

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

**Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, del 1 de Mayo al 30 de Agosto del 2013.

Autores: Yara Yadhith Matamoros Gutiérrez
Mayela del Carmen Méndez Munguía.

Tutora: Dra. Ana Maria Villanueva Fletes
Especialista en Gineco-Oncología.

Asesor: Dr. Francisco R. Tercero Madriz, Ph.D.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, 26 de Septiembre del 2013.

INDICE

INTRODUCCION.....	1-2
ANTECEDENTES.....	3-5
JUSTIFICACION.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEORICO.....	9-21
DISEÑO METODOLOGICO.....	22-24
OPERALIZACION DE LAS VARIABLES.....	25-26
RESULTADOS.....	27-39
DISCUSIÓN.....	40-41
CONCLUSION.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44-46
ANEXOS.....	47

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo investigativo a Dios por habernos dado sabiduría, entendimiento, fuerza y perseverancia para cumplir una de las metas trazadas en nuestro largo camino.

A nuestros padres, que han sido fuente de inspiración, comprensión, ayuda y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

- ❖ Agradecemos a Dios que ha sabido guiar nuestros pasos.
- ❖ A nuestros padres por el apoyo incondicional que ha permitido nuestra formación en el trayecto de la vida.
- ❖ A nuestra tutora Dra. Ana María Villanueva Fletes y a nuestro asesor Dr. Francisco Tercero, que nos brindaron su ayuda y conocimientos para hacer posible la culminación del presente trabajo.
- ❖ Y todas aquellas personas que hicieron posible la realización de la investigación.



1. INTRODUCCIÓN

La prueba de Papanicolaou, llamada así en honor del médico griego George Papanicolaou, que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer, también conocida como citología exfoliativa o citología de cérvix. Esta prueba es una forma eficaz de examinar las células del cérvix, para detectar de manera temprana la presencia de infecciones, inflamación y células anormales. Con la ventaja de ser un método sencillo, inócuo y con una eficacia aceptable.^{1, 2}

Los programas de detección temprana, han contribuido de manera significativa a la reducción de la morbi-mortalidad, pues el diagnóstico precoz a través de la citología cervical ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso, un menor costo para los servicios de salud y las usuarias. Su valor en el diagnóstico es importante cuando se complementa con estudios colposcópicos e histopatológicos, sobre todo para la detección de neoplasia intraepitelial cervical en todos sus grados. Su utilización se justifica porque el cáncer cérvico-uterino y sus precursores generalmente presentan largos periodos de latencia.²

La distribución de los casos y las muertes se inclina fuertemente hacia los países de bajos y medianos ingresos (PBMI), que representan el 86% de los casos mundiales y el 88% del total de las muertes.³ Los países de altos ingresos que han integrado eficazmente servicios de Papanicolaou para la detección de CaCu (cáncer cérvico uterino), en los servicios de salud pública han logrado razonablemente altas tasas de cobertura, reduciendo la incidencia y la mortalidad en las últimas 7 décadas.⁴

En la actualidad el uso de las vacunas profilácticas eficaces para prevenir la infección con los tipos de virus del papiloma humano (VPH) 16 y 18, (Vacuna Bivalente) los de más alta capacidad oncogénica, así como la Vacuna Tetravalente (6, 11,16 y 18) prometen



ser un mecanismo para disminuir la incidencia y quizá en un futuro la eventual eliminación de cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública, si esta se utiliza adecuadamente.⁶⁻⁸

En base a lo anterior el cáncer cérvico-uterino se considera una enfermedad prevenible y tratable. Por lo tanto, las mujeres informadas acerca del Papanicolaou tienen menos probabilidad de desarrollar la enfermedad, debido a que esto conlleva a la realización periódica de esta prueba, por las mujeres en riesgo.

Con este estudio pretendemos identificar las necesidades de conocimientos y actitudes de las mujeres hacia la realización del Papanicolaou para así orientarlas, para mejorar sus prácticas en la detección precoz de lesiones cervicales.



1. ANTECEDENTES

En Nicaragua, el Programa Nacional de Detección Oportuna (DOC), iniciado en 1980, no ha tenido el impacto esperado, debido a la baja cobertura asociada a la ausencia de mecanismos que permitan el control de calidad y el seguimiento de los casos.⁹

En Nicaragua, dos tercios de los tumores malignos se presentan después de los 50 años y representan el 9% de las causas de muertes en las mujeres. De estos, el 20% corresponden al cáncer cérvico-uterino, el cual tiene una tendencia al incremento por la baja cobertura del Papanicolaou, el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo.⁹ Las principales causas de mortalidad por cáncer, se debe al cáncer cérvico-uterino (45%) y cáncer de mamas (53%).¹⁰ De acuerdo a recientes cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa ajustada de mortalidad por cáncer cérvico-uterino es de 25.8 por 100,000 mujeres.¹¹

Según estadísticas de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007 las mujeres alguna vez casadas o en unión estable se han realizado más el examen de Papanicolaou que aquellas que nunca han estado casada/unida (74% vs. 41%). La práctica del Papanicolaou se incrementa con el nivel económico o educativo de las encuestadas, pasando del 53% entre las del nivel económico bajo al 82% entre las del nivel alto, y del 61% entre aquellas sin educación formal al 83% mujeres con estudios superiores. Las mujeres que menos se han realizado la citología son las que actualmente tienen de 15 a 19 años de edad (30%) y las sin hijos vivos (37%).¹²

A continuación se presenta una síntesis de estudios nacionales e internacionales similares, sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP):

En el 2006 González realizó una encuesta en 252 mujeres entre 20-59 años de dos comunidades de San Carlos y Río San Juan, habiendo encontrado una baja cobertura de Papanicolaou debida a conocimientos deficientes sobre el mismo y sobre el cáncer



cérvico-uterino. La baja escolaridad, vergüenza y pudor son limitaciones en la práctica del examen. No obstante, las actitudes fueron favorables en ambas comunidades.¹³

En el 2008, Aguilar realizó un estudio en 300 mujeres que asistieron a consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque y Fernando Vélez Páiz. El 81% había oído hablar del Papanicolaou y solo el 46% sabía que se usa para prevenir el cáncer cérvico-uterino. Aunque la mayoría sabía la periodicidad de su realización, solamente el 60% de las mujeres con resultados patológicos del Papanicolaou cumplen su tratamiento debido al temor de no tener relaciones sexuales con su cónyuge.¹⁴

En el 2010, Palacios et al. realizó un estudio en 70 trabajadoras de Servicios Generales del Hospital Carlos Roberto Huembes. Ellos concluyeron que la mayoría tenía un buen conocimiento, actitudes favorables y prácticas correctas sobre el Papanicolaou. Además, observaron que el nivel de conocimientos mejoraba con mayor escolaridad; y que el nivel de escolaridad (universitaria), estado civil (casada) y la edad (30-45 años) son factores que mejoran las prácticas y actitudes hacia la realización del Papanicolaou.¹⁵

En Puerto Sandino se estudiaron 285 mujeres entre 15-65 años y se encontró que el 96.5% habían oído hablar del Papanicolaou y el 77.2% respondió que era para detectar el cáncer cérvico-uterino. La mayoría de actitud fue favorable y solamente el 27.4% no se lo había realizado por vergüenza, descuido y desconocimiento.¹⁶

En el 2011, Mayorga y Aráuz estudiaron mujeres entre 20-60 años que acudieron a consulta externa del Hospital Carlos Roberto Huembes. Concluyeron que la mayoría eran adultas jóvenes, procedencia urbana, casada, con alta escolaridad, profesional, católica y asegurada. Más de dos tercios de mujeres tuvieron un conocimiento y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou considerado de bueno y muy bueno.¹⁷

En cambio, solo el 33% se había realizado la prueba de Papanicolaou. Las principales razones por las que se lo hicieron fueron: para control de su salud, seguido por detección temprana de cáncer de cérvix y de otras enfermedades. Mientras que las principales



razones para no hacérselo fueron: descuido, por considerarse sanas, temor a tener cáncer, no sabe por qué, pereza y no querer realizársela.¹⁷

Mutyaba et al. (2006) realizó un estudio transversal en 310 trabajadoras y concluyeron que a pesar del conocimiento de la gravedad del cáncer cérvico-uterino y la prevención de la prueba de Papanicolaou, sus actitudes y prácticas hacia el tamizaje fueron negativas.¹⁸

En Brasil, Fernández et al. (2009) realizaron una encuesta poblacional a 267 mujeres entre 15-69 años y concluyeron que el 46.1% tenían adecuado conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou, casi dos terceras partes tenían actitudes y prácticas adecuadas. El adecuado conocimiento, actitudes y prácticas se asociaron a mayor escolaridad. Las principales barreras a la prueba fueron negligencia, la no solicitud, poco interés de su médico, y vergüenza.¹⁹

En Nicaragua el cáncer cérvico-uterino es el cáncer de más alta incidencia y mortalidad de todos los tipos de cáncer que afectan a la mujer. La tasa de incidencia es de 39.9/100,000 y la tasa de mortalidad es de 20.6/100,000 mujeres. En el departamento de RAAS, el cáncer cérvico-uterino representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad, pero no se ha encontrado estudios previos que evalúen los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en dicha población, ni que describan características sobre la práctica periódica de la misma.



