

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

**“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria,
destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología
cervical en dos comunidades del Departamento de León, 2009-2010”**

Autoras:

Arlen Masiel Narváez Quiroz.
Luisa del Socorro Narváez Quiroz.

Tutoras:

Dra. Ofelia Rojas (Anatomo-Patóloga)
Lic. Fidelina del S. Munguía Hernández
Maestría en Administración de Servicios de Salud.

Asesor metodológico

Dr. Arnoldo Toruño
Maestría en Salud Pública

León, Agosto, 2010.

¡A la Libertad por la Universidad!

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por acompañarnos siempre en el camino de la vida.

A nuestra madre que con sus esfuerzos nos ha permitido lograr nuestros sueños y que nos inspira valor para seguir adelante en la carrera de la vida sin temor a nuevos retos.

A nuestros tutores, por el tiempo apoyo y dedicación en la realización de este trabajo.

Arlen Masiel Narváez Quiroz.

Luisa del S. Narváez Quiroz.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarnos sabiduría, la dicha de la salud, bienestar físico y espiritual.

A nuestra madre por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional durante nuestra formación tanto personal como profesional.

A nuestros tutores por brindarnos su guía, sabiduría y tiempo en el desarrollo de este trabajo, por su apoyo incondicional.

A toda la red comunitaria, a las mujeres que participaron con interés y le dieron la importancia al estudio, constituyéndose en la base fundamental de este trabajo.

A todas aquellas personas que de manera desinteresada contribuyeron en la realización del estudio, a quienes les damos gracias por su ayuda.

Agradecer no es solo dar las gracias, si no reconocer que el trabajo que se concluyó no solo es de las autoras, sino de un grupo de personas que dieron su apoyo para que este estudio pudiera realizarse.

Las autoras.

RESUMEN

Arlen Masiel Narváez Quiroz y Luisa del Socorro Narváez Quiroz.

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

Siendo que experiencias anteriores mostraban que la información y educación a las mujeres resulta útil para aumentar la demanda del examen de citología cervical, se realizó el presente estudio para conocer si los miembros de la red comunitaria pueden desarrollar con efectividad tales actividades.

El estudio se basó en determinar los cambios en los conocimientos y en las prácticas relativas al diagnóstico oportuno del cáncer cervicouterino entre las mujeres de 25 – 64 años de edad, comprendió una encuesta inicial, seguida de la intervención educativa y una encuesta final, desarrollándose en dos comunidades rurales Valle San Antonio, en el municipio de El Sauce, y Talolinga, en el municipio de Santa Rosa del Peñón.

Se observó en primer lugar, que los miembros de la red comunitaria mejoraron los conocimientos y sobre cumplieron con las metas y actividades educativas propuestas. Las mujeres destinatarias finales de las actividades, mejoraron sus conocimientos y lo que es más importante demandaron más el examen de citología cervical.

Palabras claves: conocimientos, citología cervical.

INDICE

Contenidos	Páginas
1. Introducción	1- 3
2. Planteamiento del problema	4
3. Hipótesis	5
4. Objetivos	6
5. Marco teórico	7- 22
6. Diseño metodológico	23- 30
7. Resultados	31- 40
8. Discusión	41 - 46
9. Conclusiones	47
10.Recomendaciones	48
11.Referencias bibliográficas	49 - 51
Anexos	52

1. INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes en todo el mundo, con un número de nuevos casos anuales que se estima en 471,000. Las tasas de incidencia más altas están en Latinoamérica, encontrándose la incidencia más alta en países en vías de desarrollo. En Nicaragua la tasa de incidencia de esta enfermedad se estima en 21.2 por 100,000 mujeres, superior a la reportada por países como El Salvador y México, esto a pesar de que en los últimos años se han adquirido vastos conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad y sus estadios precursores. ⁽¹⁾

La magnitud de este problema podría explicarse, en parte por ser una enfermedad propia de poblaciones con bajo nivel socioeconómico, pero también por deficiencias en la calidad del servicio de diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad, observadas en estudios efectuados principalmente en el occidente del país en los que se ha encontrado una débil labor educativa hacia la población en general y hacia las pacientes que acuden a las unidades de salud, en particular baja cobertura, principalmente entre las mujeres con mayor riesgo en razón de su edad.

Es importante hacer notar que según datos estadísticos para El Sauce y Santa Rosa (2004-2008) la cobertura de los últimos cinco años muestra una tendencia a disminuir, que se atribuye a cambios en la definición de la toma de citología cervical vaginal por primera vez y subsecuente, considerándose la citología cervical por primera vez el que mide la cobertura. ⁽²⁾

A pesar de haberse realizado innumerables estudios sobre cáncer cervicouterino para determinar la incidencia, así como sobre aspectos epidemiológicos, valoración de conocimientos actitudes y prácticas en relación a la citología

cervical, es evidente que hace falta enfocarse en estudios de evaluación con experiencias educativas destinadas a educar y motivar a la población en riesgo. ⁽³⁾

Durante los años 1999 al 2002 ⁽⁴⁾, según lo reportado por Delgadillo B. quien solamente incluyó pacientes del departamento de León en su estudio valoró la incidencia del cáncer cervicouterino, encontrando una tasa de incidencia del 35.6 y 39.6 por 100,000 mujeres para carcinoma invasor e in situ respectivamente. En este mismo estudio reporta que el carcinoma in situ predominó en el grupo etario de 40-49 años para una tasa de 80.7/100,000. Este es un punto importante a considerar tomando en cuenta que a mayor grupo etario la demanda de la citología cervical es más baja y debería ser lo contrario, más en las comunidades rurales donde las mujeres acostumbran iniciar su vida sexual a temprana edad, la mayoría de los partos son domiciliarios y es común encontrar mujeres de mayor edad que nunca se han realizado una citología cervical, no por desconocimiento sino deja reflejado la falta de satisfacción respecto a la atención brindada en las unidades de salud.

En un estudio que trata de una experiencia educativa realizada por Alvarado M. Centeno N. José en los años 2002-2003 en la ciudad de León ⁽⁵⁾ “Enfrentando el cáncer de cuello uterino, una experiencia con mujeres del Mercado Raúl Cabezas Lacayo”, se concluyó que la falta de conciencia sobre la importancia de realizarse el examen de Papanicolaou es el principal limitante de la demanda de este y se demostró que las actividades de información complementadas con el ofrecimiento de oportunidades de concertación con las mujeres sobre las condiciones para que se les tomen las muestras, resulta en un incremento en la demanda del examen. Fue notorio en esta experiencia el encontrar una alta incidencia de lesiones premalignas (25.7%) teniendo la mayor parte de estas mujeres resultados normales en los 12 meses previos.

En un proyecto conjunto Núcleo Educativo Rural (NER) La Asunción, UNAN-León y Ministerio de Salud 2005 ⁽⁶⁾ “Fomento de la demanda del examen de

Papanicolaou mediante trabajo de los estudiantes de V año del NER La Asunción, en la comarca Lechecuagos”. Con el cual se incrementó la demanda de la citología cervical mediante la labor educativa realizada por los estudiantes, se logró detectar un caso de cáncer localizado (operable, curable); nueve con lesiones premalignas y 15 con lesiones precursoras. Demostrándose con esto que las actividades de información y educación a la población pueden motivar y así hacer frente a este importante problema de salud pública.

Ante esta situación se plantea el siguiente problema, ¿Qué utilidad tiene una intervención educativa basada en la red comunitaria, con el fin de aumentar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical?

Y sobre todo en estos municipios donde el difícil acceso a las unidades de salud y algunos otros factores socioculturales, contribuyen como principales aliados para limitar la captación precoz de mujeres con lesiones precancerosas en el cuello de la matriz, es ahí la importancia del trabajo en equipo y multisectorial especialmente que involucren a la red comunitaria.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué utilidad tiene una intervención educativa basada en la red comunitaria, con el fin de aumentar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical?

3. HIPOTESIS

La demanda y la cobertura de la citología cervical pueden elevarse mediante intervenciones educativas basada en la red comunitaria, con el fin de aumentar los conocimientos relativos a la citología cervical, en dos comunidades de León.

Una red comunitaria motivada sistemáticamente contribuirá a que se eleve la cobertura de la citología cervical, favoreciendo una detección temprana del cáncer cervicouterino.

Las mujeres que constituyen la población blanco de dos comunidades de León, estarán adecuadamente informadas sobre el cáncer de cuello uterino y la importancia de la citología cervical.

4. OBJETIVOS

General:

Determinar la utilidad de una intervención educativa basada en la red comunitaria con el fin de mejorar los conocimientos y la cobertura del examen de citología cervical, en dos comunidades de León.

Específicos:

- Valorar:
 - El proceso educativo que se realizará a través de la red comunitaria.
 - Los cambios en la cobertura del examen de citología cervical.

5. MARCO TEORICO

5.1 Generalidades de la calidad y cobertura

Con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y cambiar la percepción negativa de los pacientes se han establecido en varios países como el nuestro reformas en los sistemas salud con visión integrada e integral con la intención de brindar una mejor calidad en la atención médica, viéndose esto más que como una necesidad debido a innumerables factores, entre ellos una mayor sensibilización por parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud, mayor atención a la calidad en todas las ramas de la economía, al reconocer que esta es la clave para el éxito a largo plazo y la necesidad de controlar los costos de salud.

La Política Nacional de Salud actual está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud (MINSA).

Los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como en el trato respetuoso y humano en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. Orienta al fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC).

En este contexto, las Políticas Nacionales de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala, que un pueblo sano es feliz y para ello debe desarrollar acciones de promoción y prevención con calidad, equidad y

enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación.

A demás de garantizar la calidad y gratuidad de la atención de salud a la población, sin olvidar el trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias.

Y más importante llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayores dificultad de acceso: Implementar un Modelo de Salud Familiar y Comunitario dirigido a las personas, familia y comunidad para superar los problemas de accesibilidad geográficas, económicas, funcionales y culturales, aumentar la cobertura con calidad y calidez.

La implementación de este nuevo modelo trae consigo la aplicación de estrategias innovadoras y sobre todo la integración de la sociedad para fortalecer el desarrollo del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico, económico y cultural de sus poblaciones.

La participación ciudadana activa y consciente en el quehacer del sector salud y sobre estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaría con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común.

Sin dejar atrás el desarrollo integral de los recursos humanos del sector salud la política de recursos humanos se concertará en el sector con el fin de encontrar los mecanismos que incentiven al trabajador a comprometerse con la calidad de la atención, al mismo tiempo que se le retribuya de manera justa en el marco de las condiciones económicas del país.

La materialización de estas políticas permitirá crear nuevas condiciones de atención a la población con mayor eficiencia de forma tal que el impacto en el

estado de salud de los nicaragüenses contribuya al desarrollo del país.

El Modelo de Atención no solo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar y optimizar el uso de los recursos humanos y físicos en el sector, sino que además, busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios.

La calidad de la atención médica es el concepto clave para los servicios de salud, y que según la Organización Panamericana de la Salud se define como: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, atención con un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente.

La calidad en salud, sin embargo tiene múltiples definiciones, algunos la definen como una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, desde el punto de vista técnico e interpersonal.

Desde el punto de vista técnico es la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas procurando el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos. El grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

La parte interpersonal se refiere a los valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares, estas normas están reforzadas por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas de los pacientes hacia el servicio que se les brinde. El nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

El acceso a la atención y el uso subsecuente de los servicios constituye determinantes de la calidad de atención. Sin embargo la satisfacción del paciente constituye un componente importante de la calidad de la atención, esta se puede considerar un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la

máxima satisfacción alcanzable sea un objeto de la atención. ⁽⁷⁾

La satisfacción del paciente como usuario tiene un valor clave dentro de la valoración de la calidad, la evaluación que hace el paciente, expresada con satisfacción o insatisfacción podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas, o sociales de dicho cuidado.

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del personal de salud en alcanzar los valores y expectativas del paciente.

Unos de los métodos actualmente utilizados para valorar la calidad de atención son mediante la “evaluación”, como juicio que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura, el proceso y los resultados de los servicios de salud, los programas, basada en el método científico.

La evaluación no está destinada a calificar de bueno o malo el trabajo realizado; esta debe entenderse como el análisis del porque no se pudieron alcanzar los objetivos o realizar las actividades. La evaluación se hace con el único fin de aprender y por ende mejorar.

Existen dos formas de evaluación la evaluación cuantitativas y cualitativas.

La evaluación cuantitativa utiliza como instrumentos los indicadores, considerándose como indicador una variable que puede ser medida y la evaluación cualitativa se sirve de los métodos de evaluación como la observación participación, discusión en grupo, estudios de casos individuales. Los indicadores resumen los cambios que los servicios de salud han experimentado o las repercusiones en el programa, no obstante, la elaboración de los indicadores necesitan tiempo y dedicación. ⁽⁸⁾

5.2 Estrategia de intervención educativa a la red comunitaria:

Comunicación inadecuada con las usuarias y la comunidad. Algunos países requerían asistencia para adiestrar al personal en métodos que permitan organizar y movilizar la participación comunitaria, con objeto de apoyar la prevención y el control eficaces del cáncer cervicouterino. Más aún, la información y los materiales didácticos sobre esta enfermedad eran muy poco trascendentes y la educación del público no lograba sus fines. El llevar a cabo un enfoque de promoción y prevención conlleva al reconocimiento de la problemática del cáncer cervicouterino por el personal de salud brindando información sobre el perfil epidemiológico actual de enfermedad, mediante capacitación, adiestramiento y motivación permanente que les permita realizar sus funciones adecuadamente, asumiendo con mayor compromiso, eficiencia y eficacia los retos de aplicar correctamente las normas de detección y atención al cáncer cervicouterino.

Mediante el desarrollo de las acciones de prevención dirigida a la población en general y especialmente a las mujeres, serán incluidas actividades de educación en la salud, sobre temas relacionados al cáncer cervicouterino, contribuyendo a mantener a la población informada sobre los riesgos de padecer la enfermedad, formas de prevenirla, oportunidades de cura, lugar donde pueda acudir en busca de información y de atención, etc.

Es importante contar con la participación social como eje fundamental orientado a la toma de conciencia por la sociedad sobre su responsabilidad conjunta en la solución de los problemas de salud de la población y en particular del cáncer cervicouterino, fomentando la participación de actores sociales y líderes comunales para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia, de manera que a capacitación a promotores voluntarios, se vuelve una necesidad, actividades coordinadas con el sector educativo, las que permitirán impulsar la participación social en la organización para campañas de promoción, prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino con enfoque de género.

