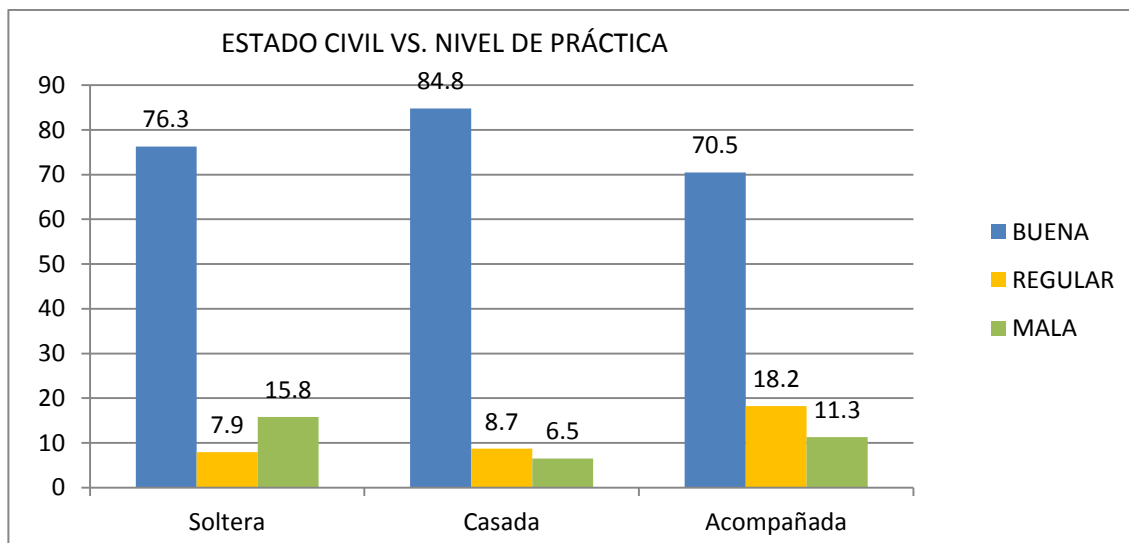
Edad versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 40

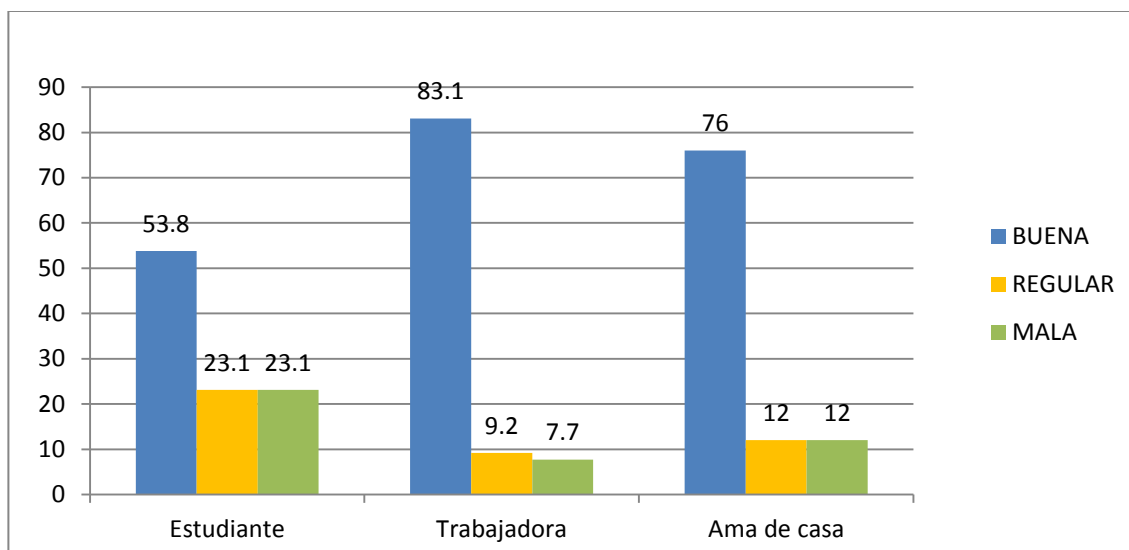
Estado Civil versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 41