2. JUSTIFICACIÓN

Se decidió realizar este trabajo, ya que se trata de una comunidad rural, con alto índice de analfabetismo, y en general, una población femenina de riesgo por los diferentes factores a los que se encuentra expuesta para presentar cáncer de cuello uterino.

Consideramos que al ejecutarse y conocer sus resultados, tendría mucha trascendencia ya que la población rural es más susceptible a padecer cáncer cérvico uterino, debido a la poca cobertura de los servicios de salud, bajo nivel socioeconómico, edad temprana de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas y embarazos; es por lo que se pretende investigar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen en relación al método diagnóstico inicial en relación al cáncer cérvico-uterino, como lo es el Papanicolaou en dicha comunidad. Por lo tanto consideramos deben dirigirse los mayores esfuerzos para una detección temprana y un tratamiento oportuno.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola del municipio El Tortuguero, RAAS en el periodo comprendido del 1 de Mayo al 30 de Agosto del 2013?



4. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola del municipio El Tortuguero, RAAS, durante el 1 de Mayo al 30 de Agosto del 2013.

5.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Explorar el nivel de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou.
3. Determinar las actitudes hacia la realización del Papanicolaou según características demográficas.
4. Identificar las prácticas relacionadas a la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.



6. MARCO TEÓRICO

El objetivo del Papanicolaou (PAP) es un estudio al microscopio de las células exfoliadas del aparato genital femenino, que permite detectar las lesiones pre-malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas y en etapas cien por ciento curables, con medidas terapéuticas menores.²⁰

Es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer del cuello uterino en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico-uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NIC I) hasta un cáncer invasor.²⁰

Obtención de la muestra:

La muestra citológica no debe obtenerse durante la menstruación, se debe evitar medicamentos o duchas vaginales y relaciones sexuales 48 horas previas a la realización del examen.²⁰

Técnica:

Se introduce el espéculo con las valvas cerradas formando un ángulo de 45 grados, se gira y comienza abrirse lentamente en la vagina hasta localizar el cérvix, se coloca la espátula en el orificio cervical, utilizando el extremo que se ajuste mejor a su anatomía, se hace girar 360 grados por toda la circunferencia del orificio exocervical, la muestra se retiene y se extiende en el portaobjetos; a continuación se introduce el citocepillo en el orificio endocervical y se le da un giro de 180 grados, la muestra se desenrolla sobre el portaobjeto en la dirección opuesta a la que se obtuvo y se fija inmediatamente.²⁰

El frotis puede considerarse aceptable para valoración si se cumplen los cuatro criterios siguientes:



1. Identificación clara y visible de paciente y muestra.
2. Disponibilidad de una historia clínica pertinente.
3. Muestra técnicamente interpretable y de composición celular apropiada.
4. Demostración que la muestra incluyó la zona de transformación cervical.

Su exactitud varía de un 15 a un 30%, tiene una sensibilidad del 51% y una especificidad del 98%. El muestreo y la transferencia de la muestra deficientes con los métodos tradicionales son las principales causas de resultados falsos negativos y originan alrededor del 50% de las lesiones importantes que se pasan por alto.²⁰

Detección sistemática (Screening, Tamizaje, Pesquisaje, Cribaje)

Es el proceso mediante el cual pueden aplicarse pruebas de forma rápida y a gran escala se ponen de manifiesto enfermedades o defectos previamente desconocidos. Las pruebas de detección sistemáticas diferencian a las personas aparentemente sanas de las que pueden tener una enfermedad. La detección sistemática no suele generar un diagnóstico definitivo y normalmente requiere ulterior estudio y tratamiento adecuado.²¹

Exactitud: Capacidad de una prueba para producir resultados que se aproximen al verdadero valor del fenómeno; falta de error sistemático o aleatorio; precisión sin sesgo.



Actuales recomendaciones para la detección de cáncer cervical

A partir del 2003, las recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino cambiaron, la que permite más tiempo antes del primer tamizaje. Una mujer debe someterse a su primera prueba de Papanicolaou 3 años después de la primera relación sexual o a los 21 años de edad, lo que ocurra primero. Además de este cambio, los intervalos para la detección han aumentado en mujeres de bajo riesgo. Antes de los 30 años de edad, todavía se recomienda que las mujeres realicen frotis de Papanicolaou anual, ya que es la edad en que la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es más probable. Hay dos opciones para las mujeres mayores de 30 años:

1. Si una mujer ha tenido tres veces pruebas consecutivas de Papanicolaou normales, pueden ser examinadas cada 2 a 3 años con citología.
2. Si la prueba del Virus del Papiloma Humano se utiliza en combinación con la citología, una mujer puede someterse a revisión cada tres años si la prueba es negativa para el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo y tiene una prueba de Papanicolaou normal.

Todavía hay cierta controversia cuando puede ser interrumpido el tamizaje del cáncer cervical, pero la evidencia no es concluyente. El U.S. Preventative Service Task Force recomienda el cese del frotis de Papanicolaou después de 65 años de edad, siempre y cuando una mujer ha tenido recientemente un tamizaje adecuado y es de bajo riesgo para desarrollar cáncer cervical. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda el cese del tamizaje a la edad de 70. Sin embargo, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología no ha designado un límite de edad para la detección, dejando a la discreción de su médico basándose en la edad del paciente y a los factores de riesgo.²⁷



Con respecto a las mujeres que han tenido una histerectomía (incluyendo la eliminación del cuello del útero), las tres organizaciones coinciden en que la citología puede interrumpirse si se cumplen los siguientes requisitos: la histerectomía se realizó por razones benignas, la paciente tenía la prueba de tamizaje antes de la cirugía y la paciente no tiene antecedentes de las pruebas de Papanicolaou con alteraciones. Con una historia de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC) precediendo una histerectomía, una vez que la mujer ha tenido tres frotis consecutivos de Papanicolaou normales después de la histerectomía, la citología puede ser descontinuada.²¹

Manejo adecuado cuando citología es anormal

Cuando una paciente tiene una citología cervical anormal, en casi todas las circunstancias debe someterse a una colposcopia. Las excepciones a esta se analizan a continuación. La paciente en este escenario clínico con un Frotis de Papanicolaou Lesión Intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) debe someterse a una colposcopia con biopsias dirigidas. Múltiples estudios han demostrado que las lesiones en la biopsia visualizadas por colposcopia es necesaria para determinar el grado de la lesión y excluir el carcinoma invasivo. El manejo no debe basarse solamente en la impresión colposcópica. Si la colposcopia no es satisfactoria debido a que la transformación de toda la zona no puede ser visualizada o si la lesión no se puede ver, entonces se recomienda un legrado endocervical (ECC). Además, si la ablación es considerada para el tratamiento (crioterapia o Láser de CO2) en espera de resultados de la biopsia, entonces se debe realizar un legrado endocervical para descartar displasia que no se puede ver en el canal endocervical.²¹



Las pacientes con una citología cervical anormal de las LSIL (lesiones intraepitelial escamosa de bajo grado) o más deben ser evaluadas con colposcopia. En mujeres con 20 años o menos, las directrices de la Asociación Americana de colposcopia y patología cervical (ASCCP) recomiendan seguir una paciente con ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) o LSIL con las pruebas de Papanicolaou anual hasta por 2 años.²¹