(9)

El personal de salud, como la red comunitaria requiere de una preparación básica para una mejor comprensión del cáncer cervicouterino, las que deben ser impartidas por su grado de preparación. Se considera conveniente informarse sobre los aspectos epidemiológicos relacionados con este problema de salud.

Es así que debe hacerse una discusión sobre la situación actual estadística y epidemiológicamente de este problema de salud que está relacionado con un trabajo metodológico de discusión sobre las tasas de incidencias mundiales, nacionales y locales, donde este problema continúa ocupando el primer lugar dentro de todos los cánceres en la mujer. Esto quizás refleje la presencia de factores de riesgo bien conocidos, entre ellos el bajo nivel socioeconómico.

Es importante dominar que las tasas de mortalidad por esta enfermedad son altas, pues más de 30 mil mujeres latinoamericanas mueren al año por cáncer cervicouterino y se estima que en nuestro país una de cada 100 mujeres entre los 35 y 55 años padece de carcinoma cervicouterino, esto a pesar que puede ser prevenible a través de detección temprana. En Nicaragua es considerado uno de los cánceres más frecuentes y una de las diez primeras causas de mortalidad en las mujeres así como es importante discutir las problemática que ocurre en los municipios de estudio en lo que corresponde a los reportes de patología en sus diferentes clasificaciones. ⁽¹⁰⁾

El capacitante debe brindar información básica relacionada con datos internacionales referentes a la edad promedio de aparición de esta neoplasia los grupos entre los 34-55 años y 44 a 52 años para carcinoma in situ e invasor respectivamente, quizá esto se deba principalmente a la captación tardía de los casos, así como sobre la detección precoz y el diagnóstico oportuno que permiten al capacitado conocer que más del 95% de las mujeres con carcinoma cervicouterino en fase premaligna puedan ser curadas.

También es fundamental discutir datos históricos de Nicaragua como es lo

relacionado a la década de 1982 a 1991, donde ocupó el primer lugar de las siete primeras causas de muerte por neoplasias malignas, siendo el grupo etario más afectado el de 35 a 64 años. Según datos del MINSA en el año 2000 el 45% de la mortalidad por cáncer cervicouterino ocurrió en mujeres de 20 a 34 años y continuó ocupando el primer lugar entre las causas de muerte por tumores malignos en las mujeres.

Es por eso que desarrollar habilidades alrededor del programa de control de cáncer cervicouterino en el personal de salud contando con la participación de la red comunitaria, ya que no se puede esperar que trabaje solo a menos que forme parte integral del sistema general de servicios de salud. Por eso el Ministerio de Salud del país debe disponer de recursos humanos y materiales adecuados; operar a escala nacional aunque los programas de control pueden iniciarse a escala regional, local, y municipal o aún al nivel de barrios. ⁽¹¹⁾

El capacitado deberá ser entrenado sobre los aspectos básicos relacionados con la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino en los diferentes niveles así como los conocimientos científicos relacionados al cuello uterino en un segmento cilíndrico y está dividido en exocérvix y endocérvix, el primero es la porción observable durante la exploración vaginal, por encima del orificio externo se localiza el endocérvix. A la unión del epitelio escamoso estratificado con el epitelio cilíndrico se llama unión escamo-cilíndrica o “zona de transición”. La zona caudal a la unión escamo-cilíndrica donde ocurre la metaplasia se denomina zona de transformación, tiene importancia clínica porque es el lugar de asiento de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino.

El cáncer cérvico uterino se caracteriza por la multiplicación incontrolada de las células cervicales, histológicamente siendo el tipo más frecuente el Epidermoide en más del 90%, seguido por el Adenocarcinoma en alrededor del 8% y el 2% restante corresponde a otros tipos histológicos.

Es esencial preparar a los recursos en salud sobre la existencia de diversos

factores de riesgo que aumentan la probabilidad en la mujer de desarrollar cáncer del cuello uterino.

Por esto, el capacitante y el capacitado deberán enfocarse en los diferentes elementos que pueden ser modificados tales como fumar y tener conductas sexuales de riesgo, en vez de enfocarse hacia los que no se pueden modificar como la edad y antecedentes familiares. No obstante, la comprensión de los factores de riesgo no modificables también es relevante, porque puede ayudar a convencer a las mujeres que los presentan acerca de la importancia de la prueba de citología cervical para la detección del cáncer del cuello uterino en las primeras etapas.

Además esta como factor de riesgo no modificable para el cáncer cervicouterino la edad, en la actualidad el riesgo de contraer cáncer es muy bajo entre las mujeres jóvenes. Ha sido demostrado que comienza a aparecer entre los 20-30 años, las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década. En tanto que el cáncer infiltrante está apareciendo hacia los 40-45 años de edad.

La condición socioeconómica baja es un factor de riesgo asociado estadísticamente al cáncer de cuello uterino, que el capacitante y el capacitado tienen que tener claro ya que este se relaciona con el difícil acceso a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de citología cervical y el tratamiento de la enfermedad precancerosa del cuello uterino, además de asociarse a conductas sexuales de riesgo, es ahí donde la red comunitaria enfocara sus esfuerzos. ⁽¹²⁾

Y también la alimentación juega un papel fundamental ya que la alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras produce deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E lo que se ha visto asociado a un aumento de cáncer cervical.

El cáncer de cuello uterino así como las lesiones precancerosas que lo preceden, está asociado a las relaciones sexuales (conductas sexuales de riesgo). Se consideran dentro de sus principales factores coadyuvantes el inicio de relaciones

sexuales a temprana edad, tener muchas parejas sexuales o parejas promiscuas, realizar el acto sexual a cualquier edad, sin protección aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección de transmisión sexual por Virus de Papiloma Humano, Herpes Virus, VIH y otro tipo de infecciones de transmisión sexual que pueden desarrollar cáncer de cuello uterino.

El riesgo del cáncer de cérvix se duplica en las mujeres que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 16 años, respecto de aquellas que lo hicieron a partir de los 20 años. El riesgo de padecerlo también es directamente proporcional al número de parejas sexuales y número de hijos.

La infección Cervical por Virus de Papiloma Humano (VPH), su relación al cáncer de cuello uterino se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del Virus del Papiloma Humano (HPV) en el 85% al 100% de pacientes con displasia y cáncer. Estudios epidemiológicos han demostrado que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de displasia y carcinoma invasor del cérvix es la infección del Virus del Papiloma Humano. Este es un grupo de más de 80 tipos de virus que se clasifican; virus de bajo riesgo (6,11, 41, 42, 43 y 44), virus de riesgo intermedio (31, 33, 35, 39, 51 y 52) y virus de riesgo de alto grado (16,18 ,45 y 56) estos últimos tipos son los que más se asocian a displasias y cáncer de cérvix. ⁽¹³⁾

Las infecciones por VIH/SIDA, la infección por virus de inmunodeficiencia humana afecta el sistema inmunológico y hace que las mujeres resulten susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio pre canceroso del cuello uterino puede evolucionar a un cáncer invasivo con mayor rapidez que lo usual.

La infección con Clamidia Trachomatis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente, así mismo ha sido reportado que la infección por Clamidia

Trachomatis (Linfogranuloma venéreo) aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervical, aunque se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo, ya hay razones suficientes para prevenir esta infección y tratarla con antibióticos inmediatamente después del diagnóstico.

El tabaquismo, se ha demostrado que fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas, estas sustancias dañan el DNA de las células del cuello uterino; además provocan disminución de células de Langerhans y son facilitadores de la acción neoplásica de agentes virales. Parece que el riesgo en fumadores es dos veces mayor que en no fumadoras y existe una relación dependiente de la dosis en función de los años de consumo y el número de cigarrillos diarios.

Con respecto a los antecedentes familiares en estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad, algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar se deba a una condición hereditaria que aún no ha sido demostrada, también es importante considerar los factores de servicios como la falta de tamizaje citológico como factor de detección temprana de lesiones premalignas.

Es importante que el capacitado también este informado de la existencia de factores protectores como los métodos de higiene personal que pueden ayudar a prevenir el cáncer cervical, la prevención y tratamiento inmediato de las vaginitis y de las cervicitis, el uso habitual de preservativos son en cierta medida protectores, los métodos de barrera para anticoncepción, especialmente aquellos que combinan la protección mecánica y la química, han demostrado que disminuyen el riesgo de cáncer de cérvix.

Siendo la cobertura un aspecto importante del estudio las normas y directrices nacionales, los países han identificado a una determinada población de mujeres como destinatarias de los métodos de tamizaje para el cáncer cérvico uterino. Sin

embargo en la mayoría de los países, el problema de una cobertura es persistentemente baja.

Según la Organización Panamericana de la Salud, 1999 la cobertura específica por edades, se hace evidente que las mujeres más jóvenes están sometiéndose a tamizaje de manera desproporcionada y con mayor frecuencia. En la mayoría de los países de América Latina, las iniciativas para detección del cáncer cervicouterino están vinculadas con los programas de planificación familiar y atención prenatal. En el año 1992 el 61.1 por ciento de las 84.016 mujeres sometidas a tamizaje en Nicaragua, lo hicieron en servicios de planificación familiar y atención prenatal.

Con base en las sesiones de un taller subregional realizado en Cuba en octubre de 2001, sólo Cuba y Puerto Rico informaron de tasas de cobertura entre 60 y 80 por ciento. Todos los demás países participantes indicaron que su cobertura era inferior a 60 por ciento.

Ante la situación actual de pobre cobertura y procedimientos inadecuados para la toma de la citología cervical y por ende un resultado insatisfactorio se pretende enfatizar en el reconocimiento de la citología cervical como método de elección y la forma más sencilla para realizar la detección oportuna del cáncer. Es considerado un examen sencillo, barato e inocuo, pero a pesar de eso se requiere para realizarlo la capacidad y habilidades apropiadas, lo que requiere capacitación continua que mejore las habilidades.

El capacitado deberá saber que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas deben realizarse un examen citológico cervical o bien mujeres de 35 años a más o menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo.

Una vez que se han realizado 3 o más exploraciones anuales satisfactorias con resultados de citologías normales pueden reducirse la frecuencia del examen,

pero es de suma importancia el criterio médico tomando en consideración los factores de riesgo individuales.

Según las Normas es recomendable realizar la citología cervical a toda mujer embarazada independientemente de la edad gestacional; la unión escamo-cilíndrica se halla en eversión por la hipertrofia y dilatación del canal endocervical por lo que no es necesario introducir el aplicador muy internamente, principalmente en los embarazos que superan las 20 semanas. Es importante enfatizar en este aspecto, pues es muy conocido el temor que sienten y manifiestan las mujeres embarazadas al realizarse este examen por su estado de gravidez.

La citología cervical consta con un 99.8% de especificidad y la sensibilidad del frotis es de casi 85%. Casi el 60% de los frotis falso negativo se deben a un error en la muestra por carencia de suficiente células diagnóstica.⁽¹³⁾

Es vital que el capacitante se entrene en la técnica de la toma de la citología cervical según su nivel, se enfatizan en la precisión diagnóstica de la citología cervical depende de la correcta obtención, fijación y lectura de la muestra y que para que la muestra sea satisfactoria se requiere de células vivas, metabólicamente activas, tanto del ectocérvix como del endocérvix. Por lo tanto se pretende que el personal capacitado tenga muy claro esto a la hora de la toma del examen y por ende se logre obtener un resultado fidedigno de la citología lo que debe ser implementado con la red comunitaria en los aspectos de promoción y prevención.

Se orientará a la red comunitaria los requisitos que se deben cumplir antes de realizar la citología cervical, además que previo a la toma es importante explicar a la usuaria, la importancia y beneficios de la realización de este, así como sobre el procedimiento a realizar, aclarar dudas y crear un ambiente de confianza y confort para la paciente, esto hará que la paciente este más tranquila y coopere al realizarse el examen.

El médico capacitado se reforzará sobre los conocimientos generales, el equipo que se necesita para la toma de la citología cervical, siendo necesario disponer de una camilla ginecológica, fuente de luz adecuada (lámpara de cuello de cisne), espéculos de tres tamaños, guantes desechables, hoja de solicitud de citología cervical, fijador en spray o alcohol de 95%, láminas porta-objetos, espátulas de madera (Ayre) o citocepillo, porta láminas y torundas.

Recordar siempre que antes de la realización de la citología que la mujer antes de la toma debe cumplir con ciertas condiciones que ayudarán a que la toma de la muestra sea satisfactoria indicándose a la paciente que no debe andar menstruando, que no haberse aplicado tratamientos o lavados 24 horas antes del examen, que la paciente no sea portadora de infección vaginal importante (relativa) y no haber sido sometida a ningún tipo de exploración ginecológica o vaginal, ni haber tenido relaciones sexuales en las 24 horas anteriores a la toma de la muestra.

Es indispensable que tanto el capacitador como el capacitado estén claros y refuercen las veces que sean necesarias en este aspecto, pues es uno de los objetivos claros de aprendizaje, se pretende que para empezar se realice consejería sobre el examen, aclaración de dudas que la paciente tenga, se coloca en posición ginecológica a la paciente, lavado de manos y colocación de guantes por parte del personal de salud. Se recomienda no realizar palpación bimanual antes de la toma de la muestra. Únicamente introducir el espéculo sin lubricar en la vagina, de ser necesario, humedecerlo con agua limpia o solución salina, se procede a visualizar el cérvix y fijar el espéculo (si se encuentran abundantes secreciones removerlas suavemente con un aplicador de algodón o torunda humedecido). Tomar muestra endo y exocervical con espátulas de Ayre (en el endocérvix la muestra se puede tomar con citocepillo). Se hace el extendido delgado.

Si usa fijador en aerosol, primero se debe “agitar el frasco” y rociar la muestra a una distancia de 25-30 cms. Enviar la muestra con su porta lámina y hoja de

solicitud.

Se toman dos muestras de la siguiente manera: Tomar la muestra del exocérvix y del endocérvix con espátula de Ayre o citocepillo rotando todo su alrededor (360 grados), luego realizar extendido en el extremo derecho de la lámina porta objeto con movimientos suaves, en zig - zag y rotatorio.

Otro procedimiento es la triple muestra: del fondo de saco vaginal posterior, exocérvix y endocérvix; las dos primeras tomas se realizan con espátula de madera, la tercera con aplicador y se realiza el extendido de forma horizontal en la misma lámina y en el mismo orden en que fueron tomados.