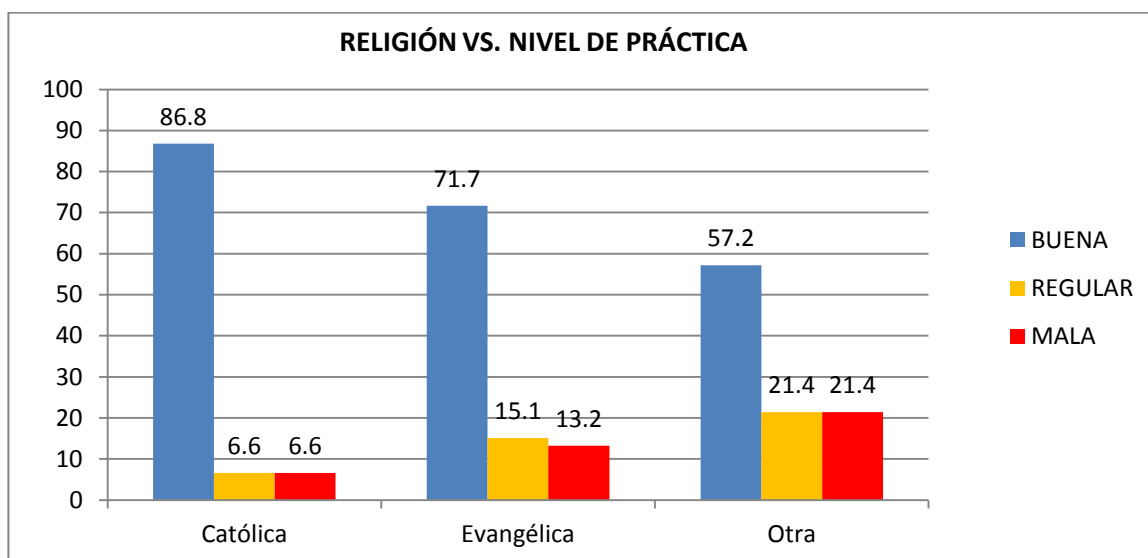
Ocupación versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 42

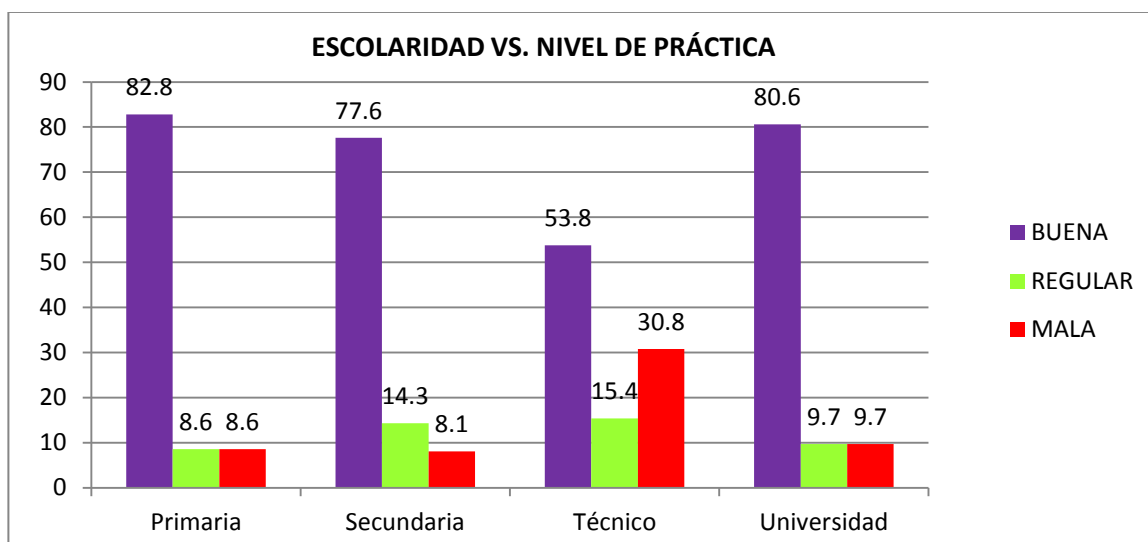
Religión versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 43

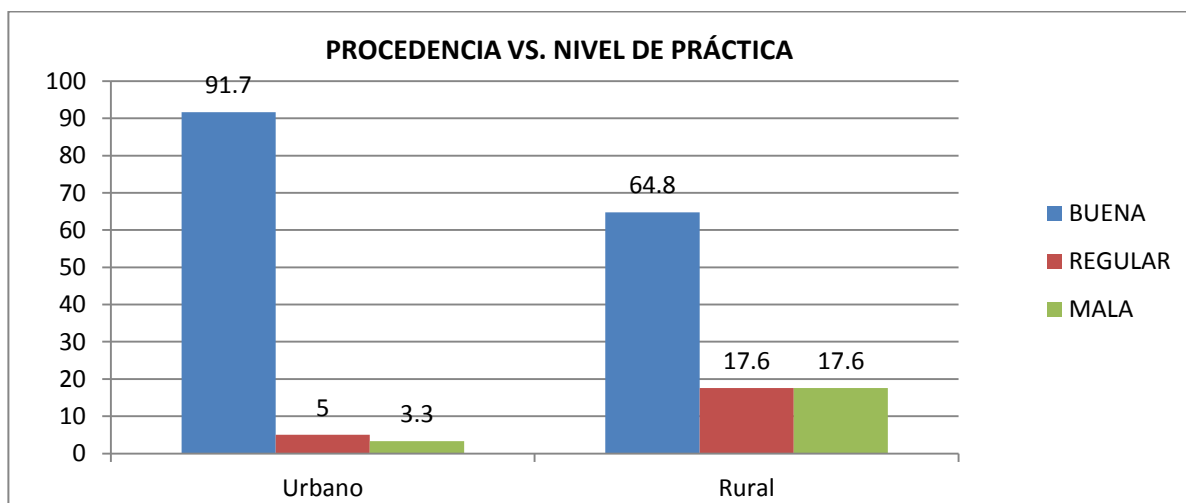
Escolaridad versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 44