Prueba de tamizaje del cáncer de cuello uterino

Los programas de detección de cáncer basado en la prueba de Papanicolaou han sido muy eficaces en la reducción de la tasa de cáncer cervical en países que han extendido los programas de cribado. Pero, el sistema no está exento de problemas. La causa más común de pérdidas en el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino es la falta de tamizaje. A pesar de la amplia disponibilidad de la prueba de Papanicolaou en los Estados Unidos, el 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical nunca han sido sometidas a tamizaje o no han tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años.²²

Hasta el desarrollo de un sistema fiable de prueba de Papanicolaou de base líquida, el único método disponible de tamizaje de citología cervical fue la prueba de Papanicolaou convencional. Este examen es una excelente prueba de detección, pero tiene numerosas limitaciones. La sensibilidad global de la prueba de Papanicolaou es de 70%. Los casos perdidos de la enfermedad cervical, son con mayor frecuencia debido a la falta de transferencia de las células del cuello del útero a la citología en lugar de una supervisión por parte del citólogo. La citología de base líquida fue desarrollada en parte para superar las deficiencias de la tradicional Prueba de Papanicolaou.²²

En la actualidad dos técnicas han sido aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) para la detección del cáncer cervical: ThinPrep (Cytoc, Boxborough, MA) y SurePath (TriPath, Burlington, Carolina del Norte).²²



Directrices para las pruebas

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) han publicado recientemente directrices basadas en evidencia que cubren una variedad de cuestiones relacionadas con la detección del cáncer cervical. En algunos casos, estas recomendaciones representan un cambio significativo de las directrices anteriores.²²

Inicio de la detección

Tradicionalmente, la detección del cáncer cervical se ha iniciado a la edad de 18 años o al inicio de la actividad sexual. Este período de tiempo corresponde a un período durante el cual las mujeres jóvenes están muy propensas a la exposición del VPH. La mayoría de las infecciones por VPH en esta población son transitorias pero pueden producir anomalías citológicas que solicitan un examen colposcópico. Estudios longitudinales en adolescentes VPH negativos que adquieren el virus, muestran que son necesarios 36 meses para desarrollar una prueba de Papanicolaou (lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL)). Finalmente, el cáncer de células escamosas en mujeres menores de 21 años de edad es extremadamente raro. Por lo tanto, la ACS y el ACOG recomiendan el inicio de la citología cervical no antes de que cumpla 21 años ó 3 años después del inicio de la actividad sexual.^{21,22}

Frecuencia de los exámenes

Es difícil de especificar la frecuencia de detección óptima para las mujeres. La citología, por su propia naturaleza, tiene una tasa de falsos negativos del 15%-30%. Por lo tanto, su éxito en parte depende de repetidas pruebas para reducir la tasa de falsos negativos de un nivel aceptable. El ACOG y la ACS recomiendan el cribado citológico anual con las pruebas de Papanicolaou tradicional y tamizaje cada 2 años si se utiliza un sistema de base líquida.²²



Ambas sociedades coinciden en que los intervalos de cribado se puede incrementar a cada 2-3 años para las mujeres mayores de 30 años con tres años consecutivos con pruebas de Papanicolaou normal técnicamente satisfactoria. Las mujeres que son VIH positivos, con una historia de exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES), o que están inmunodeprimidas deben continuar con exámenes anuales.²²

Fin del tamizaje

La edad absoluta en la que el tamizaje del cáncer cervical se deba suspender no está clara. La Asociación Americana del Cáncer (ACS) recomienda que mujeres de 70 años de edad con un cuello del útero intacto y que tienen tres o más documentados consecutivos, técnicamente satisfactoria pruebas citológicos del cuello uterino normal/negativo, y prueba no anormales/positivos dentro de los 10 años anteriores a la edad de 70 años, puede discontinuar el tamizaje citológico.

Los EE.UU. Preventive Services Task Force ha establecido 65 años de edad como límite superior de tamizaje. Las mujeres para quienes la historia completa en el tamizaje cervical se desconoce, los que tienen antecedentes de exposición a dietilestilbestrol (DES), las mujeres VIH-positivas, y aquellas que pueden tener múltiples parejas sexuales garantiza una evaluación anual. Cabe destacar que la atención ginecológica continua se justifica, incluso si las mujeres no tiene una prueba de Papanicolaou realizada.²²

Epidemiología del cáncer de cuello uterino y Virus del Papiloma Humano

Una disminución sustancial de la tasa de cáncer de cuello uterino fue vista después del desarrollo de la prueba de Papanicolaou para tamizaje. Entre 1955 y 1992, la tasa de muerte por cáncer cervical disminuyó en un 74%. La detección y disminución de la incidencia y la mortalidad del cáncer cervical es un reto cada vez mayor en los países en desarrollo, donde el cuidado de la salud y la medicina preventiva son limitados. El cáncer de cuello uterino es la causa más común de muerte relacionada con cáncer en las mujeres en todo el mundo, con más de 200,000 muertes al año. Incluso en los Estados Unidos, donde la detección del cáncer del cuello del útero está ampliamente disponible,



la revisión de datos estadísticos estima que 11,070 mujeres se les diagnosticarán cáncer cervical y de estas 3,870 morirán por esta causa en 2008.^{21,23}

Como el virus del papiloma humano (VPH) es la causa del 99% de todos los cánceres cervicales, la tasa de infección por VPH es un factor clave en el desarrollo de neoplasia cervical (NIC). La prevalencia de VPH en todos los grupos de edad se estima en casi 30%, y el grupo más afectado son las mujeres jóvenes sexualmente activas. En un estudio de 1921 las mujeres en los Estados Unidos entre 14-59 años de edad, la más elevada tasa de prevalencia se reportó en mujeres entre 20 a 24 años, en 44.8%.²¹

El cáncer cervical es la quinta causa más común de muerte por cáncer en mujeres en el mundo (después de mama, pulmón, estómago y colorectales). Es el cáncer más común en las mujeres de África y América Central. En el Reino Unido, la incidencia de cáncer de cuello uterino se ha reducido casi a la mitad desde 1975.²⁴

Múltiples factores han sido implicados en el riesgo para el cáncer cervical, pero ninguno con tanta fuerza como los que colocan a una mujer en riesgo de contraer la infección con el VPH. El comportamiento sexual es el principal determinante para la infección con el VPH.^{21,24}

La edad de la primera relación sexual, el número total de contactos sexuales, y la experiencia sexual de la pareja de la mujer son factores que aumentan la exposición a los virus. Otros indicadores de un mayor número de contactos sexuales también se han relacionado, incluidos los de alta paridad, uso de anticonceptivos orales, e historia previa de enfermedad de transmisión sexual.^{21,24}

Una vez que una mujer se infecta con el VPH, el riesgo de que desarrolle la neoplasia cervical se asocia con la presencia de otros factores que influyen su capacidad para eliminar el virus. El fumar cigarrillos se asocia al menos con un aumento del doble en el riesgo de cáncer cervical. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas



cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer.²⁵

Enfermedades de transmisión sexual, especialmente la clamidia y virus del herpes simple, también se cree que modulan la inmunidad. Cualquier tipo de inmunosupresión (por ejemplo, receptores de trasplante de órganos sólidos) promueve la persistencia de la infección por VPH. La infección por VIH y terapia inmunosupresora crónica puede hacer que una mujer sea más susceptible a la persistencia de infección por VPH y la neoplasia cervical.^{21,24}

Historia natural de virus del papiloma humano

Más del 90% de pacientes con cáncer cérvico-uterino tienen evidencia en el ADN del Virus del papiloma humano (VPH) presente en las células cancerosas, específicamente VPH de alto riesgo. El desarrollo de la precisión de pruebas para detectar el VPH, Hybrid CaptureII y la reacción en cadena de polimerasa (PCR), ha mejorado la comprensión de la fisiopatología del cáncer cérvico-uterino y la displasia cervical. El VPH es un grupo de virus del ADN común que infecta al epitelio escamoso y se asocia con una amplia gama de manifestaciones clínicas, y hay más de 85 tipos. El tracto genital representa el principal sitios de infección por el VPH, y son asintomáticas, tanto en hombres como en mujeres. Clínicamente aparente el VPH se asocia con las verrugas genitales, NIC, neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN), neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), y los cánceres de células escamosas del cuello uterino, la vagina y vulva.²²

La transmisión del VPH está fuertemente asociada con la actividad sexual. Estudios de historia natural de adolescentes VPH-negativos con pruebas de Papanicolaou normales que eran sexualmente activos demuestran claramente la adquisición sexual del VPH. El VPH es detectable en menos del 2% de las mujeres sin experiencia sexual, es detectable



en el 45% de los que son sexualmente activos. Los estudios que han seguido a través del tiempo de una cohorte de mujeres jóvenes sexualmente activas han demostrado que más del 50-60% de la población será positivo para el VPH. El enlace entre la actividad sexual y la infección por VPH se ve reforzada por la identificación de cationes de similares tipos de VPH entre las parejas sexuales.