La muestra deberá secarse al aire libre y posteriormente envolverse, idealmente deberá llevarse de inmediato o a más tardar dentro de la semana siguiente a la toma para su procesamiento.

Si al realizar la toma de la muestra se observa el cérvix sangrante, lesiones exofíticas, extensas áreas ulceradas, deberá ser transferida para la valoración por el médico Ginecólogo. ⁽¹⁴⁾

Llenar formulario de solicitud del examen citológico con todos los datos requeridos en él, se recomienda especificar con que instrumento se tomó la muestra, para ser enviada al laboratorio de patología.

La comunicación de resultados comprende el uso e lenguaje adecuado cualquier duda del reporte que tenga a la paciente. Hacerle ver la importancia de cumplir con el tratamiento indicado y si amerita biopsia explicar que esperamos de los resultados. El tiempo estipulado para la entrega del resultado de citología cervical es de un mes. ⁽¹⁵⁾

Relación entre lesión cervical y cáncer cervicouterino. El cáncer cervicouterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras llamadas neoplasias Intraepiteliales escamosas (estos son cambios neoplásicos confinados al epitelio superficial sin invasión al estroma). El primer cambio y aparentemente el más precoz consiste en

la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio estratificado. A medida que evoluciona, afecta progresivamente más capas hasta que el epitelio sufra una sustitución completa por células atípicas sin diferenciación alguna, hacia la superficie de la mucosa. ⁽¹⁶⁾

Las lesiones intraepiteliales escamosas son de 2 tipos: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: Corresponde al NICI / HPV (displasia leve) y lesión intraepitelial escamosa de alto grado: Corresponde a NICII (displasia moderada) y a NIC III (displasia severa /carcinoma in situ).

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) son cambios confinados al epitelio superficial sin invasión del estroma, los grados incompletos de aberración que afectan menos del grosor total del epitelio plano, es lo que se conoce como displasia.

Se clasifican en 3 tipos: Displasia leve (NICI) en este las células con diferenciación alterada (alteración de la relación núcleo citoplasma, el tercio inferior del epitelio es reemplazado por células indiferenciadas inmaduras, con mitosis frecuentes. Cerca del 60% de los casos con NICI regresan a la normalidad con tratamiento, el 20% puede progresar hacia una lesión mayor, y un 20% puede permanecer estacionario.

Displasia moderada (NIC II): Las células indiferenciadas afectan el tercio medio del estrato epitelial. El 50% de los casos regresa a la normalidad y el otro 50% evoluciona hacia una lesión mayor y displasia severa (NICIII/Carcinoma in situ) en el cuál las células indiferenciadas ocupan el tercio superior del epitelio, en el 80 – 100% de los casos progresan a cáncer invasor, cuyos sitios de metástasis más frecuentes son hígado, pulmón y riñón. Por extensión directa, linfática y hematogena.

Según el reporte histológico la localización en el 90% de las lesiones se originan en la zona de transformación y el exocérnix el 10% se localiza en el canal endocervical.

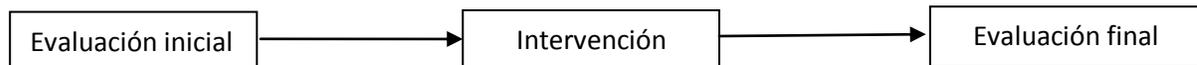
Los tipos histológicos de las lesiones endocervicales son exofíticas y menos extensas de lo que parecen al principio, mientras que las lesiones endocervicales suelen ser endofíticas lo que originan un cuello expandido en forma de tonel.

Se considera al Carcinoma de células escamosas (85 – 90%) una de las neoplasias más frecuentes, tiene 2 variantes, una verrugosa bien diferenciada de crecimiento lento localmente invasora y radio resistente y una variante de células pequeñas que tiene mal pronóstico, en cambio al adenocarcinoma mucho menos frecuente que el anterior (8%), se divide en endocervical, endometriode, adenoma maligno, producto de coloide adenoquístico y adenoescamoso. ⁽¹⁷⁾

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio

Estudio de evaluación de una intervención, mediante la comparación de la situación antes y después de la misma, así:



Descripción de la intervención

La intervención se desarrolló en dos etapas:

- a. Motivación y capacitación a los miembros de la red comunitaria, y
- b. Actividades de información, educación y comunicación con las mujeres y población en general, complementadas con referencia de las mujeres para examen de citología cervical, principalmente a cargo de la red comunitaria.

Motivación y capacitación a los miembros de la red comunitaria

Se convocó, mediante carta, a una reunión en el puesto de salud a todos los líderes de la comunidad, para explicarles la importancia del cáncer cervicouterino como problema de salud a nivel nacional, y motivándolo a la acción frente a este problema. En ambas localidades hubo buena respuesta, procediendo entonces a identificar a miembros de la red comunitaria que participarían en el proyecto, capacitándose y luego desarrollando las actividades educativas y de referencia en la población.

El personal voluntario que se integró al proyecto se presenta en el siguiente cuadro 1:

Red comunitaria	Valle de San Antonio	Talolinga
Brigadistas	19	3
Gabinete del poder ciudadano	6	2
Colaborador voluntario	3	4
Parteras	2	0
Total	30	9

Las investigadoras estuvieron a cargo de la capacitación de los miembros de la red comunitaria. En el anexo 1, se presenta el programa desarrollado, que implicó un total de 14 horas de actividad docente. Para facilitar la comprensión de los temas tratados se utilizaron rotafolios, murales y panfletos. Durante las actividades de capacitación, las investigadoras les ofrecieron refrigerio a los participantes, así como un pequeño paquete de alimentos: azúcar, aceite, café, sal.

Para el desarrollo de sus actividades de intervención en el terreno, los miembros de la red comunitaria recibieron formatos para registro de las actividades desarrolladas, cuadernos y lapiceros.

Para evaluar esta capacitación, se realizó una prueba de conocimientos a miembros de la red comunitaria antes de la intervención sobre temas generales acerca del cáncer, sobre los factores de riesgo, prácticas relativas a la citología cervical, con el fin de conocer que tan informados estaban al respecto. También, al final de la capacitación se aplicó la misma prueba destinada a corroborar los conocimientos adquiridos.

En cuanto a la prueba escrita inicial y final, se hizo usando un instrumento que se estructuró, en base a preguntas de selección múltiple, posteriormente cuando se

finalizó la capacitación se valoró nuevamente, asignándole un puntaje de 0 - 100,

usando la escala empleada por la Universidad, siendo los criterios de Excelente, equivalente de 90 a 100 puntos, Muy bueno de 80 a 89, Bueno de 70 a 79, Regular de 60 a 59 y menor de de 59 Deficiente, se adjunta en anexo 2.

Actividades de información, educación y comunicación con las mujeres, desarrolladas principalmente por los miembros de la red comunitaria.

Las actividades fueron desarrolladas principalmente mediante visitas domiciliarias, que realizaban los miembros de la red comunitaria, para informar sobre la situación del cáncer, los factores de riesgo, prácticas sobre la citología cervical y se complementaba con referencia de las mujeres a las unidades de salud y hacían énfasis de la usuaria tuviera acercamiento a la unidad de salud, principalmente para que se hicieran el seguimiento a su tratamiento o de las recomendaciones brindadas.

Es importante mencionar que se capacitó a los miembros de la red comunitaria sobre el consentimiento informado, de tal manera que al llegar a cada casa y acercarse a las mujeres este debía solicitar permiso para transmitirle la información y los beneficios de la realización de la citología.

La red comunitaria registraba la cantidad de visitas domiciliarias, reuniones con las mujeres, así como referencias, principalmente las que nunca se habían realizado la citología y hacía reporte de casos especiales.

Cuadro 2. Actividades realizadas por la red comunitaria de la comunidad Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010

Actividades	Valle San Antonio		Talolinga	
	Programadas	Realizadas	Programadas	Realizadas
Visitas domiciliarias	130	383	130	260
Referencia	100	150	100	91
Reuniones en las comunidades	6	7	6	15

Además, hay que mencionar que la investigadora aprovechaba la consulta que el puesto de salud brindaba a las mujeres para captar a las usuarias, atender a las referidas, o dar atención a las mujeres que así lo solicitaran, en lo que corresponde a toma de la muestra citológica, previa capacitación de la misma, pero mayor información lo encuentra en anexo 3 y a la par también, se dio consulta sobre problemas relacionadas con la situación de la mujer. Cabe mencionar que en otros momentos cuando la usuaria rehusaba la llamada de la red comunitaria se aprovecha la comunicación escrita dirigida a la misma la que era conducida por uno de los miembros de la red, cercana a su vivienda, además registraba las actividades en un instrumentos, que se agrega, en el anexo 4.

Las evaluaciones inicial y final se realizaron mediante encuestas

Encuesta a mujeres de 25 a 64 años de edad

Permitió determinar los conocimientos y prácticas de las mujeres, en relación al cáncer de cuello uterino, especialmente en lo relativo al examen de citología cervical.

El estudio se realizó en dos comunidades:

- El Valle de San Antonio, en el Municipio de El Sauce. Tiene 8 caseríos: Valle Centro, Las Mesitas, Hato Viejo, San Martín II, Tempisque, Las Calderas, La Joya y Nahualapa. La mayoría son de difícil acceso, no sólo por la lejanía, sino por su geografía accidentada. El Valle San Antonio cuenta con un puesto de salud ubicado en el centro de la comarca a 22 km del casco urbano de El Sauce. Su medio de transporte es un bus que realiza su recorrido una vez al día. Tiene una población estimada de 2,050 habitantes, de los cuales unos 420 corresponden a mujeres entre los 25 y 64 años de edad (El número de mujeres entre 25 y 64 años de edad se calculó a partir de los datos de estructura por edad y sexo de la población del Departamento de León, en la que el 20.5% de la población total corresponde a este grupo de mujeres). Para el estudio, se tomarán al azar 105 mujeres. El procedimiento de muestreo será por conglomerados, tomando como tales los caseríos que conforman la comarca.
- Talolinga, en el Municipio de Santa Rosa del Peñón. Está ubicada a 10 km del casco urbano de Santa Rosa del Peñón, con geografía accidentada y de difícil acceso. Está dividida en tres caseríos El Picacho, Las Cañas y Talolinga. El único medio de transporte es en bestia mular. Su principal ingreso es la producción de frijoles. Cuenta con un puesto de salud. Su población es de 848 habitantes, y se estima que tiene unas 174 mujeres entre los 25 y los 64 años de edad. La encuesta abarcará al total de estas mujeres.

La información de las encuestas fue recogida mediante entrevistas, durante las visitas domiciliarias que realizaron las investigadoras y la red comunitaria en cada una de las comunidades, reflejado en el anexo 5.

Criterios para la evaluación de la intervención

- Cambios en la cobertura de la citología cervical.
- Cambios en los conocimientos y prácticas de la población.
- Cambios en los conocimientos de los miembros de la red comunitaria.
- Actividades realizadas por los miembros de la red comunitaria, en comparación con las programadas.

6.2 Plan de Tabulación y análisis

En cuanto a los datos de las encuestas inicial y final se procesaron en Epi-info 3.5.1. El análisis de la información de la encuesta inicial y final se realizó mediante porcentajes, reflejados en los cuadros y gráficos, mientras que los datos de la prueba inicial y final de conocimientos aplicadas a la red comunitaria se obtuvieron los puntajes promedios.

6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Indicadores
Capacitación	Acción en el que por medio de estudio, supervisión dirigida, formación supervisada u otras, que permiten que una persona pueda adquirir nuevas habilidades para su desarrollo personal, intelectual o laboral.	Promedio del puntaje del rendimiento obtenido durante su aprendizaje. No. de capacitaciones realizadas a la red comunitaria.
Conocimiento	El conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural del Homo sapiens. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.	Porcentaje de miembros de la red comunitaria que mejoraron sus conocimientos sobre el cáncer tanto al inicio como al final de la intervención.

Variables	Definición conceptual	Indicadores
<p>Cobertura</p>	<p>Es un indicador de, detección de primera vez, proporción de mujeres con estudios citológicos anormales, confirmados por histopatología, porcentaje del cumplimiento de la frecuencia del examen de citología vaginal.</p>	<p>No. de mujeres de 25 a 64 años, que se les tomó la muestra de citología en un período de seis meses sobre el total de la población x 100</p>
		<p>Mujeres 25 a 64 que se realizan la citología cervical.</p>
		<p>Porcentaje de mujeres en riesgo 25 a 64 según grupos de edad captadas para la realización del PAP.</p>
		<p>Cambios en la cobertura 25 a 64 en los seis meses.</p>

7. RESULTADOS

7.1 Descripción de las mujeres

Se contó con un total de 359 mujeres, correspondiendo 213 mujeres en la comunidad Valle San Antonio El Sauce y 146 mujeres de la comunidad de Talolinga, Santa Rosa del Peñón. Las cuáles entre sus características principales es la edad, encontrándose un predominio de la población joven en ambas comunidades, con un 97.3% que comprenden las edades de 25 a 34 años, estos datos son muy similares a los encontrados en el primer línea de base, en relación a la escolaridad hay un predominio de mujeres que se ubican en la primaria y un alto porcentaje de mujeres sin ninguna escolaridad, en ambas comunidades, como puede observarse (Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución porcentual de las mujeres según edad y escolaridad. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010

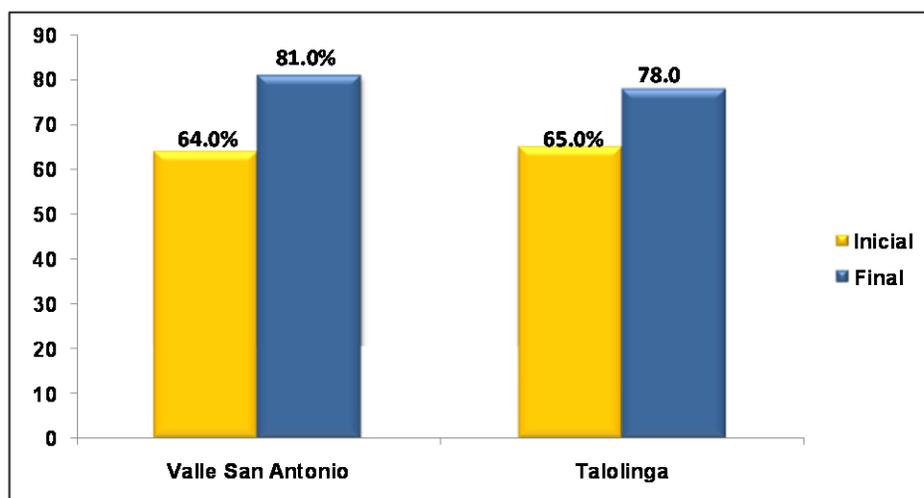
Edad	Valle San Antonio n=213	Talolinga n=146
25-34	58.4	42.6
35- 44	31.1	34.6
45-54	10.3	13.3
55-64	-	9.3
Total	100.0	100.0
Escolaridad		
Ninguna	71.7	56.0
Primaria	9.4	8.0
Secundaria	17.9	36.0
Universitaria	0.9	0.0
Total	100.0	100.0

7.2 Información obtenida de la capacitación a la red comunitaria.

Se realizó un prueba escrita del diagnóstico inicial y final para medir conocimientos un antes y un después de la capacitación mostrándose los resultados en el gráfico 1.