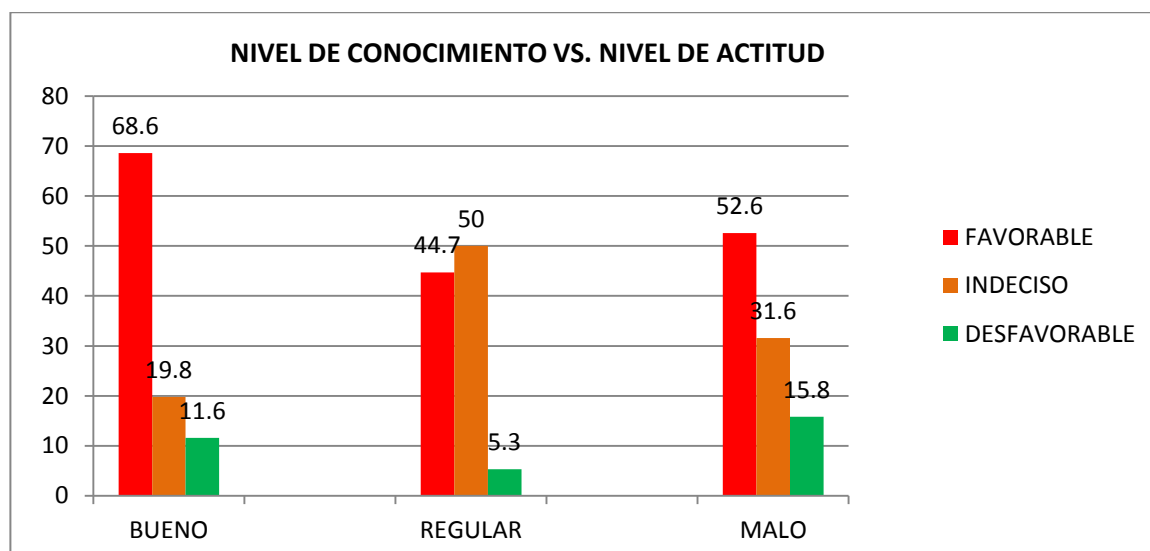
Procedencia versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 45

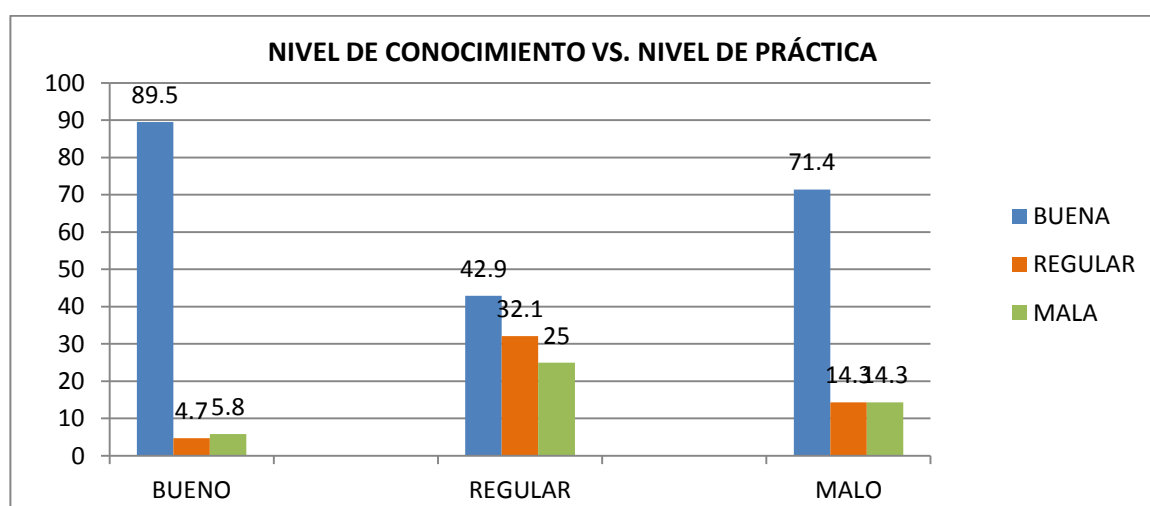
Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 25

Gráfico N° 46

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa que asisten al Centro de Salud Enrique Cisnes, Departamento de Masaya. Julio - Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 26

Glosario

ASC-H: (atypical squamous cells - cannot exclude HSIL) significa células escamosas atípicas en las que no se puede descartar la presencia de lesiones de alto grado.