La transmisión sexual es el principal medio de adquirir el VPH pero la evidencia de la transmisión no sexual existe. Aunque es raro, hay alguna evidencia de infección en el útero, infección perinatal, y la auto-hetero inoculación a través de un estrecho contacto no sexual, y posiblemente la transmisión directa a través de fómites.²²

La mayoría de las mujeres infectadas con el VPH son asintomáticas. Los que se detectan, ya sea por una prueba de Papanicolaou anormal, prueba de VPH, o la presencia de verrugas genitales clínicamente evidente, lo más probable es que resuelvan la infección sin tratamiento. En los estudios de la historia natural de adolescentes con infección por VPH recientemente adquirido, la duración media de la infección detectable es de 13 meses. La mayoría de los pacientes con un sistema inmune intacto resolverán la infección por VPH en 24 meses. Otra prueba de la resolución de infección por el VPH proviene de la elevada tasa de resolución de NIC 1 y NIC 2, 70% y 50%, respectivamente. Lamentablemente, algunas personas son susceptibles a la infección persistente por VPH. En estas personas el VPH puede estar presente por años, y pueden poner en riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico-uterino (CaCu).^{22,23}

En la última década ha sido notable en el conocimiento sobre la historia natural de la displasia cervical, el papel del virus del papiloma humano (VPH) en el cáncer de cuello uterino, y el desarrollo de nuevas tecnologías para la detección del cáncer cervical, específicamente la prueba de VPH y la citología de base líquida. La nueva información ha llevado a la Sociedad Americana del Cáncer (ACS), la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), y los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para desarrollar las nuevas directrices relativas para la detección del cáncer cervical, la



terminología citológica, y el tratamiento de anormalidades citológicas. Se presentan recomendaciones más actualizadas en la detección del cáncer cérvico-uterino.²²

Encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas)

Es una encuesta formal, utilizando entrevistas personales cara a cara, en la que se realizan preguntas estandarizadas pre-probadas sobre conocimiento de, actitudes hacia, y prácticas de algún método o acción, como por ejemplo el autoexamen de mama, Papanicolaou, etc. El análisis de las respuestas proporciona mucha información útil sobre el auto examen de mama y da un estimado de las posibles tendencias futuras en estas prácticas en la población. El término a veces se ha utilizado para describir otras variedades de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (por ejemplo, promoción de la salud en general o, en particular, fumar cigarrillos).²³

Estas encuestas están destinadas a medir conocimientos, actitudes y prácticas. En estos estudios se entiende por conocimiento la captación cognitiva y la comprensión de un hecho o de un hallazgo clínico o de la investigación comúnmente aceptado. Al hablar de prácticas se hace referencia al comportamiento o características del comportamiento del individuo. Por otra parte, el término actitud se refiere a uno de los conceptos centrales de la psicología social. La actitud social es “una disposición a responder favorablemente o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o acontecimiento”. Las actitudes hacen referencia, por definición, a algo específico e identificable.²⁶

El principal uso de las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), es para el diseño de intervenciones educativas que logren que los sujetos adopten comportamientos de auto cuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población. Por lo tanto, este abordaje es fundamental para ser aplicado en el diagnóstico de los conocimientos



de las mujeres sobre el auto examen de mama, Papanicolaou, cáncer de mama o de cérvix, entre otros.

Conocimiento

El conocimiento humano es la tenencia de información precisa o justifica la comprensión y las creencias sobre el universo y cualquier cosa o una idea o concepto que reside dentro de ella. Esto incluye la comprensión de los fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos, y las relaciones entre estos. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada del conocimiento. Otros refieren que el conocimiento es el mantenimiento de información precisa o entendimientos y creencias razonables sobre el universo y cualquier cosa, idea o concepto que se encuentra dentro de ese conocimiento. Esto incluye la comprensión de fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos, y las relaciones entre ellos. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada de conocimiento.²⁷

Actitud

Estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un flujo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. También se consideran reacciones evaluativas o disposiciones favorables o desfavorables hacia una situación, persona, o grupo, expresado como la creencia, sentimientos, o conducta. Debido a que las actitudes pueden ser positivas o negativas, el ayudar a la gente a cambiar de actitudes, es muy importante para ayudar a cambiar la conducta de las personas y a mejorar su salud.^{21,23}



Práctica

Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. Que comporta utilidad o produce provecho material inmediato. El comportamiento está determinado por la práctica, conducta, reacciones, es decir todo lo que acontece el individuo y de lo que le participe, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida por una situación común.²³



7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio:

El estudio fue descriptivo de corte transversal tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas).^{26,27}

7.2 Área de estudio:

El área de estudio fue el centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, municipio El Tortuguero, RAAS.

7.3 Población de estudio:

El universo de estudio fueron todas las mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú que asistieron al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, independientemente de la causa de su asistencia, durante el 1 de Mayo al 30 de Agosto del 2013. No hubo muestreo porque se estudiaron todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4 Criterios de inclusión:

- Mujeres que asistieron al Centro de salud Miguel Ángel Plazaola procedentes de la comunidad El Bambú.
- Mujeres con vida sexual activa independientemente de la edad.
- Mujeres que desearon participar en el estudio.
- Mujeres que se hayan o no realizado un Papanicolaou en los últimos tres años.



7.5 Instrumento

A cada mujer se le aplicó un cuestionario estructurado, auto-desarrollado, anónimo, previo consentimiento informado verbal. La entrevista cuenta con 6 aspectos: 1) sobre características sociodemográficas; 2) antecedentes familiares y personales; 3) Información sobre la prueba de Papanicolaou; 4) Conocimientos sobre la prueba ; 5) Actitudes con respecto a la prueba de Papanicolaou elaborado con 13 ítems basados en método Likert; 6) Práctica; para un total de 49 ítems (Anexo. 2).

Los ítems incluidos en escala Likert son los siguientes:

- Inadecuado
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

El cuestionario fue elaborado por los autores, después de llevar a cabo una búsqueda de estudios similares. Se realizó un piloto en 25 pacientes del mismo centro de salud, para corregir las dificultades de aplicación tanto para encuestador y encuestada, el orden, el tiempo de duración de las preguntas y formato del cuestionario.

7.6 Recolección de información

Previo a la recolección de la información, se solicitó autorización al director del centro de salud. La fuente de información fue primaria a través de encuestas a las pacientes. Se solicitó consentimiento informado escrito a las pacientes para proceder con el estudio, en caso de negarse la paciente se aceptó su decisión y se excluyó del estudio. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Likert, que son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.



7.7 Análisis de los datos

Los datos fueron procesados y analizados en el software SPSS versión 18.0. El análisis se basó en medidas descriptivas como promedio, mediana y desviación estándar para variables numéricas. Para las variables cualitativas se calcularon razones y porcentajes. Como medidas de significancia estadística se hizo uso de la prueba t de Student, chi cuadrado, prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$. Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones de uno para conocimientos adecuados, actitudes positivas y prácticas adecuadas, en caso contrario recibieron un puntaje de 0. Estas puntuaciones fueron sumadas para cada aspecto específico y se reagruparon según cuartiles, en el caso de los conocimientos.