La información obtenida de la capacitación de parte de los miembros de la red comunitaria expresaron que es un conocimiento que no se olvidará y así podrán cuidar de la parte más delicada de la comunidad como son las mujeres y que aprendieron sobre la prevención, para combatir las enfermedades. Según las frases de las mismas, se agregan a continuación: **“Además nos sentimos que por fin nos toman en cuenta y valoran el trabajo que realizamos por el bien de nuestra comunidad”**, también expresaron **“... nos regalan un conocimiento que nos perdurará para siempre”**.

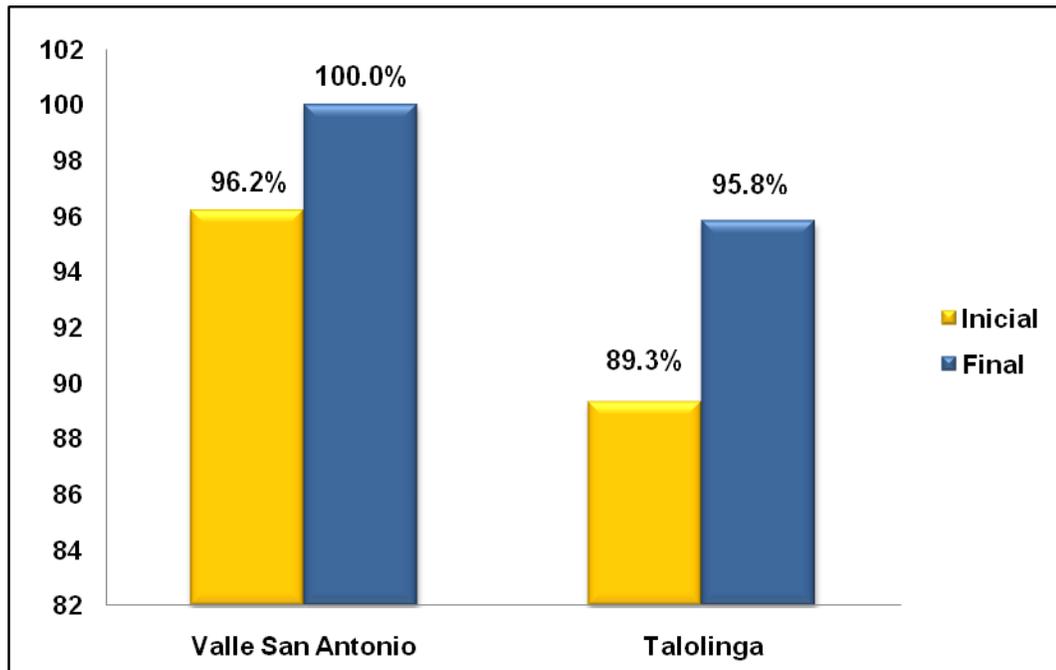
Gráfico 1. Porcentaje promedio obtenido la prueba de conocimiento, por los miembros de la red comunitaria antes y después de la capacitación, Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



7.3 Conocimientos sobre el Cáncer Cervicouterino

En ambas comunidades la mayoría de las mujeres habían escuchado hablar acerca del cáncer cervicouterino, no encontrándose significancia estadística entre los datos de la encuesta inicial y final. En cuanto a la persona que le brindó la información manifestaron que fue el personal de salud. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que habían oído hablar del cáncer cervicouterino, Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010

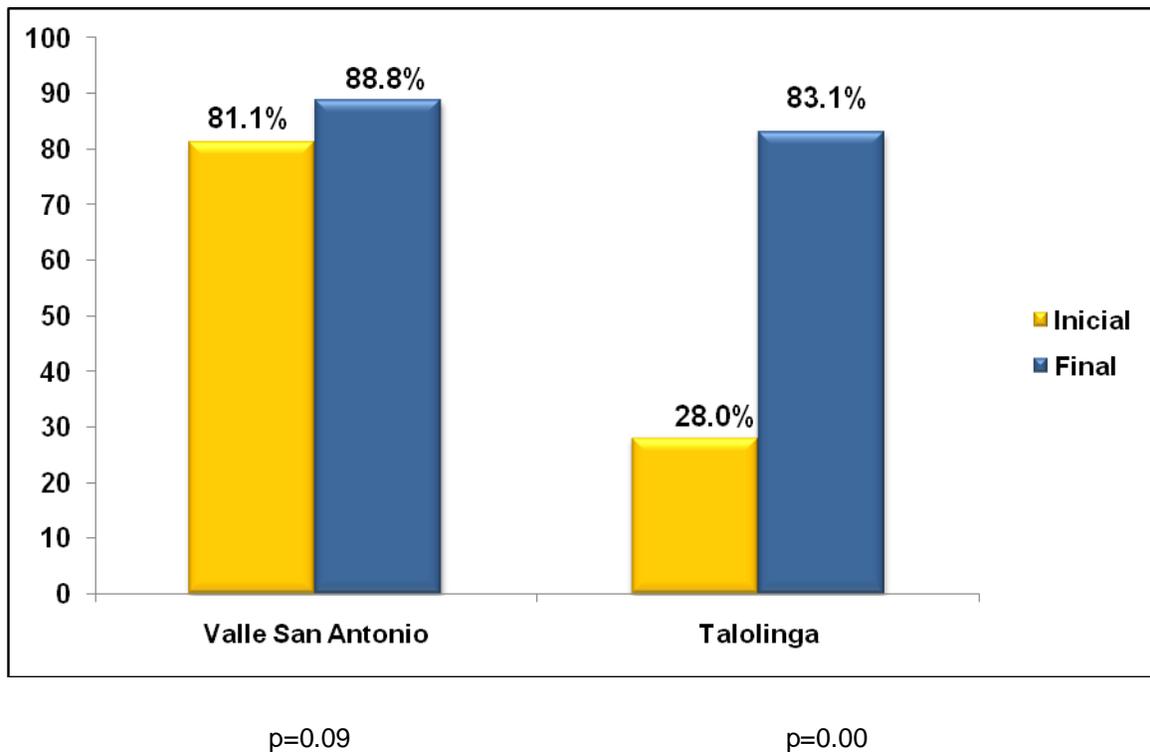


p=0.07

p=0.77

En general las mujeres de ambas comunidades manifestaron saber que en el puesto de salud de su comunidad funciona el programa Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (DOC). En Talolinga la encuesta inicial mostró que dos de cada 10 mujeres sabían de la existencia del programa, pero la encuesta final refirió que 8 de cada 10 mujeres sabían de la existencia del mismo, no encontrándose significancia (Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que sabían que en el Puesto de salud funciona el programa Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino (DOC), Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



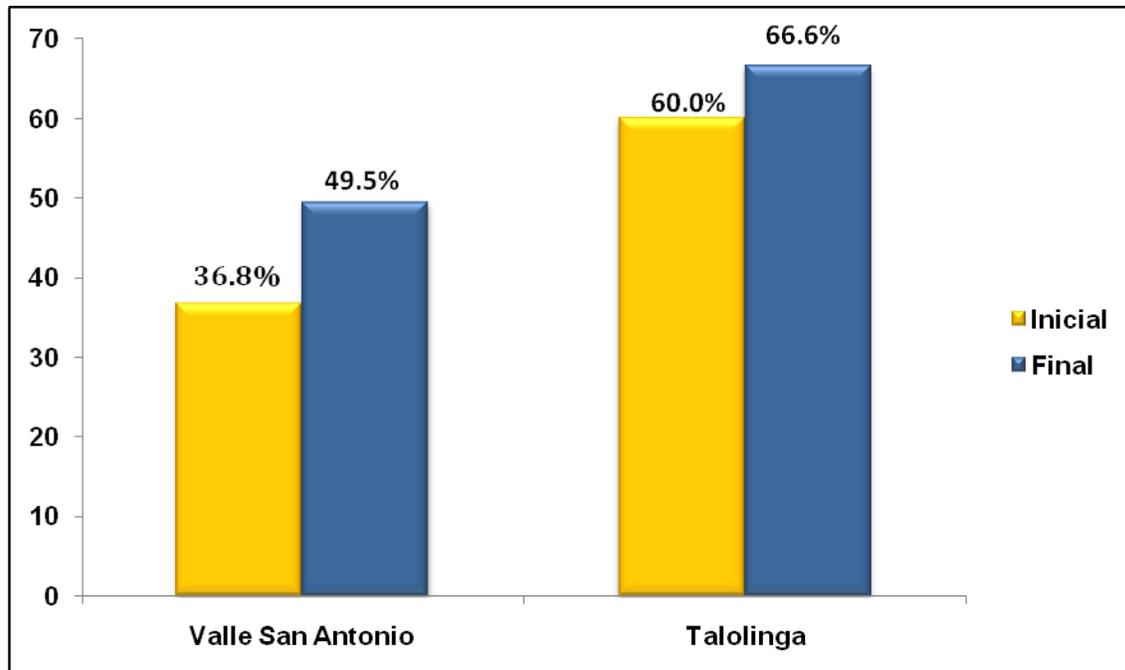
En la línea de base, las mujeres mencionaron determinados factores de riesgo que influyen para enfermar de cáncer cervicouterino, quienes identificaron como principal factor la promiscuidad masculina (marido con varias mujeres) (97.2 y 81.3%) y la promiscuidad femenina (96.2 y 81.3%), mientras en la segunda encuesta los otros factores fueron igualmente reconocidos; al comparar la encuesta inicial y final en el Valle San Antonio no se muestran cambios por el contrario en Talolinga las diferencias son significativas en todos los factores de riesgos. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres que mencionaron determinados factores de riesgo que influyen para enfermar de cáncer de cervicouterino, Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010*

Opinión	Valle San Antonio			Talolinga		
	Encuesta Inicial n=106	Encuesta Final n=107	Valor de p	Encuesta Inicial n= 75	Encuest a Final n= 71	Valor de p
Marido con varias mujeres	97.2	100.0	0.13 Yates	81.3	97.2	0.05 Yates
Las que han tenido varios compañeros	96.2	98.1	0.44 Yates	81.3	98.6	0.00
ETS	83.0	86.9	0.34	60.0	84.5	0.00
Mujeres >35 años	78.3	81.3	0.44 Yates	45.3	70.4	0.00
IVSA Temprana	83.0	89.7	0.11	52.0	77.5	0.02
Las que tienen muchos hijos	64.2	78.5	0.16	54.7	81.7	0.00

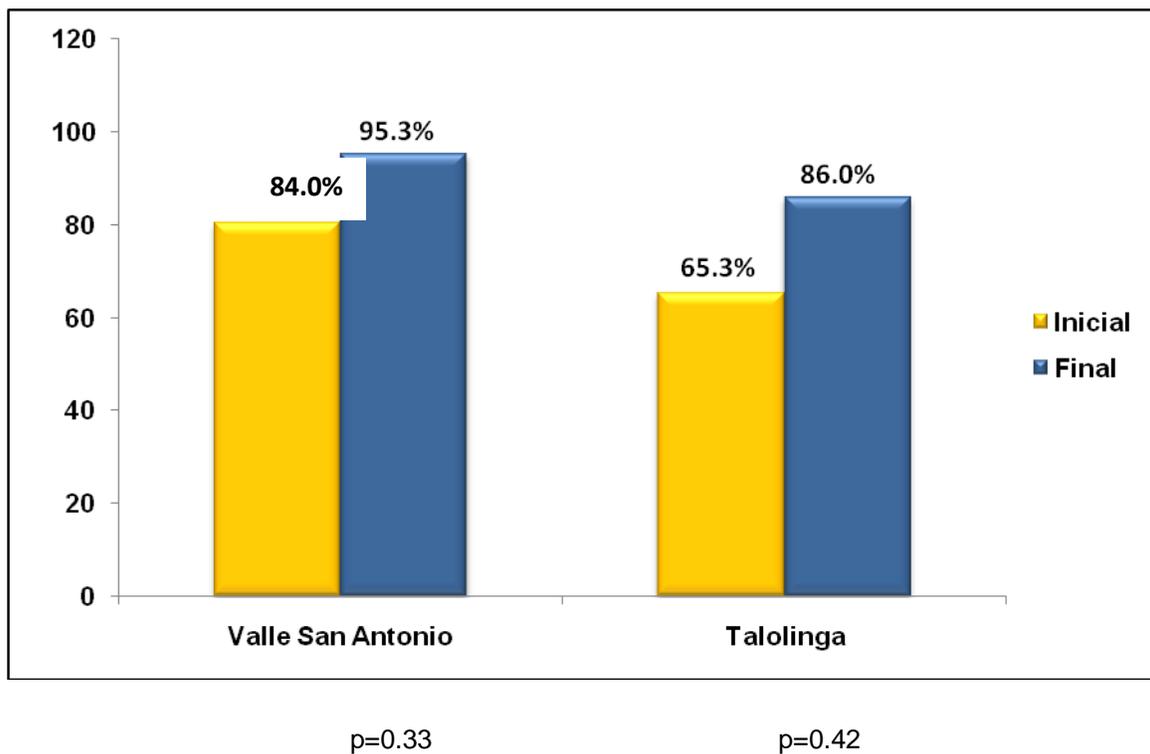
En el Valle San Antonio inicialmente las mujeres contestaron que el cáncer cervicouterino se cura, sin embargo después de la intervención la mayoría de las mujeres coincidieron que el cáncer es curable cuando está comenzando. En Talolinga las mujeres sabían que el cáncer es curable, en la segunda encuesta se logró mejorar las formas de pensar, el 66.6% respondió que el cáncer es curable cuando está comenzando. Sin embargo en estas comunidades rurales persisten paradigmas en relación al cáncer a pesar de las actividades de educación e información. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres que saben que el cáncer cervicouterino se cura cuando está comenzando, Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



Un alto porcentaje de las mujeres afirmaron saber que el estudio citológico cervical sirve para detectar cáncer y lesiones precancerosas y en menor porcentaje las enfermedades del cuello uterino, estos datos fueron más satisfactorios en la segunda evaluación que se realizó además de no encontrarse significancia estadística. Cabe señalar que las mujeres se refirieron a otras patologías como infecciones, ETS, SIDA, según el gráfico 5.