ASC-US: (atypical squamous cells of Undetermined Significance), indica una atipia de las células escamosas de significado indeterminado que puede ser lesión de bajo grado, pero sin certeza.

Atipia Celular: Alteraciones que afectan a la forma de las células, a su tamaño y al proceso de división de las mismas. En otras palabras, es un cambio en la morfología celular normal.

LIE de Bajo Grado: Lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino. La lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado no es cáncer y, en la mayoría de los casos la lesión desaparece por sí sola, sin necesidad de tratamiento alguno.

Adenocarcinomas: Tumor maligno de un epitelio glandular.

Atrofia: Detención en el crecimiento o falta de desarrollo de un órgano, miembro, u organismo.

Benigno: Que es propicio, adecuado o favorable.

Biopsia: Extracción y examen de tejidos, células o líquidos de un cuerpo vivo con intenciones diagnósticas.

Cacu: Cáncer cérvico uterino.

Cáncer: Enfermedad en la que las células de varios tejidos del cuerpo inician una proliferación descontrolada y con frecuencia veloz.

Cáncer cérvico uterino: Es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino, es una clase común de cáncer en la mujer.

Carcinoma: Forma de cáncer maligno que se origina en las células epiteliales y que se puede extender a otros tejidos

Células endometriales: Células de la capa interna del útero.

Cérvix: El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibro muscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, y es un componente anatómico exclusivo de la hembra en los mamíferos.

Citología cervical: Prueba de Papanicolaou o frotis de PAP es una prueba microscópica de células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino.

Coilocito: Es un tipo de célula hallada en lesiones precancerosas cervicales. También es común apreciarla microscópicamente en lesiones reaccionales en la mucosa oral, debido a su similitud con la mucosa vaginal, en enfermedades como papilomas o en condiloma acuminado.

Coilocitosis: Células del epitelio cervical con un halo peri nuclear típico secundario a la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Su presencia determina el diagnóstico de lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL) en la patología cervical e indica la infección de las células por el VPH.

Colposcopia: Exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello del útero mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes

Conización: Es un procedimiento terapéutico-diagnóstico mediante el cual se practica en el cuello uterino una incisión en forma de cono, utilizando bisturí quirúrgico o radiocirugía, para hacer la exéresis de procesos patológicos que engloben tanto el exocérvix como el endocérvix, de etiología variada.

Crioterapia: f. terap. Empleo terapéutico del frío. Puede aplicarse para realizar ciertas intervenciones quirúrgicas o suprimir la sensibilidad del paciente en anestesia, para disminuir la temperatura corporal o de las inflamaciones

Displasia: Alteración de un tejido debido a una excesiva proliferación celular, provocada por cambios hormonales o inflamaciones crónicas.

Endocérvix: Membrana que limita el conducto del cérvix uterino, orificio del cérvix en la cavidad del útero.

Endometrio: Mucosa que tapiza la cavidad uterina de forma periódica, según los niveles de estrógenos y progestágenos ováricos.

Endofítico: Pertenece al crecimiento que tiende hacia el interior, como ocurre en los tumores endofíticos, que crecen en el interior de un determinado órgano o estructura.

Espécimen: Por extensión, muestra tomada para un análisis.

Exofítico: Pertenece a la tendencia al crecimiento hacia fuera, como ocurre en los tumores exofíticos, que crecen en la superficie o en la parte externa de un órgano o estructura.

Histerectomía: (Sustantivo femenino) Consiste en la extirpación del útero (o matriz).

In situ: Expresión latina para referir "en el sitio".

Metaplasia: Transformación de un tejido en otro de forma y funciones distintas.

Metrorragias: Designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo.

Oncogénesis: Proceso de formación y desarrollo de un tumor.

Tamizaje: Se refiere a la evaluación masiva de sujetos asintomáticos respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente.

Vaginosis:Inflamación crónica de la vagina provocada por una bacteria, Gardnerella vaginalis.

Zona de transformación: Se denomina zona de transformación (ZT) a la parte de la superficie del cérvix ocupada originariamente por el epitelio cilíndrico que se ha transformado en epitelio escamoso. Corresponde al área del cuello uterino limitada distalmente por la UEC original y próximamente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC.

Zoología: Ciencia que estudia los animales.