7.8 Aspectos éticos

Se solicitó autorización y consentimiento informado escrito para realizar el estudio y la encuesta fue anónima. Los resultados de este estudio serán presentados a las autoridades de salud para fortalecer el programa local de la atención integral a la mujer.



Operacionalización de las variables

Variabes	Definición	Escala o Valor
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	< 20 30 – 34 ≥ 30
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado de la paciente.	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	Actividad laboral remunerada o no que realiza la mujer.	Si No
Estado civil	Condición social al momento de su entrevista.	Soltera Casada/acompañada
Religión	Religión que profesa la paciente al momento de la entrevista.	Católica Evangélica Otra Ninguna
Paridad	Números de parto que ha tenido al momento de la entrevista.	Ninguna Una Dos y más
Antecedente familiar de cáncer		Si No
Historia de fumado		Si No
Vida sexual activa		Si No



Variables	Definición	Escala o Valor
Conocimiento	Grado de entendimiento sobre el Papanicolaou corroborado en base a los parámetros de la encuesta del estudio. El nivel de conocimiento se consideró inadecuado si las respuestas estaban por debajo del primer cuartil; regular, entre el primero y segundo cuartil; bueno, entre el segundo y tercer cuartil; y muy bueno, por encima del tercer cuartil.	Inadecuado Regular Bueno Muy bueno
Actitud	Es una tendencia a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable hacia un tópico específico, concepto u objeto. ^{27,28} En este caso se refiere a la actitud de las mujeres estudiadas hacia la prueba de papanicolaou. Se midió a través de la escala de Likert, las cuales se subdividieron en adecuada e inadecuada.	Inadecuado Regular Bueno Muy bueno
Prácticas	Toda práctica relacionada a la prueba de Papanicolaou, de acuerdo a normas y protocolos. ^{27,28}	Adecuada Inadecuada



8. RESULTADOS

8.1. Características sociodemográficas

Durante el periodo de estudio se entrevistaron a 100 mujeres con vida sexual activa originarias de la comunidad El Bambú, que acudieron a consulta al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola de El Tortuguero, RAAS. El promedio de edad fue de 31.1 ± 9.4 años, la mediana de 30 años y el rango entre 16-58 años. La mayoría de mujeres tenían entre 20-34 años de edad (56%), eran casadas (87%), con baja escolaridad (77%), amas de casa (84%) y católicas (58%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres con vida sexual activa de la Comunidad El Bambú, que asisten al centro de salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Características sociodemográficas	% (n=100)
Edad (años):	
<20	9
20-34	56
35-60	35
Estado civil:	
Casada/acompañada	87
Soltera	13
Escolaridad:	
Ninguna	34
Primaria	43
Secundaria	21
Universitaria	2
Ocupación:	
Ama de casa	84
Profesional	3
Otras	13
Religión:	
Católica	58
Evangélica	39
Morava	1
Ninguna	2



El 41% de las pacientes había tenido 4 partos o más, entre 2-3 el 38% y 18% de las pacientes había tenido un parto. Solamente 3% de las pacientes tenía historia personal de fumado y ninguna de las pacientes encuestadas tenía antecedentes familiares de cáncer de cérvix (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares de mujeres con vida sexual activa de la Comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Antecedentes	% (n=100)
No partos:	
0	3
1	18
2	17
3	21
≥ 4	41
Historia de fumado:	
Si	3
No	97
Antecedentes familiares de cáncer de cérvix:	
Si	0
No	100



8.2. Información sobre la prueba del Papanicolaou

El 86% de las pacientes encuestadas dijo haber recibido información sobre Papanicolaou, y la principal fuente de información fue el personal de salud (90%), seguido por familiares (8%) y en menor porcentaje radio, televisión y amigos. El principal lugar en donde recibieron dicha información fue en las unidades de salud del MINSA, seguido por su casa y durante brigadas de salud (Tabla 3).

Tabla 3. Información sobre el Papanicolaou recibida por mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Información sobre Pap	%
Ha recibido información sobre Pap (n=100):	
Si	86
No	14
Fuente de información (n=86):	
Personal de salud	90
Familiares	8
Radio	2
Televisión	2
Amigos	2
Lugar donde recibió la información (n=86):	
Unidades de salud del MINSA	80
Brigadas de salud	10
Casas	10



8.3. Conocimientos sobre la prueba del Papanicolaou

Los ítems de conocimientos adecuados que superaron el 75% de las pacientes fueron: propósito de realizarse el Papanicolaou, su utilidad, la importancia de detección temprana y el peligro de la detección tardía del cáncer. Los ítems que obtuvieron entre 50-75% de conocimientos adecuados fueron: quienes deben de hacérselo, su frecuencia, inicio y la edad de suspensión. Los ítems que tuvieron un porcentaje de conocimientos adecuados < 50% fueron: las condiciones previas para realizarse el Papanicolaou, quienes no se lo debieran de realizar, los síntomas, la importancia de otras pruebas diagnósticas y el impacto del tratamiento del cáncer de cérvix (Tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos adecuados sobre la prueba de Pap de mujeres con vida Sexual activa de El Bambú, centro de salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

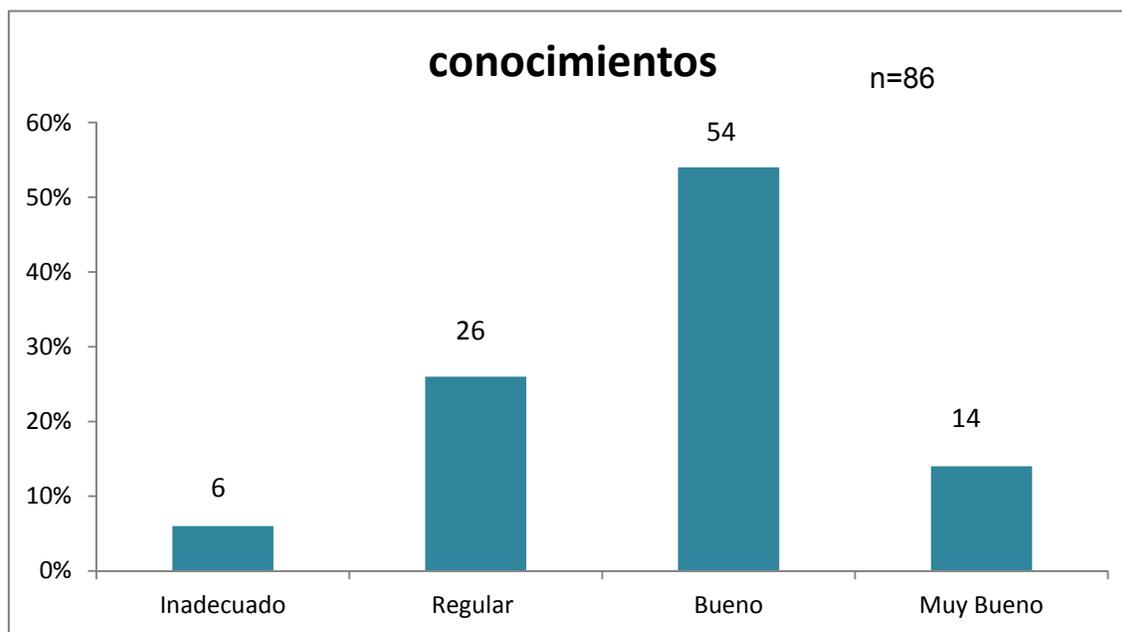
Conocimientos adecuados	% (n=86)
Es útil el Pap en el diagnóstico temprano de cáncer del cuello uterino.	93
El cáncer de cérvix uterino es curable cuando se detecta a tiempo.	88
El Papanicolaou se realiza para detectar enfermedades en la mujer	86
El diagnóstico tardío del cáncer de cérvix puede poner en peligro la vida de la paciente.	79
El Papanicolaou debe de realizarse cada año	74
El Papanicolaou debe de realizársele a mujeres con vida sexual activa	73
No sabe a qué edad se suspende la toma de Papanicolaou	67
La primera prueba se debe de realizar al inicio de la vida sexual activa	57
Las mujeres de 70 años o más no deben realizarse el Pap.	48
Previo a la toma del Pap no debe de aplicarse duchas vaginales y óvulos	45
El tratamiento del cáncer del cuello tiene pocos beneficios para la paciente.	40



No conoce algunos síntomas del cáncer de cérvix.	30
Es suficiente el Papanicolaou para el diagnóstico temprano del cáncer de cérvix.	23

Al agrupar todos los ítems de conocimiento se determinó que el conocimiento sobre Papanicolaou fue inadecuado en el 6% de las pacientes, regular en el 26%, bueno en el 54% y muy bueno en el 14% (Gráfica. 1)

Gráfico.1. Conocimientos adecuados sobre la prueba de Papanicolaou de mujeres Con vida sexual activa de El Bambú, centro de salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.