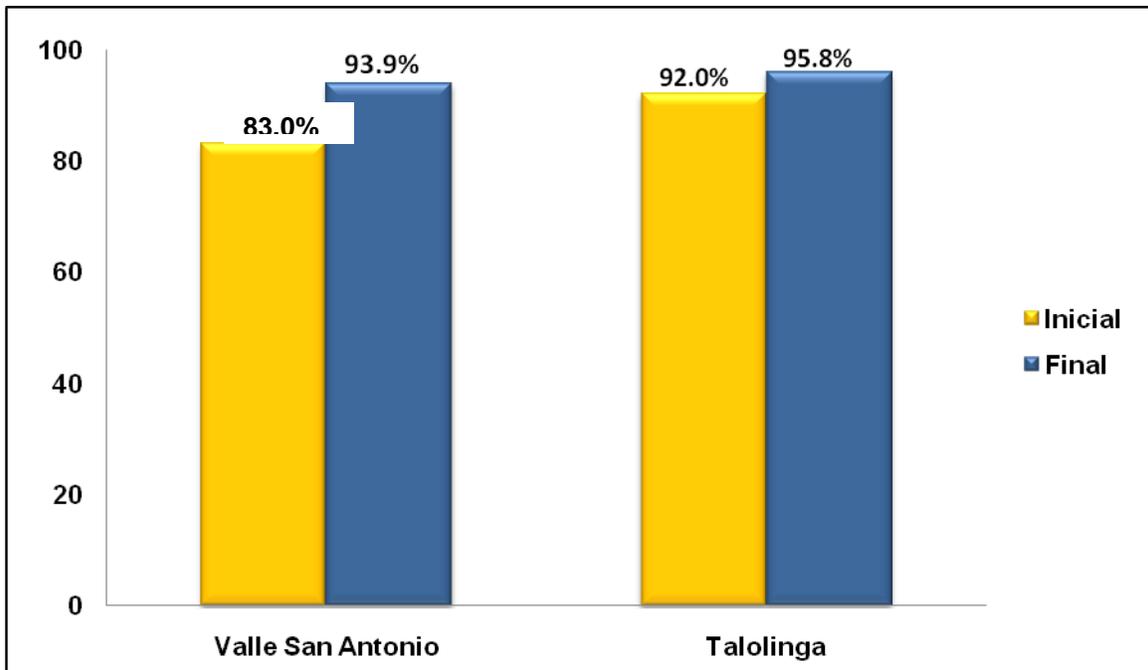
Gráfico 5. Porcentaje de mujeres que saben que la citología cervical sirve para detectar cáncer o lesiones precancerosas del cervicouterino, Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



7.4 Actitudes y Prácticas

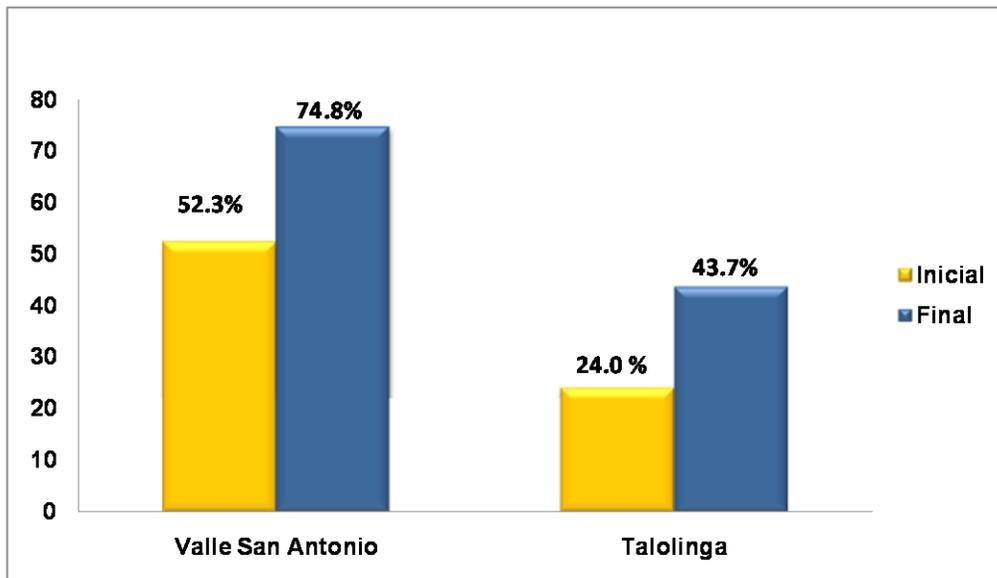
En ambas comunidades las mujeres manifestaron que se han realizado la citología cervical alguna vez en su vida y en la segunda encuesta tanto en el Valle San Antonio como en Talolinga obtuvieron un 91% y más de la mitad indicó habérselo tomado en el puesto de salud de su comunidad (Gráfico 6).

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres que alguna vez se han hecho el examen de citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



El tiempo transcurrido desde la última vez que se practicaron la citología cervical fue de 6 meses, teniendo un incremento del 23% de diferencia entre la inicial y la final para Valle de San Antonio y 20% para la comunidad de Talolinga, encontrándose significancia estadística según se observa en el gráfico 7.

Gráfico 7. Porcentaje de mujeres que se realizaron el examen de citología cervical en los seis meses previos a la encuesta inicial y final el Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010

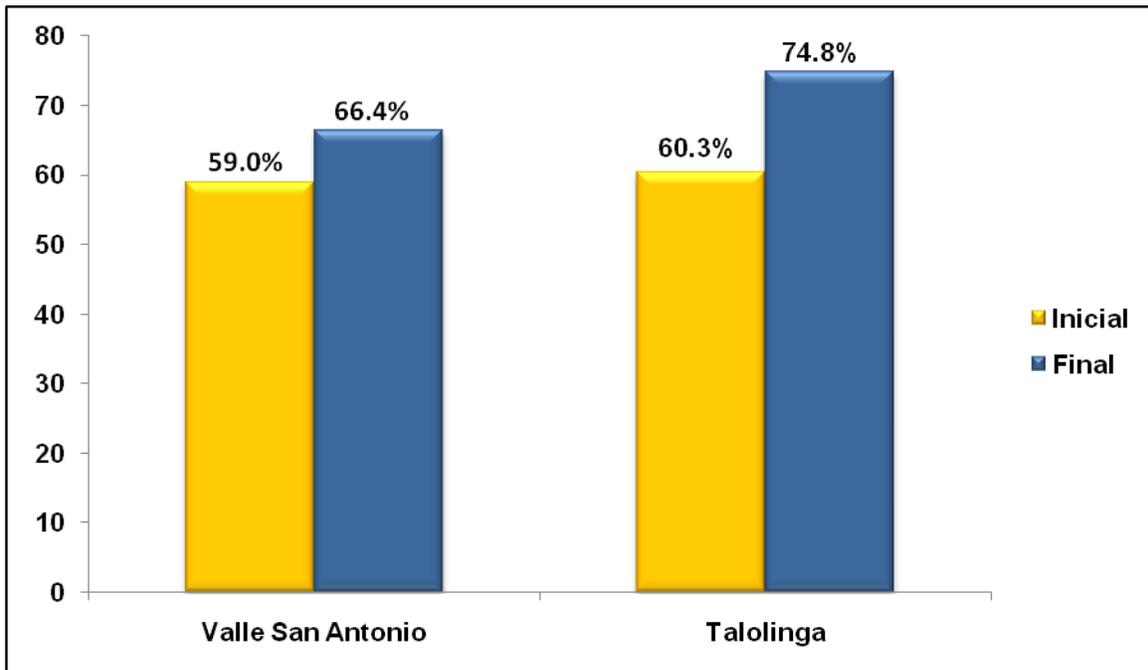


P=0.00

P=0.01

En el Valle San Antonio como en Talolinga la mayor parte de las mujeres se realizaron el examen citológico cervical porque lo solicitaron de manera espontánea, demostrando en la encuesta final se observa un aumento para ambas la comunidades el Valle San Antonio se mantiene con un ligero ascenso, en cambio Talolinga tiene un incremento de 14.5% más que la encuesta inicial. (Gráfico 8).

Gráfico 8. Porcentaje de mujeres que solicitó de manera espontánea la citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010



8. DISCUSIÓN

8.1 Valoración del proceso educativo a través de la red comunitaria

En general, se considera que la intervención educativa basada en actividades de educación y motivación desarrolladas con la red comunitaria con la participación de las mujeres de las dos comunidades tuvo un impacto positivo, hubo muy buena participación e interés con el estudio. La principal lección aprendida de esta experiencia es que con una buena labor de información y educación a las mujeres y sobre todo con voluntad de ayudar a los demás se logran vencer todos los obstáculos. Es importante enfatizar que al trabajar con los actores sociales se facilita mucho el trabajo, su ayuda en el estudio demostró ser positiva, tomar en cuenta sus sugerencias y atender sus solicitudes seguramente contribuyó a que se obtuvieran buenos resultados.

Los promedios de los resultados obtenidos tanto en la prueba diagnóstica inicial y en la prueba final posterior a la capacitación mostró mejoría notable en los conocimientos adquiridos por parte de la red comunitaria, en el Valle San Antonio de 64% pasó a 81% y en Talolinga de 65% a 78%, demostrando estos datos que la información fue bien asimilada.

8.2 Valoración de los cambios en la cobertura del examen de citología cervical

8.2.1 Conocimientos de las mujeres en relación al cáncer cervicouterino

Un alto porcentaje de mujeres de ambas comunidades al inicio del estudio manifestaron que nunca habían oído hablar acerca del Cáncer cervicouterino como finalidad del examen de la citología cervical, esto fue un hallazgo notable en la primera encuesta realizada, sin embargo con la intervención se logró que el

96.6% de las mujeres en El Valle San Antonio y el 92.5% en Talolinga manifestaran tener conocimientos sobre el cáncer cervicouterino, sus causas, factores de riesgo y principalmente de la citología cervical vaginal y su utilidad en el diagnóstico de la enfermedad. Esta cifra es muy superior al 63% encontrado en un estudio realizado en el mercado “Raúl Cabezas Lacayo”, León ⁽¹⁸⁾ y de 54% en la comarca de los Lechecuagos.

La principal fuente de información fue el personal de salud. En la encuesta final que se realizó se pudo corroborar este dato, pues el 85.7% de las mujeres en El Valle San Antonio y el 91.6% de las mujeres en Talolinga manifestaron que fue el personal de salud quien les brindó información acerca del cáncer cervicouterino y sobre la citología vaginal.

En general, se encontró al inicio del estudio que las mujeres tenían un pobre conocimiento en relación a la existencia del programa DOC en sus puestos de salud, solo el 76% de las mujeres en El Valle San Antonio y el 26.2% en Talolinga sabían del programa, sin embargo con la intervención estas cifras fueron de 89.1% y 80.4% en ambas comunidades respectivamente, lo que indica que la labor educativa ha sido positiva, logrando una población de mujeres más informadas, a la par este dato es estadísticamente significativo para Talolinga.

Con relación a los factores de riesgo, se encontró que del total de la MEF entrevistadas, el 97.7% y el 98.1% del Valle San Antonio y Talolinga opinaron que el principal factor de riesgo que predispone al cáncer cervicouterino es la promiscuidad masculina (marido con varias mujeres), estos datos fueron similares a los obtenidos en la primera encuesta realizada, pero con la intervención también fueron identificados los demás factores de riesgo como la promiscuidad femenina, ETS, mujeres mayores de 35 años, inicio temprano de la relaciones sexuales y mujeres que han tenido muchos hijos. Se hace la aclaración que en éste acápite, que se detectó un error en el momento del análisis de la información ya que desde la capacitación del instrumento se le orientó a la red comunitaria leerle las respuestas a la mujeres que se

entrevistaba, lo que facilitó la respuesta y por tanto no se muestra la diferencia en conocimiento antes y después de la intervención, aun así se hicieron los cálculos el Valle San Antonio, pero no hay cambios, Talolinga en todos los factores de riesgo son altamente significativo.

Datos similares se encontraron en el estudio de intervención realizado en Camagüey, donde tomaron como muestra 80 mujeres entre 16 y 45 años de edad, luego de la intervención aumentó el conocimiento entre un 80 y 100 por ciento en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino ⁽¹⁹⁾.

El 53.0 % de las mujeres del Valle San Antonio y en Talolinga indicaron que el cáncer cervicouterino “Es curable cuando está comenzando”, esto indica que los conocimientos que poseen en relación al tema son adecuados.

De las mujeres que afirmaron saber para qué sirve la citología cervical el 86.3% en el Valle San Antonio y el 84.1% en Talolinga consideraron tiene como principal utilidad la detección del cáncer cervicouterino.

8.2.2 Prácticas en relación al cáncer cervicouterino

A parte de lo anterior, es importante notar que no solo existen mejores conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y sobre el examen para detectarlo, sino también en lo relacionado a las prácticas, pues en la segunda encuesta el 90.9% de las mujeres del Valle San Antonio y el 90.7% en Talolinga indicaron haberse realizado la citología cervical. Esta cifras son superiores a las encontradas en la Encuesta de Salud Familiar realizada en 1992-1993 ⁽²⁰⁾, que era de 43.0%.

Un dato importante que hay que hacer notar es el hecho de que el tiempo transcurrido desde la última vez que se practicaron la citología cervical fue de 6 meses, el incremento del 23% de diferencia entre la inicial y la final para Valle de

San Antonio y 20% para la comunidad de Talolinga, muestra el aumento de la cobertura de la citología cervical, durante la intervención, lo que se considera efectivo como resultado esperado; al comparar los datos de la encuesta inicial y final estas diferencias son significativas para el Valle San Antonio y Talolinga respectivamente.

Los datos numéricos logrados con la intervención superan al de un estudio realizado por Maxwell y cols. ⁽²¹⁾ en Los Ángeles reportó que 17% de las mujeres de origen filipino muestran abstencionismo hacia la realización de la detección de cáncer cervicouterino.