8.4. Actitudes con respecto a la prueba del Papanicolaou

Las actitudes adecuadas que superaron el 90% fueron: la importancia de realizárselo y de conocer sus resultados, además, su importancia en el autocuidado de la mujer. Otras actitudes positivas con un porcentaje alto fueron la influencia que ejerce el personal de salud para realizárselo, considerar que no es un pecado, la creencia de que no es una prueba cara y la disposición para realizárselo. Las actitudes menos favorables estuvieron relacionadas a la influencia que pueden ejercer familiares, amigos, la religión, la vergüenza y el temor de detectar alguna enfermedad (Tabla 5).

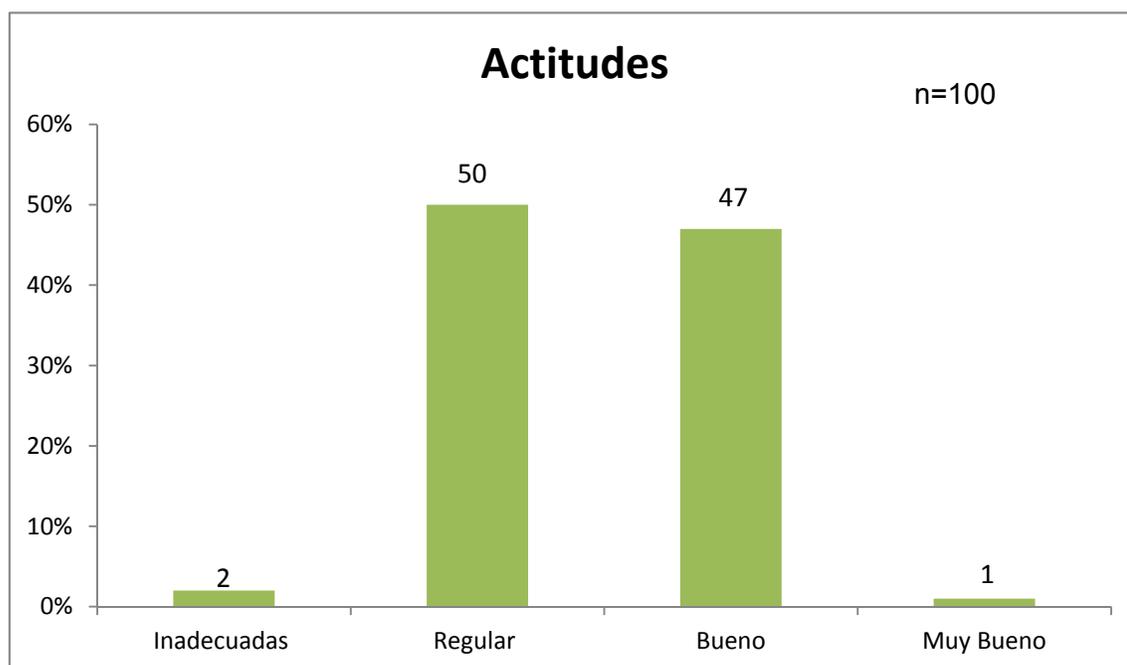
Tabla 5. Actitudes adecuadas hacia la prueba del Papanicolaou en mujeres con vida Sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Actitudes adecuadas	% (n=100)
Es bueno realizarse el Pap.	99
Es muy importante conocer los resultados del Pap.	98
El Pap es importante en el autocuidado de la mujer.	96
Estaría dispuesta a realizarse el Pap.	87
El personal de salud influye para realizárselo	76
No es un pecado realizarlo.	73
El Pap no es una prueba cara.	71
El nivel escolar influye en la realización de la prueba.	63
La religión influye en la realización de la prueba.	20
Es vergonzoso realizarse esta prueba	11
Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.	9
El marido influye para realizárselo	8
Las amigas influyen para realizárselo	6
La madre influye para realizárselo.	5



Al agrupar todos los ítems de acuerdo al número de actitudes positivas se determinó las actitudes hacia el Papanicolaou fue inadecuado en 2% de las pacientes, regular en 50%, bueno en 47% y muy bueno en 1% (Gráfica. 2)

Gráfica 2. Actitudes hacia el Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la Comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.





8.5. Prácticas relacionada al Papanicolaou

Solamente el 69% de las mujeres se había realizado el Papanicolaou alguna vez en los últimos tres años (Gráfica. 3). Los principales lugares en donde se la realizaron fueron: centro de salud (86%), en menor porcentaje clínicas privadas y otros. De estas, solamente 90% dijeron haber reclamado los resultados y el 68% lo había realizado como control. El 52% piensa que debería realizárselo anualmente y el 24% dijo no saber. El 3% de las pacientes refirieron tener alguna alteración en el resultado del Papanicolaou y solamente el 7% se le había realizado otras pruebas como biopsia o colposcopia (Tabla 6).

Gráfica 3. Realización del Papanicolaou en los últimos tres años en las mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

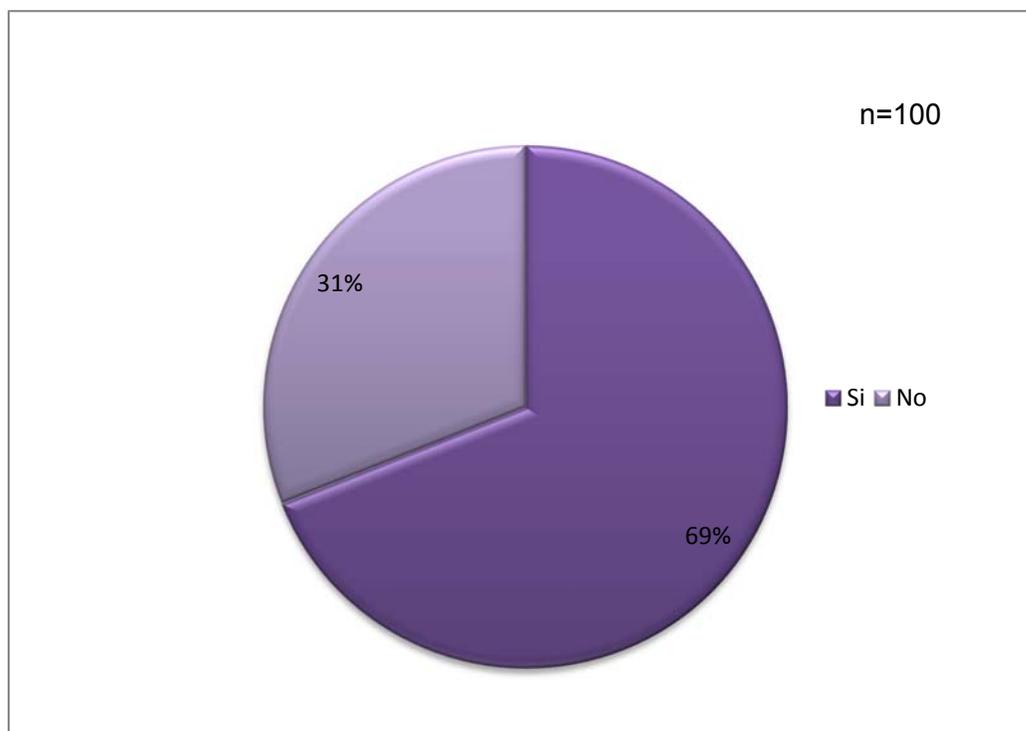




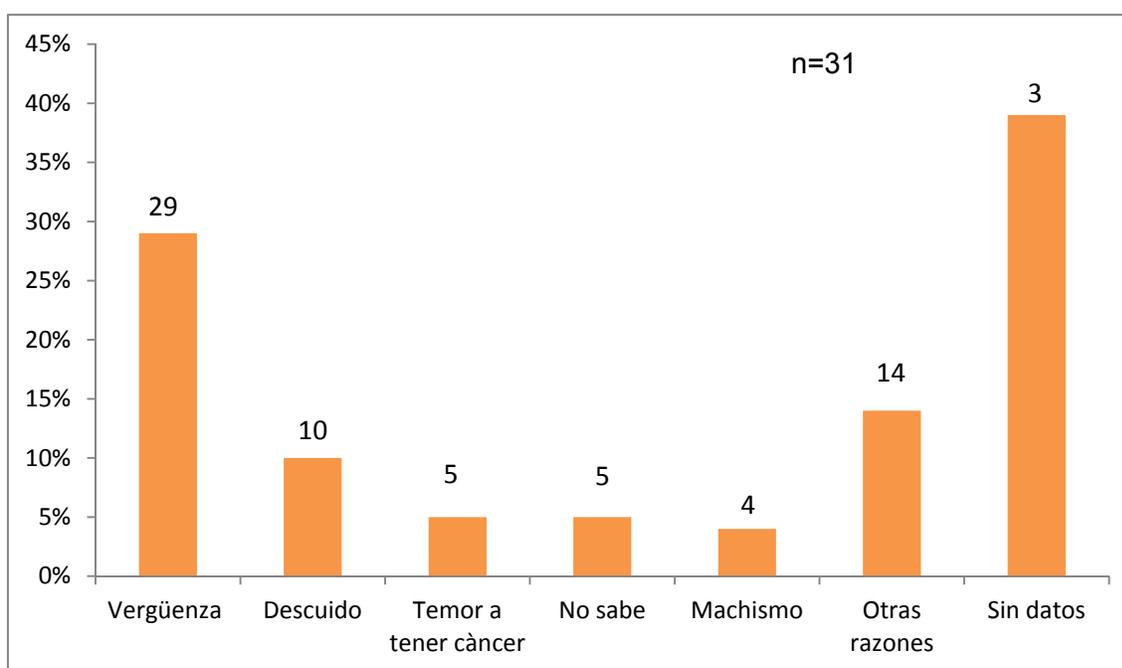
Tabla 6. Prácticas relacionadas a la prueba del Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Prácticas	% (n=69)
Lugar donde se realizó el último Papanicolaou:	
Centro de salud	86
Clínicas privada	13
Clínica previsional	1
Reclamó el resultado de su último Papanicolaou:	
Si	90
No	10
Papanicolaou de control:	
Si	68
No	32
Frecuencia con que se realiza el Papanicolaou:	
Cada 6 meses	15
Cada año	52
Cada 2 años	9
No sabe	24
Diagnóstico de alguna alteración en el resultado del Papanicolaou	
Si	3
No	86
No sabe	14
Realización de otras pruebas:	
Biopsia	2
Colposcopia	5
Ninguno	95



Las principales razones para no realizarse el Papanicolaou reportada por las pacientes fueron: vergüenza 29%, descuido 10%, temor a tener cáncer y no saber 5% cada uno, y machismo 4%. Sin embargo, el 39% no respondió esta pregunta (Gráfica. 4).

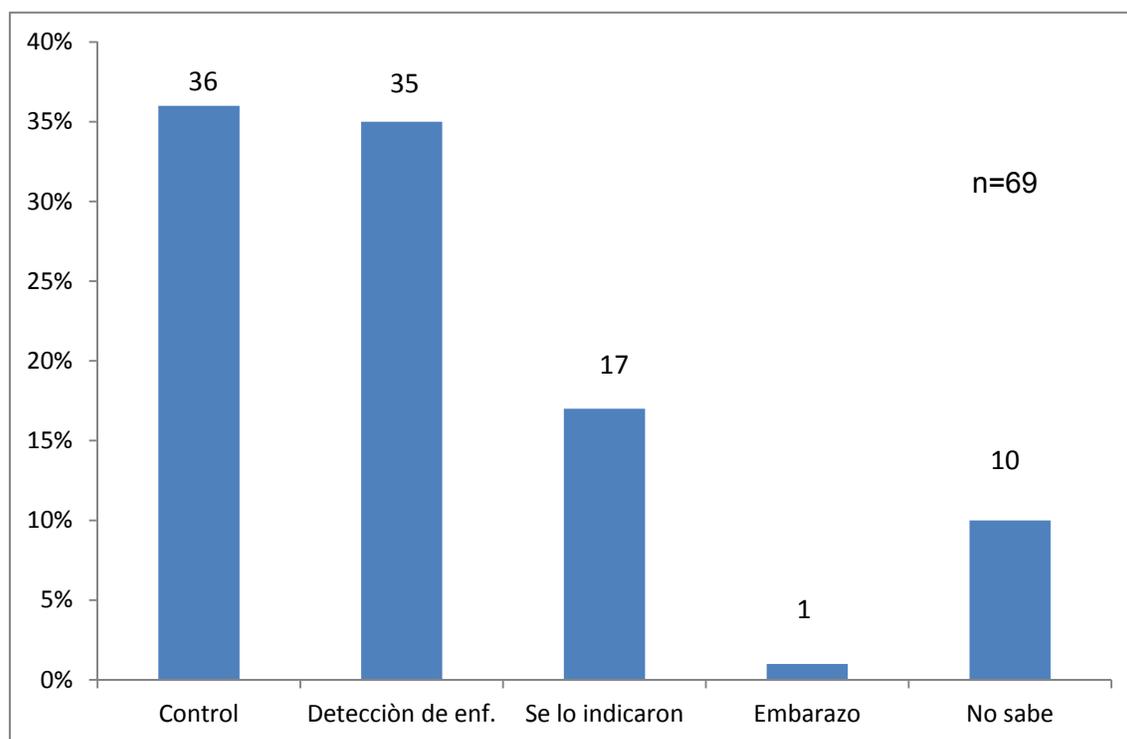
Gráfica 4. Razones para no practicarse el Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.





Del 69% de las pacientes que se realizaron el Papanicolaou, 36% dijo habérselo realizado por control, 35% para detectar enfermedades, 18% se lo indicaron, incluyendo un embarazo, pero 10% no sabía (Gráfica. 5).

Gráfica 5. Razones por las cuales se realizan el Papanicolaou las mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.





Al asociar las actitudes positivas hacia la realización del Papanicolaou según características socio-demográficas de mujeres con vida sexual activa, se encontró que los grupo con mayor porcentaje de actitudes positivas fueron las de menor edad, las solteras (85%), las de mayor escolaridad, con ocupación profesional y con religión católica (Tabla 7).

Tabla 7. Actitudes positivas hacia la realización del Papanicolaou según características sociodemográficas de mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú, que asisten al Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, 2013.

Características sociodemográficas	% (n=100)
Edad (años):	
<20	67
20-34	52
35-60	37
Estado civil:	
Casada/acompañada	47
Soltera	85
Escolaridad:	
Ninguna	41
Primaria	49
Secundaria	57
Universitaria	50
Ocupación:	
Ama de casa	45
Profesional	100
Otras	62
Religión:	
Católica	71
Evangélica	40
Morava	0
Ninguna	37

*Porcentajes basados en las características sociodemográficas



9. DISCUSIÓN

En relación a nuestro estudio, podemos mencionar que se encontró tanto ventajas como limitaciones; dentro de las ventajas, fue un estudio de bajo costo, fácil de elaborar, también se logró identificar las dificultades que hay en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas en los servicios de salud, además nos permitió seleccionar el sujeto de estudio y se realizó en corto tiempo. Dentro de las limitaciones que se encontró al realizar este estudio fue la realización del instrumento con preguntas cerradas, las cuales limitaron las respuestas de las encuestadas, ya que no tuvieron los conocimientos adecuados para haberseles realizado preguntas abiertas.

Al comparar los datos sociodemográficos de este estudio con las cifras del INIDE para el municipio de El Tortuguero se obtuvieron indicadores similares.³⁰ Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que declararon tener vínculos maritales mediante casamiento o union de hecho (unida o juntada) y de solteras fue de 70% y 16%, para el INIDE, y en nuestro estudio fue de 87% y 13%. Con respecto al nivel de instrucción el INIDE reporta ninguna educación y primaria de 62% y 35%, mientras que en nuestro estudio fue de 34% y 43%, pero la educación secundaria en este estudio fue superior a la reportada por INIDE (21% vs. 2%). Con respecto a la educación se observó similitud en que la religión predominante es la católica, seguida de la evangélica; y la ocupación predominate en las mujeres es ama de casa.