Por lo anterior es razonable considerar que existe una relación de causa-efecto entre el conocimiento y la práctica del mismo. Esta relación fue demostrada en un estudio sobre salud reproductiva en cuatro departamentos del país en el 2005 ⁽²²⁾ y el estudio realizado con mujeres del mercado Raúl Cabezas en el año 2004 ⁽²³⁾. Por otro lado, la mitad de las mujeres de ambas comunidades manifestaron haberse hecho el examen en los últimos doce meses, siendo esta cifra muy superior a la de 17.7% en la Encuesta de Salud Familiar y cercana a la cifra de 49.4% en la Encuesta de Salud Reproductiva antes mencionada.

Posterior a la intervención un alto porcentaje de mujeres acudió en un lapso menor de 12 meses a realizarse la citología cervical, 91.7% en el Valle San Antonio y 52.5% en Talolinga, lo cual consideramos positivo pues en el estudio en mujeres americanas de origen filipino realizado por Maxwell y col. acudieron solo el 44% de las mujeres en un periodo de 12 meses en el seguimiento.⁽²⁴⁾ La diferencia se encuentra relacionada con el tamaño de muestra y metodología de intervención utilizada, ya que en este estudio de estos investigadores hubo una muestra de 530 mujeres, en el que además se mostraban videos, programas televisivos y entregaban información sobre el cáncer cervicoterino, y se invitaba a las participantes a realizarse su citología.

Un estudio realizado por Englestad y col. mencionan que posterior a la

intervención en un grupo en Oakland asistieron 35 (65%) mujeres en seis meses⁽²⁵⁾, datos que son superados por el presente estudio.

Hay que mencionar que en dichos estudios los investigadores contaron con mayor apoyo humano como personal médico, así como financiamiento económico de diferentes organizaciones, lo que incluyó a la comunidad e inclusive iglesias, además de materiales didácticos como televisores y videos por mencionar algunos ejemplos para poder alcanzar coberturas más amplias.

En cuanto la entrega de los resultados de la citología cervical, se demostró que el retraso en la entrega afecta negativamente el interés de las mujeres. Este problema ha venido disminuyendo, pues actualmente les toma entre uno y dos meses a las unidades de salud para entregar los reportes a las usuarias. Al respecto se ha trabajado con los municipios cabecera para que los resultados tarden lo menos posible, durante la intervención se logró coordinar la entrega de los reportes de las muestras tomadas en los puestos de salud en los últimos meses brindándose una continuidad al servicio, a pesar que las investigadoras habían culminado su período de servicio social.

Un dato muy llamativo del estudio es que solo se encontró un caso de NIC II en las citologías cervicales realizadas, la mayoría de los reportes fueron inflamatorios, además se identificó un caso diagnosticado con el virus del papiloma humano actualmente en tratamiento.

8.2.3 Actitudes de las mujeres de 25 a 64 años

En cuanto a las actitudes se demostró que la gran mayoría se realizó el examen por que llegaron solicitándolo, de estos casi todos tuvieron su resultado, encontrándose en más de la mitad reportes de Papanicolaou con inflamación.

Es de notar que la mayoría de las mujeres se realizaron el examen de la citología cervical por que llegaron solicitándolo lo que indica una buena motivación e iniciativa por parte de las usuarias para realizárselo, probablemente por estar

informadas sobre los beneficios del examen.

Las mujeres que indicaron “Nunca” haberse realizado el examen de la citología cervical vaginal tanto en El Valle San Antonio como en Talolinga hubo un predominio de mujeres que manifestaron la negativa del compañero respecto al examen como motivo principal para no habérselo realizado. Otras razones mencionadas con menor frecuencia fueron: vergüenza, temor a que fuese doloroso, falta de confianza con el personal de salud y desconocer la existencia del examen citológico vaginal.

También, se reflexiona que el mayor motivo de ausentismo para la realización de la citología cervical sea la negativa del compañero: 7.4% para el Valle San Antonio y 30% para Talolinga. Por lo cual es necesario tomar medidas para estimular a las mujeres de la región para cambiar su actitud ante el programa, pues ellas refirieron haber escuchado información sobre tener que realizarse la detección y aun así no acudían.

En un estudio de intervención realizado en México en el año 2009, encontraron que el principal motivo de la “no realización de la citología cervical” fue la despreocupación por parte las mujeres (22%).⁽²⁶⁾

Por lo tanto, es importante enfatizar la importancia de la labor del médico familiar al capacitar sobre el cáncer cervicouterino y citología cervical a toda mujer de 35 años y más como lo demuestra el estudio de B. Delgadillo que demuestra que la edad de riesgo para cáncer in situ es de 40 a 65 años y en este estudio, pudimos corroborar que las mujeres acudieron en mayor porcentaje a la realización de la detección oportuna de cáncer mientras más informadas estaban. Cabe señalar que mientras mayor información tengan las mujeres sobre el padecimiento tendrán más interés de descartar que lo padezcan, y así disminuir la incidencia en estadios avanzados.

9. CONCLUSIONES

La intervención educativa basada en la red comunitaria fue útil ya que se mejoraron los conocimientos y la cobertura del examen de citología cervical, en dos comunidades de León.

Se considera que al valorar el proceso educativo en los miembros de la red comunitaria, se percibió alta motivación y disposición para aprender, además de que en los resultados de las pruebas escritas inicial y final se logra detectar cambios en el porcentaje promedio, en las comunidades, 81 en Valle de San Antonio y 78 en Talolinga. Se hace notar que a pesar de las limitantes encontradas, se contó con una red comunitaria bien organizada en cada una de las comunidades lo cual facilitó mucho el trabajo realizado, además de la disposición de las mujeres.

También, en la valoración de los cambios en la cobertura del examen de citología cervical, se logró incrementar la demanda y por ende la cobertura del examen en 16.9% para el Valle San Antonio y 9.6% para Talolinga, superior a la encontrada al inicio de la intervención, agregándose que con la intervención además de obtener conocimientos, los que fueron más notorios en Talolinga, además permitió ofrecer seguimiento a las mujeres que obtuvieron algún reporte de su citología alterado.

10. RECOMENDACIONES

1. Dado los buenos resultados obtenidos con la intervención es importante darle continuidad a éste tipo de actividad que favorece la interacción entre la red comunitaria como actores sociales destacados que han contribuido a mejorar sus conocimientos sobre el problema del cáncer cérvico uterino, y a la detección oportuna del mismo.
2. Promover la participación social y de los actores sociales, en conjunto con las unidades de salud, orientados a la sensibilización, responsabilidad, conjunta en la solución de los problemas de salud, en particular sobre el cáncer cervicouterino en sus comunidades actuando como informadores y promotores de salud.
3. Fortalecer el trabajo con la red comunitaria sobre la promoción y prevención del cáncer cervicouterino coordinando visitas domiciliarias a zonas rurales dispersas.
4. Siendo que los factores socioculturales influyen en la captación de mujeres para la toma del examen de la muestra citológico, se recomienda motivar y sensibilizar a las parejas especialmente al varón en “reuniones con hombres” por su participación en los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas O. Valoración de la situación del cáncer de cervicouterino y lesiones preclínicas en el Occidente y Norte de Nicaragua. Diagnóstico y manejo de lesiones premalignas del cérvix. UNAN-León Curso precongreso 16 y 17 de Junio 2003. (Pág.4-6).
2. Bankowski J. Brandon y Cols. Ginecología y obstetricia. Johns Hopkins University School of Medicina. Baltimore, Maryland.
3. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Ministerio de Salud. Managua. Septiembre 2004.
4. Alvarado, Marisela y Centeno, Noel, Álvarez José. “Enfrentando el cáncer del cuello uterino; una experiencia de trabajo con mujeres del mercado Raúl Cabezas Lacayo”. León, Nicaragua 2002- 2003.
5. Blandino, Meneses. Carlos. “Manejo del cáncer de cérvix en el HEODRA Ene 1989 – Ago 1990”. 1991. León, Nicaragua. (Unan – León) Tesis (Dr. Especialista en ginecología y obstetricia).
6. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Op cit (ver referencia 3)
7. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino, Dirección de atención integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, MINSA. Septiembre 2000.
8. Ministerio de Salud. Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de salud. Proyecto de promoción de la salud integral de la mujer. Managua Noviembre, 2001.
9. Ministerio de Salud, 2001. Op cit (ver referencia 8)

10. UNAN-León- MINSA- Núcleo Educativo Rural (NER) La Asunción. “Fomento de la demanda del examen de Papanicolaou mediante trabajo de los estudiantes de V año del NER La Asunción en la comarca los Lechecuagos, 2005.”
11. Lewis, Marlene J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América latina. Washington D.C. OPS, 2004.
12. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006-2007. Nicaragua Junio 2008. Págs. 240.
13. Toruño A. y Almendarez T. Situación de la Salud Reproductiva en 4 departamentos de Nicaragua. 2005. Departamento de Salud Pública UNAN-León.
14. Ministerio de Salud. Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud. Managua, Nicaragua, 2004.
15. Bankowski J. B y Cols. Op cit (ver referencia 2)
16. Gonzáles F, Rodriguez F. Evaluación de la calidad con que se desarrolla el componente detección oportuna del cáncer cervicouterino en el municipio de El Castillo, Rio San Juan. UNAN-León.2006.
17. Alvarado, M. Centeno, N. 2002- 2003. Op cit (ver referencia 4)
18. Maxwell A, Bastani R, Vida P, Warda U. Results of a randomized trial to increase breast and cervical cancer screening among filipino American women. Prev Med. 2003; 37:102-109.

19. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) 2008. Op cit (ver referencia 12)
20. Toruño A. y Almendarez T. 2005. UNAN-León Op cit (ver referencia 13)
21. Alvarado, M. Centeno, N. 2002- 2003. Op cit (ver referencia 4)
22. Maxwell A, B, 2003. Op cit (ver referencia 20)
23. Castro J. Calidad del Servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en dos comunidades de la desembocadura del Río Grande. UNAN-León. 2005.
24. Engelstad LP, Stewart sl, Nguyen BH, Bedeian KL, Rubin MM, Pasick RJ, Hiatt RA. Abnormal Pap Smear Follow-Up in a High-Risk Population. *Cáncer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2001; 10:1015-1020.
25. Chávez M. y Col. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Camagüey. 2008.

ANEXOS

Anexo 1.

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencia Médicas**



“Capacitación a la red comunitaria sobre el Cáncer Cervicouterino y citología cervical en dos comunidades de León”

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010.”

Autoras:

Br. Arlen Masiel Narváez Quiroz.

Br. Luisa del Socorro Narváez Quiroz.

Tutor:

Lic. Fidelina del S. Munguía Hernández

Maestría en Administración de Servicios de Salud.

¡A la libertad por la Universidad!

1. Introducción

Ante la presencia del cáncer cervicouterino considerado un importante problema de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes en todo el mundo y sobre todo la causa de muerte en mujeres de 35 – 65 años. Es un reto la falta de reconocimiento del cáncer cervicouterino como un problema de salud prevenible, parece ser también la falta de apoyo dentro de las estructuras políticas. Existe en buena parte ignorancia respecto a este problema de salud y su naturaleza prevenible, o bien a la impresión de que esta enfermedad no causa una muerte inmediata ni produce epidemias agudas que requieren acciones específicas para su contención.

En el país, la ausencia de vigilancia del cáncer cervicouterino, significa una debilidad considerable en la atención primaria, ya que impide realizar una evaluación fidedigna y de sus repercusiones. Además, aunque existen formas definidas, no siempre se logra un óptimo cumplimiento de las mismas, un sistema de información muy débil.

También existe adiestramiento y capacitación inadecuados para el personal de apoyo como es la red comunitaria. Hay recursos financieros muy escasos y destinados a lograrlo.

De ahí la necesidad de las distintas unidades de atención primaria en salud donde se realizan la toma de la muestra cervical para el estudio citológico se ha demostrado baja cobertura en la práctica del examen por múltiples factores ya conocidos, por lo que consideramos necesario incidir mediante la aplicación de estrategias educativas destinadas a fortalecer el programa y a su vez incrementar la demanda de la citología cervical vaginal.

Y en estos municipios donde el analfabetismo, machismo, la apatía hacia las unidades de salud y en algunos lugares el difícil acceso a estas contribuyen como principales aliados a favor de la no realización de la citología cervical vaginal y la captación tardía de mujeres con lesiones precancerosas en el cuello de la matriz.

Es por ello la necesidad de intervenir mediante estrategias educativas dirigidas al personal de salud, así como empoderar y hacer responsables de su propia salud a la comunidad teniendo en cuenta como principal paradigma del nuevo modelo de atención integral a la familia y la comunidad (MOSAFC), que plantea que la salud debe ser intersectorial y con participación de la comunidad.

1. Justificación

Los beneficios de la capacitación brindará a la sociedad y a la institución son

Se contara con un grupo voluntario de la red comunitaria capacitada sobre la situación de la salud de las mujeres del país respecto al problema del cáncer cérvico uterino, mejorado sus conocimientos sobre la enfermedad, dispuesta a persuadir, informar y comunicar a las mujeres de las comunidades seleccionadas sobre los beneficios del programa propuesto. Además, la red comunitaria contribuirá a incrementar la cobertura de la citología cervical en los puestos de salud Valle San Antonio, El Sauce y Talolinga, Santa Rosa del Peñón.

2. Resultados esperados

Los 27 miembros de la red comunitaria de los puestos de salud, de la comunidad Valle San Antonio en El Sauce y Talolinga, Santa Rosa del Peñón se sientan con interés y motivación para aplicar sus conocimientos básicos sobre el cáncer cervicouterino y sobre las medidas prevención; incrementan la demanda del examen de citología mediante actividades de información y educación.

3. Objetivos generales

- Logren una adecuada motivación y sensibilización para trabajar en la prevención de la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino.
- Miembros de la red comunitaria adquieran conocimientos básicos sobre el cáncer cervicouterino y sobre las medidas de prevención.
- Mejorar su capacidad para realizar un trabajo educativo efectivo en las familias.

4. Objetivos específicos

Los integrantes de la red comunitaria en dos comunidades estarán en la capacidad de

- Mencionar las causas y factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.
- Señalar características de las mujeres que necesitan el examen de citología cervical vaginal.
- Mencionar condiciones que debe cumplir una mujer para que le realicen el examen de citología cervical.

5. Perfil seleccionado

El miembro de la red comunitaria será capaz de

- Cambios en la cobertura de la citología cervical.
- Cambios en los conocimientos y prácticas de la población.
- Cambios en los conocimientos de los miembros de la red comunitaria en comparación con las programadas.

6. Las características de los cargos y/o funciones

La red comunitaria se desempeña en la comunidad asignada para visitar a la población, particularmente a la mujeres que constituyan la población blanco, estén adecuadamente informadas sobre el cáncer de cuello uterino, sus causas, medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Podrá referir a la unidad de salud a mujeres que tengan indicada la realización de la citología cervical, miembro facilitador de la comunicación entre el personal de las unidades de salud y las mujeres, con fines de dar seguimiento al tratamiento o recomendaciones brindadas.

Y adicionalmente, los miembros de la red comunitaria llevaran un registro de las actividades realizadas, de los resultados de las mismas, y se mantendrán en comunicación con el personal de salud.

7. Constancia

El puesto de salud Talolinga, Santa Rosa del Peñón y el Valle San Antonio, El Sauce, entregaran un diploma de reconocimiento por el trabajo realizado durante la intervención.

8. Requisitos de admisión al curso

Entre los requisitos de ingreso de la red comunitaria al programa de intervención tendrá en cuenta, al inicio una carta de solicitud exponiendo los motivos de su participación, como primara aprobada y/o secundaria, la capacitación recibida, grado de aprendizaje alcanzado y puntaje obtenido, facilidad en la comunicación o deseos de aprender, cambiar y con valores personales principalmente el respeto por las personas y con el interés por desarrollar su persona y sobre todo lo que proceda de su comunidad o le sea cercana.

9. Organización del programa

Los aspectos que se incluye son

9.1 Organización del aprendizaje se basa en una metodología participativa, para cada uno de los temas. Consiste en un proceso dinámico, integrado, armónico y coherente, es una manera de aprender en donde se elimina la comunicación vertical y propone vías horizontales que estimula a los participantes a ser críticos y creadores preparándose para la lucha contra el cáncer cervicouterino.

Es un proceso donde se adquieren y comparten nuevos conocimientos a través de reflexión y análisis.

En esta metodología no hay profesores ni alumnos, no se dictan conceptos si no por el contrario es un proceso colectivo de producción de conocimientos, que busca promover la reflexión, la toma de conciencia y compromiso a nivel personal y social.

Los principios básicos de la metodología participativa son

Partir de la realidad se comienza con los conocimientos vivencias personales. Los principales mecanismos utilizados con la auto - reflexión la lluvias de ideas, preguntas o relatos de historias. Es importante tener en cuenta los aportes que se obtengan en esta etapa ya que el saber y sentir de los participantes es el punto de partida para hacer posible la reflexión posterior.

Reflexión y análisis o construcción de los conocimientos una vez que se cuenta con el marco global de las vivencias de la realidad se entra a un proceso de reflexión, de análisis de los elementos que son de interés colectivo y son de los que se desean transformar. Es aquí donde los facilitadores promueven una profundización del análisis anterior y aclaran, además de ampliar con nueva información para que las y los participantes elaboren sus propias conclusiones sobre el tema. Es importante crear espacios que faciliten que los participantes expresen sus conclusiones y comentarios a fin de continuar aclarando, refiriendo a nuevas lecturas de tal manera que los participantes se apropien de esta información. Esto lo podemos hacer por medio de dramatizaciones, estudio de casos y trabajo de grupo.

Nueva practica enriquecida: se establecen compromisos que lleven a cambios de actitud. Una vez que los participantes han elaborado sus propias conclusiones motivadas para que incorporen ese conocimiento a su vida a través de un compromiso persona.

9.2 Plan del curso

Objetivo: lograr una adecuada motivación y sensibilización para trabajar en la prevención de la morbilidad por cáncer cervicouterino.

Descriptor	Conceptos	Textos y recursos bibliográficos
Motivación y sensibilización	Definición Factores que favorecen la motivación. Autoestima	Psicología general y del adolescente
Situación del cáncer cervicouterino en el país	Frecuencia de la morbilidad Frecuencia de la mortalidad	Plan Nacional de Nicaragua MINSA, 2008.
Situación del cáncer cérvico uterino en cada comunidad	Frecuencia de mortalidad en El Sauce y Santa Rosa del Peñón. Frecuencia de mortalidad en Nicaragua. Factores que afectan la presencia de este problema de salud	Plan de salud de cada localidad. MINSA, Santa Rosa del Peñón y El Sauce.

Objetivo: adquieran conocimientos básicos sobre el cáncer cérvico uterino y sobre las medidas de prevención.

Descriptor	Concepto	Textos y recursos bibliográficos
Cáncer cervicouterino	Definición Importancia	Manual de promotores de Salud, MINSA 2008.
Factores de riesgo del cáncer cervicouterino	Factores de riesgo principales personales y hereditarios	Ginecobstetricia
Medidas de prevención del cáncer cervicouterino	Examen citológico	Normas de prevención del cáncer cervicouterino

Objetivo: mejorar la capacidad para realizar un trabajo educativo efectivo en las familias y la comunidad.

Descriptor	Concepto	Textos y recursos bibliográficos
La información y la comunicación a las familias	Definición de información Definición de la comunicación Formas de comunicación Tipos de informe y referencias	Manual de promotores de Salud, MINSA 2008. Información, educación y comunicación, MINSA 2008.
La educación a las familias	Entrevista domiciliar	Axel Kroeger y Ronaldo Luna. Principios y métodos, segunda edición, OPS 1992.

9.3 **Recursos humanos:** participaran en este proceso las investigadoras, principales para el desarrollo de los temas, las que se han venido entrenando en la aplicación de las técnicas participativas.

9.4 **El programa de capacitación se desarrollara** con el apoyo de las autoridades del MINSA y de la dirección de cada puesto de salud de las comunidades seleccionadas, en un total de 14 horas, distribuidas dos horas diarias.

9.5 Plan calendario (fecha de inicio y finalización)

Fecha y hora	Temas	Responsable
17 de agosto 2- 4pm	Palabras de bienvenida a los participantes	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez Directoras de cada centro de salud.
18 de agosto 2 – 4 pm	Motivación Autoestima Test diagnóstico inicial	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez
19 de agosto 2 - 4 pm	Situación del Ca Cu. En Nicaragua y en la localidad.	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez
20 de agosto 2-4 pm	Ca Cu factores de riesgo, síntomas, medidas de prevención.	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez

21 de agosto 2 - 4 pm	Entrevista domiciliar	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez
22 de agosto 8 – 12 md	Práctica de la entrevista domiciliar	Dra. Inf. Arlen Narváez Dra. Inf. Luisa Narváez

10. Evaluación del aprendizaje

Para la evaluación: se consideran los criterios asistencia y puntualidad, calidad de la participación al 80% de todas las actividades. Comprende la evaluación tres momentos una diagnóstica (pre-test), una evaluación formativa (participación en la dinámica y demostraciones) y evaluación sumativa que comprende una evaluación teórica con un valor del 40% y demostración de trabajo práctico del 60%.

12. Aseguramiento de la calidad del trabajo

Se promoverá el autoestudio mediante la entrega de material (folletos) previamente entregados con antelación, casos didácticos, dinámicas y material de trabajo, los que durante cinco días diarios se harán el estudio continuo y una sesión de cuatro horas para la práctica.

13. Finalización del curso

Se hará un examen final y la presentación escrita de sus compromisos de trabajo en la comunidad de donde procede o cercana.

14. Divulgación

Se hará una reunión con la comunidad para presentar la propuesta del estudio y demanda de la capacitación de agentes de la red comunitaria, a las autoridades representante de las organizaciones y dirigentes de la comunidad, así sensibilizadas en el apoyo para el desarrollo de la capacitación, con el compromiso final de entregarles un informe final de la actividad realizada.

15. Vinculación

Entre los subproductos del curso de capacitación se alcanzara una vinculación siguiente:

- Comunidad identificando a grupos de jóvenes o personas que trabajan con la red comunitaria, con motivación e interés para un trabajo en la comunidad, principalmente hacia el cáncer cervicouterino.
- Mejor comprensión de las participantes sobre la situación del cáncer cervicouterino de su localidad y de Nicaragua.
- Participantes mejor preparadas en establecer una comunicación interpersonal y con la población, principalmente las mujeres de riesgo.
- Intercambio de experiencias comunitarias entre las participantes.

- Aprendizaje y fortalecimiento en una autopreparación personal.
- Aprendizaje en la elaboración de informe escrito de las experiencias previas.

16. Monitoreo y evaluación

El monitoreo del programa estará centrado en la calidad de la participación del grupo seleccionado, enfatizando en clase los mensajes apropiados que cada día deben de dominar, haciendo énfasis en la práctica de la entrevista (las demostraciones) y principalmente el ejercicio de aplicación en la comunidad. Se solicitará a la dirección del centro de salud supervisión evaluativa del proceso de enseñanza que se estará desarrollando o bien a la dirección materno infantil del SILAIS, mediante un reporte escrito.

17. Insumos

El programa de capacitación cuenta con el apoyo de las investigadoras principal, el apoyo de las autoridades del centro de salud, dirección comarcal. Se utilizara para la capacitación del recurso la infraestructura del puesto de salud de cada comunidad. El material bibliográfico será facilitado por las investigadoras y la asesoría del trabajo en el Departamento de Salud Pública y gestiones que se solicitaran a organizaciones con presencia en la localidad.

18. Financiamiento

Se dispone de los siguientes aportes: personal, para un costo total de C\$ 7000.00 córdobas netos.

Anexo 2.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencia Médicas

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010.”

Prueba diagnóstica inicial y final a la red comunitaria

Nombre y Apellidos _____ Fecha _____
Dirección _____

I. Coloque una X en la respuesta correcta

a) El Cáncer de matriz es: **(10 puntos)**

- Es un crecimiento maligno que ocurre en el cuello uterino x
- Es un cáncer que solo les da a las mujeres mayores de 35 años _____
- Es un cáncer que les da a las mujeres jóvenes _____

a) Cuáles mujeres tienen mayor riesgo de enfermar de cáncer de matriz?
(20 puntos).

- Las que tienen muchos hijos _____
- Las que tienen o han tenido varios compañeros _____
- Cuando el marido tiene varias mujeres _____
- Las que tuvieron marido cuando estaban muy chavalas _____
- Las que han padecido de cresta de gallo _____
- Todas las anteriores x

b) Es Curable el cáncer de matriz? **(20 puntos)**

- Sí, siempre se puede curar _____
- Sí, pero cuando está comenzando x
- No, el cáncer no se cura _____
- No sabe _____

c) Para qué sirve el Papanicolaou? **(10 puntos)**

- Detectar lesiones precancerosas _____
- Detectar cáncer de cuello de la matriz x
- Detectar enfermedades del cuello de la matriz _____

d) Los requisitos para realizar el Papanicolaou, marque el incorrecto. **(10 puntos).**

- No utilizar medicamentos vaginales 48 horas antes_____
- No tener relaciones sexuales 48 horas antes_____
- Andar con la regla (menstruación) x

e) Donde hacen el examen del Papanicolaou? **(10 puntos)**

- En las clínicas privadas_____
- En el centro de salud_____
- En el puesto de salud_____
- En el Hospital_____
- Todas las anteriores x

f) De donde se toma la muestra para el examen del Papanicolaou? **(10 puntos).**

- De la vagina_____
- Del cuello de la matriz x
- De ambas partes_____

g) Cada cuanto tiempo se debe hacer el Papanicolaou? **(10 puntos).**

- Cada año_____
- Cada 3 años_____
- Cada vez que el médico lo indique x
- Con cada embarazo x

Gracias mucha suerte

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

**Anexo .3 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León
Facultad de Ciencias Médicas**



“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

“Experiencia en la toma de citología cervical y visita al departamento de patología HEODRA del equipo de investigación”

Autoras:

Arlen Masiel Narváez Quiroz
Luisa del Socorro Narváez Quiroz

Tutor

Lic. Fidelina Munguía Hernández
Maestría en Administración de Servicios de Salud pública

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

En esta parte del trabajo se expresan las experiencias que las investigadoras adquirieron en el transcurso de la intervención, aunque no estaba propuesto en los objetivos a cumplir fue importante adquirir estos conocimientos y experiencia.

Experiencia del equipo de investigación

Se realizó un entrenamiento por parte de las integrantes del estudio en cada comunidad para afianzar conocimientos y poner en práctica las normas del programa “Detección oportuna del cáncer cervicouterino” en la toma de citologías cervicales bajo la supervisión del responsable del programa y médico especialista (Ginecóloga) en la unidad de salud cabecera para el Sauce y para Santa Rosa el Peñón la médico general responsable del programa DOC.

Se fortalecieron los conocimientos en base a la realización de casos - problemas y las tomas de citologías supervisadas. Se hizo una revisión de las normas del programa DOC. La pasantía de las investigadoras consistió en la toma de muestras durante una semana en el centro de salud, las que fueron enviadas a patología para su lectura, haciéndosele un seguimiento de la calidad de las muestras, siendo para Valle San Antonio 12 (91.0%) y Talolinga 9 (88,8%) en ambas las respuestas se consideraron satisfactorias.

Visita al Departamento de Patología

Se realizó una visita al Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA), previa autorización del responsable, quien coordinó inicialmente con la cito tecnóloga el proceso del estudio de una muestra citológica, desde su ingreso la que debe estar en condiciones óptimas tanto de su fijación como de sus datos, posteriormente se observó el proceso de preparación para su próxima lectura y por último se observó el registro en el libro establecido por este Departamento, como del Formato de Solicitud con dos copias que corresponden una a la paciente y otra al expediente.

Flujograma del método de Papanicolaou empleado:

Pasos	Papanicolaou rápido
1	Recepción de la muestra con hoja de solicitud de citología cervical.
2	Registro del paciente en un libro y etiquetación del mismo.
3	Fijación de la muestra durante 10 minutos con alcohol al 95%.
4	Hidratación con agua estéril o del chorro.
5	Reactivo con Hematoxilina de Harris 1.5 a 3 minutos. Para teñir los núcleos de las células
6	Lavar con agua, pero no totalmente.
7	Deshidratación de la muestra, sumergido en alcohol al 95%.
8	OG-6 (Orange 6) para teñir células de 3-10 minutos. Permite la diferenciación citoplasmática
9	Enjuagar con alcohol al 95% en 2 cubetas.
10	E-A-50% (Eosina Asur) de 3 a 5 minutos, tiñe las células superficiales e intermedias.
11	Enjuague con alcohol al 95%.
12	Secar a temperatura ambiente.
13	Montaje permanente.
14	El portaobjeto con la muestra se sumerge en Xilol, que permite aclarar la tinción.

15	Se colocan 2 gotas del Bálsamo de Canadá, luego se coloca el cubre objeto
16	Se deja secar al ambiente y en una superficie plana.
17	Las láminas se ordenan por un tiempo de 5 años y las hojas de resultados de la citología una se le entrega al paciente, una a la unidad donde fue tomada y la otra queda archivada.

Resultados

Las localidades de donde proceden en su mayoría de las mujeres son de los caseríos cercanos a las unidades de salud respectivas.

Cuadro 1. Distribución porcentual de la procedencia de las mujeres del Valle San Antonio. El Sauce y Talolinga Santa Rosa del Peñón 2009-2010.

Valle San Antonio	Encuesta Inicial n=106	Encuesta Final n=107
Valle centro	15.1	15.0
San Martin 2	14.1	13.0
La Joya	15.1	15.9
Hato Viejo	12.3	12.1
Las Mesitas	12.2	14.0
Tempisque	8.5	8.4
Nahualapa	13.2	13.1
Las Calderas	7.5	7.5
Total	100.0	100.0
Talolinga	Encuesta Inicial n=75	Encuesta Final n=71
El Picacho	40.0	43.7
Talolinga	44.0	26.0
Las Cañas	16.0	29.6
Total	100.0	100.0

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que respondieron sobre quién les brindó información relacionada al cáncer cervicouterino. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Persona que brindó información	El Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=106	Encuesta Final n=107	Encuesta Inicial n=75	Encuesta Final n=71
Personal de salud	85.4	93.4	73.3	95.8
Médico privado	17.0	1.8	10.7	18.3
Estudiantes	9.4	2.8	4.0	11.3
Clínica privada	6.7	1.8	2.7	4.2
ONG	28.3	13.0	0.0	7.0
Otros	29.3	67.1	10.6	12.6

Cuadro 3. Distribución porcentual de lugares donde las mujeres han acudido para realizarse la citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Unidades de salud	Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=88	Encuesta Final n=100	Encuesta Inicial n=59	Encuesta Final n=68
Puesto de salud	63.2	77.6	81.3	90.1
Clínica privada	15.0	10.8	9.3	2.8
Hospital	2.8	2.8	1.3	2.8
ONG	1.9	1.9	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Las mujeres que manifestaron haberse realizado la citología cervical, la mayoría obtuvo el reporte de su examen en la primera y segunda evaluación realizada.

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres que obtuvieron el resultado de la citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Entrega de la citología	Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=88	Encuesta Final n=100	Encuesta Inicial n=59	Encuesta Final n=68
Si	87.5	92.0	73.3	77.9
No	12.5	8.0	18.7	22.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

En relación a las mujeres que indicaron no haber obtenido el reporte de la citología cervical, en la línea de base se encontró que el principal motivo había sido que “No se lo habían entregado” en El Valle San Antonio y en Talolinga, datos que se invirtieron en la segunda evaluación como se observa a continuación.

Cuadro 5. Distribución porcentual de los motivos por los que las mujeres no obtuvieron el resultado de la citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Respuesta	Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=18	Encuesta Final n=7	Encuesta Inicial n=16	Encuesta Final n=3
No lo retiró	27.2	85.7	5.3	13.4
No se lo han entregado	72.7	14.2	13.3	8.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

En cuanto a las mujeres que si obtuvieron el resultado de su examen la mayoría presentó una inflamación en el reporte de su citología cervical.

Cuadro 6. Distribución porcentual de los reporte de la citología cervical en las mujeres del Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Reporte	Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=88	Encuesta Final n=100	Encuesta Inicial n=59	Encuesta Final n=68
Normal	27.2	28.0	14.4	11.7
Inflamación	56.8	52.3	59.4	52.9
Displasia	3.4	2.8	2.8	5.8*
Cáncer	0.0	0.9	0.0	0.0
No sabe	12.5	9.3	2.8	7.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

*Se confirmó un caso con el virus del papiloma humano.

Razones mencionadas por las mujeres sobre el examen de citología cervical

Las mujeres que indicaron “Nunca” haberse realizado el examen de la citología cervical vaginal tanto en El Valle San Antonio como en Talolinga hubo un predominio de mujeres que manifestaron la negativa del compañero respecto al examen como motivo principal para no habérselo realizado. Otras razones mencionadas con menor frecuencia fueron: vergüenza, temor a que fuese doloroso, falta de confianza con el personal de salud y desconocer la existencia del examen citológico vaginal (Cuadro 17).

Cuadro 7. Distribución porcentual de los motivos que tienen las mujeres que no se han hecho la citología cervical. Valle San Antonio y Talolinga, 2009-2010.

Opinión	Valle San Antonio		Talolinga	
	Encuesta Inicial n=18	Encuesta Final n=7	Encuesta Inicial n=6	Encuesta Final n=3
Olvido	0.9	0.0	66.6	33.3
Falta de tiempo	9.4	4.6	83.3	33.3
No importante	4.7	3.4	33.3	33.3
Marido no quiere	6.6	7.4	33.3	33.3
Vive lejos	5.7	4.0	50.0	0.0
Mala imagen del P/S	2.8	1.1	16.6	0.0
Otros: (vergüenza, temor, desconocimiento)	8.8	5.4	50.0	5.6

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

Anexo No. 4

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009 -2010”.

Fecha _____ Nombre del responsable _____

P/S Talolinga	Casas Visitadas	Líder comunitario	Brigadistas	Parteras	Mujeres referidas para PAP	Nombre de quiñen tomó la muestra	Resultados
Las Cañas							
Picacho							
Talolinga							
P/S Valle San Antonio							
Valle Centro							
Las Mesitas							
Nahualapa							
Hato Viejo							
San Martín II							
La Joya							
Las Calderas							

Firma del Responsable _____

Anexo 5.

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencia Médicas**

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010.”

CUESTIONARIO

Estimado usuario el siguiente instrumento esta dirigido a las mujeres de 25 – 64 años de edad, para conocer el nivel de conocimiento y prácticas en relación al cáncer cervico uterino, y la citología cervical, por su amable cooperación agradecemos de antemano.

I. DATOS GENERALES

1) Ficha: _____ 2) Localidad: _____

3) Nombre: _____

Dirección: _____

4) ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____ años

5) ¿Fue a la escuela? Si _____ (1) **SEGUIR CON LA PREGUNTA 5**

No _____ (2) **PASAR A LA PREGUNTA 6**

6) ¿Cuál fue el último año aprobado?

_____ Primaria _____ Secundaria _____ Universidad _____ Analfabeta

7) Comunidad

Sauce: Valle San Antonio

Santa Rosa del Peñón: Talolinga

II - CONOCIMIENTOS:

8) ¿Ha oído hablar del cáncer de la matriz?

Sí _____ (1)

No _____ (2)

9) ¿Quién le ha brindado información sobre Cáncer cervicouterino?

Personal de salud Si___ (1) No___ (2) Clínica privada Si___ (1) No___ (2)
Médico privado Si ___ (1) No___ (2) ONG (pro-familia) Si ___ (1) No___(2)
Estudiantes Si___ (1) No___ (2) Otros (Especificar) _____

10) ¿Sabía que en el C/S o P/S de esta comunidad funciona un programa para diagnosticar oportunamente el Ca de la matriz?

Sí _____ (1)

No _____ (2)

11) ¿Cuáles mujeres tienen mayor peligro de enfermar del Cáncer de la matriz?
ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA.

- Las que tienen muchos hijos: Sí _____ (1) No ___(2)
- Las que tienen o han tenido varios compañeros: Sí _____(1) No ___(2)
- Cuando el marido tiene varias mujeres: Sí_____ (1) No___(2)
- Las que tuvieron marido cuando estaban muy chavalas: Sí _____ (1) No _____(2)
- Las que han padecido de cresta de gallo. Sí _____ (1) No _____(2)
- Mujeres mayores de 35 años de edad Sí _____(1) No___(2)

12) ¿Es curable el Cáncer de la matriz? Léale las opciones:

- Sí, siempre se puede curar _____ (1)
- Sí, pero solo cuando el Ca está comenzando _____ (2)
- No, el Ca no se cura _____(3)
- No sabe _____ (4)

13) ¿Sabe para qué sirve el examen de Papanicolaou? Espere respuesta espontánea.

Sí ___ (1) SIGA CON LA PREGUNTA 14

NO ___ (2) PASAR A LA PREGUNTA 15

14) ¿Para qué sirve el PAP? Espere respuesta espontánea.

- Detectar lesiones precancerosas: Sí _____(1) No _____(2)
- Detectar cáncer de cuello uterino Sí _____ (1) No _____(2)
- Detectar enfermedades del cuello uterino Si _____ (1) No _____ (2)
- Otras: _____ especificar _____

d) Cáncer ____ (4)

e) No sabe ____ (5)

22) Si no se ha realizado nunca el PAP ¿Cuál fue el motivo?

ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA.

- | | |
|--|-------------------------|
| - Se le ha olvidado | Si ____ (1) No ____ (2) |
| - Falta de tiempo | Si ____ (1) No ____ (2) |
| - No considera importante el examen | Si ____ (1) No ____ (2) |
| - El marido no quiere | Si ____ (1) No ____ (2) |
| - En donde se lo haría le queda muy largo | Si ____ (1) No ____ (2) |
| - Tiene mala imagen de las unidades de salud | Si ____ (1) No ____ (2) |

GRACIAS

Nombre del entrevistador

Nombre del supervisor

**Anexo 6. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de Ciencias Médicas**

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada a mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León 2009-2010.”

Plan de actividades de información y motivación realizadas para incrementar la cobertura de la citología cervical en dos comunidades de León.

Fecha de las reuniones	No. de participantes	Actividad	Objetivos logrados
01-09-09	16	Bienvenida, presentación del estudio y de cada uno de los participantes y sus expectativas. Motivación a la población y a la red comunitaria.	Sensibilización a la población para trabajar en la prevención.
28-09-09	13	Análisis de la situación actual del cáncer cervicouterino en el país y en el municipio, estudio y sus objetivos, beneficios para comunidad. Anatomía de los órganos genitales femeninos Primera prueba escrita diagnóstica a la red comunitaria. Llenado del perfil de cada participante Duración: 2 hrs.	Que la población conociera el estudio a realizar e informada sobre la frecuencia de morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino, factores implicados. Se lograron identificar las principales dificultades que tenían los participantes respecto al tema.
06-10-09	6	Entrega de resultados obtenidos del primera prueba escrita diagnóstica.	Identificar principales dificultades encontradas.

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

		<p>Inicio de capacitación, definiciones, generalidades, importancia del cáncer cervicouterino y programa DOC.</p> <p>Factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención.</p> <p>Duración: 4 hrs</p>	<p>Red comunitaria bien informada y con conocimientos básicos sobre el cáncer cervicouterino y cómo prevenirlo.</p>
14-10-09	14	<p>Reunión de la red y mujeres de la comunidad.</p> <p>“Quienes deben hacerse el Papanicolaou”</p> <p>Duración: 2 hrs.</p>	<p>Mujeres que constituyen la población blanco bien informadas sobre el cáncer cervicouterino.</p>
21-10-09	11	<p>Educación a la población, inicio de talleres utilizando dinámicas y medios audio-visuales: papelógrafos, cartulinas, volantes, materiales para la toma de la citología, importancia, diagnóstico y tratamiento oportunos, requisitos para la toma de las citologías.</p> <p>Duración: 3 hrs.</p>	<p>Red comunitaria con bases y con habilidades en la toma de la citología, sin tabúes respecto al examen.</p> <p>Mujeres informadas sobre los requisitos antes de tomar el Papanicolaou.</p>
26-10-09	11	<p>Recordatorio de los temas impartidos en la sesión anterior.</p> <p>Que los participantes conozcan la importancia de difundir el tema en sus familias y comunidad, adquieran conocimientos en comunicación y sus</p>	<p>Familias y comunidad bien informadas y motivadas para realizarse la citología cervical</p>

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

		formas. Sesión participativa.	
11-11-09	18	Realización de las entrevistas domiciliarias, convencimiento y referencia de mujeres en riesgo a realizarse el examen en el P/S.	Mujeres que llegan voluntariamente a solicitar se les realice el examen, mejorar confianza de la población con el personal de salud
25-11-09	18	Intercambio de experiencias por parte de los integrantes de la red comunitaria. Revisión de material bibliográfico. Sintomatología del cáncer cervicouterino, estadios y formas de invasión.	Se logró fortalecer la autoestima y autopreparación personal de los participantes.
15-12-09	3	Visitas y seguimiento a brigadistas con alguna dificultad en el llenado de las fichas. Toma de citologías en las visitas a cada comunidad.	Mejoramiento de las dificultades que tenían los participantes de algunas comunidades
07-01-10	10	Explicar logros obtenidos en el incremento de la cobertura de la citología en la comunidad hasta ese momento, mejoría de la comunicación con la población.	Se logró aumentar la cobertura de la citología vaginal en la comunidad en más del 100%.
20-01-10	8	Entrega de materiales: papelógrafos y cartulinas alusivas a la citología en las casas bases y escuelas.	Lograr difundir el tema y concientizar a la población sobre el tema. Educar a la población.
04-02-10	17	Realización de la prueba escrita final a la red comunitaria para valorar mejoría de	Red comunitaria mejor informada y con

“Valoración de una intervención educativa basada en la red comunitaria, destinada mejorar los conocimientos y la cobertura relativos a la citología cervical en dos comunidades de León, 2009-2010”

		<p>conocimientos en relación a la citología cervical.</p> <p>Intercambio de experiencias obtenidas durante la capacitación. Sugerencias de los participantes.</p>	<p>conocimientos científicos sobre la citología vaginal.</p>
17-02-10	17	<p>Revisión de los resultados de la segunda prueba escrita posterior a la intervención. Revisión de casos-problemas. Preguntas y respuestas, participación espontánea. Aclaración de dudas.</p>	<p>Se logró mejoría de conocimientos y se superaron dificultades que se habían encontrado.</p> <p>Red comunitaria más unida y trabajando en equipo por la salud de su comunidad</p>
22-02-10	17	<p>Recordatorio de los temas impartidos en la capacitación, entrega de material bibliográfico.</p> <p>Lectura del “poema del líder”.</p>	<p>Se lograron afianzar temas respecto a la citología cervical.</p>
08-03-10	23	<p>Entrega de reconocimientos a los participantes y estímulo en agradecimiento por su inestimable ayuda al estudio y beneficios obtenidos para la comunidad.</p> <p>Almuerzo en el P/S.</p> <p>Actividad de clausura de la capacitación.</p>	<p>Actividad de convivencia con la red comunitaria y el personal de salud.</p>