El municipio de El Tortuguero tiene la tasa global de fecundidad más elevada de la RAAS, esto es consistente con la alta paridad observada en las población estudiada, en donde el 41% tenía como antecedente 4 partos o más. La literatura reporta que el principal agente causal de cáncer cervical es el VPH, sin embargo, algunos indicadores de un mayor número de contactos sexuales también se han relacionado, incluidos los de alta paridad, uso de anticonceptivos orales, e historia previa de enfermedad de transmisión



sexual.^{6,8,30} Aunque el fumar cigarrillos se asocia al menos con un aumento del doble en el riesgo de cáncer cervical, en la población estudiada la frecuencia de este mal hábito fue de apenas 3%.

El porcentaje de mujeres que se habían realizado el Papanicolaou fue mayor en aquellas mujeres con escolaridad alta y con estado civil casada/acompañada. Estos datos son consistentes con lo reportado por ENDESA 2006-2007.¹²

En este estudio aproximadamente dos tercios tuvieron conocimientos buenos/muy buenos sobre el Papanicolaou. Estas cifras son similares a otros estudios realizados en Nicaragua. Por ejemplo, en un estudio realizado en el hospital Roberto Huembes, más de dos tercios de sus usuarias tuvieron conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou considerado bueno y muy bueno, pero solamente un tercio se había realizado la prueba.

Aunque las actitudes consideradas como buena y muy buena, en nuestro estudio fue inferior (48%), y la práctica fue alta (69%).¹⁷ Otros estudios con hallazgos similares a este fue uno realizado en Brasil.¹⁹

En este estudio las principales barreras para realizarse el Papanicolaou fueron la vergüenza, el descuido de su salud, temor a detectar cáncer y desconocimiento. Similares resultados fueron obtenidos en el estudio realizado en el hospital Roberto Huembes y en Brasil.^{17,19} Otra barrera reportada en el hospital Roberto Huembes fue el creer que estaban sanas, esto quizás explique la baja cobertura de Papanicolaou en esta población.



10. CONCLUSIONES

- La mayoría de mujeres con vida sexual activa estudiadas tenían entre 20-34 años de edad, eran casadas, con baja escolaridad, amas de casa, católicas y con alta paridad.
- El 86% de la población estudiada dijo haber recibido información sobre el Papanicolaou, principalmente por personal de salud. El conocimiento sobre esta prueba fue inadecuado en 6% de las pacientes, regular en el 26%, bueno en el 54% y muy bueno en el 14%.
- La mayoría de las actitudes hacia el Papanicolaou fueron consideradas como buenas y regulares, pero los grupos con mayor porcentaje de actitudes positivas fueron las de menor edad, solteras, de mayor escolaridad, con ocupación profesional y con religión católica.
- Solamente el 69% de las mujeres se había realizado el Papanicolaou en los últimos tres años, y de estas, solamente el 3% refirieron tener alguna alteración en el Papanicolaou y el 5% de las pacientes se le había realizado otras pruebas como biopsia o colposcopia.
- Las principales razones para no realizarse el Papanicolaou reportada por las pacientes fueron: vergüenza, descuido, temor a tener cáncer, no saber sobre la prueba y machismo.



11. RECOMEDACIONES

A l centro de salud.

- Mejorar el conocimiento del Papanicolaou, mediante la implementación de charlas y material educativo.
- Brindar capacitación continua al personal de salud sobre toma e importancia del Papanicolaou a la población.
- Continuar con las charlas sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en zonas más alejadas del municipio.
- Realizar una atención integral a las pacientes que acuden a la unidad de salud independiente del motivo de su consulta, para brindarle información y realización del Papanicolaou.

A la población.

- Hacer uso de los servicios de salud que ofrece el MINSA.
- Realizarse el Papanicolaou al iniciar vida sexual y posteriormente según recomendaciones médicas.
- Solicitar información a los trabajadores de salud, en relación al Papanicolaou.
- Asistir a su cita para retirar resultado y tratamiento oportuno.

A la Universidad

- A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua que siga promoviendo la realización de investigaciones para el desarrollo científico y universitario.



12. REFERENCIAS

1. Nicaragua. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico-Uterino. 1ªed. Managua. 2006.
2. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. 1941. Arch Pathol Lab Med 1997; 121:211-24.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008:GLOBOCAN2008. Int J Cancer 2010; 127:2893–917.
4. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69–90.
5. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJ, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. Lancet 2011; 378:1461–84.
6. Kane MA. Preventing cancer with vaccines: Progress in the global control of cancer. Cancer Prev Res 2012; 5:24–9.
7. Lowy DR, Schiller JT. Reducing HPV-associated cancer globally. Cancer Prev Res 2012;5:18–23.
8. Ragazzo JL, Clarke-Pearson DL. Cervical Neoplasia. Chap. 4. In: Clarke-Pearson DL, editors. Gynecological Cancer Management: Identification, diagnosis and treatment. New York: John Wiley & Sons, Ltd. 2010: 40-52.
9. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa-037: Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Managua: MINSa. 2010.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua: MINSa. 2005.
11. Health Statistics from the Americas. 2006 Edition. Special topic: The ten leading causes of death in countries of the Americas. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. 2006.



12. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. ENDESA 2006/2007. Informe Final. INIDE/MINSA 2008
13. González KI. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Papanicolaou y cáncer cérvico uterino, en dos localidades de San Carlos, Río San Juan, año 2006. UNAN-León: Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2006.
14. Aguilar MM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres que asisten a la consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque y Fernando Vélez Paiz en el I semestre del 2008. UNAN-Managua: Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.
15. Palacios JS, Campos YC, Urbina DV, Baca II. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen sobre el Papanicolaou el personal de Servicios Generales del Hospital Carlos Roberto Huembes, octubre del 2010. UNAN-Managua: Diplomado (Salud Sexual Reproductiva). 2010.
16. Bermúdez MM, Bermúdez JJ. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou y el cáncer de cuello uterino en las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino. Segundo semestre del 2010. UNAN-León: Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.
17. Mayorga MI, Arauz SR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou (Pap) de mujeres entre 20 a 60 años, consulta externa, Hospital Carlos Roberto Huembes, 2011. UNAN-León: Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2011.
18. Mutyaba T, et al. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. BMC Medical Education 2006; 6 (13):1-4.
19. Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to Pap test in Northeastern Brazil. Rev Saude Pública 2009; 43 (5):1-7.
20. Colposcopia principios y práctica. APGAR BROTZMAN SPITZER. McGraw-Hill Interamericana Editores. México, 2003



21. Guido RS. Abnormal Pap Smear: Gynecologic Pathology and Management. Chap. 7. In Sanfilippo JS, Smith RP. Primary Care in Obstetrics and Gynecology: A Handbook for Clinicians. Second Edition. Springer 2007: 121-147.
22. Modeste NN, Tamayose TS. Dictionary of public health promotion and education: Terms and concepts. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc. 2004.
23. Last JM. A dictionary of Epidemiology. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press. 2008.
24. Given LM. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Los Angeles, CA: SAGE. 2008.
25. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.
26. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP). Fase II. Organización Mundial de la Salud.
27. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. How to measure attitudes. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
28. Miller RL, Brewer JD. The A-Z of social research. A dictionary of key social science research concepts. First edition. London: Sage Publications Inc. 2003.
29. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Caracterización Sociodemográfica de la Región Autónoma Atlántico Sur (R.A.A.S.). VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Managua: INIDE: 2005.
30. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Disponible en:
http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/risk_factors.htm



13. ANEXOS



ANEXO1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAN-LEON

“Buenos días/tardes, nosotras somos médicos en servicio social estamos realizando un estudio sobre conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa que asisten al CENTRO DE SALUD MIGUEL ANGEL PLAZAOLA Si usted acepta participar en esta investigación no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. A la vez, la participación en este estudio no afectara en nada las actuales y futuras atenciones de las pacientes. La información obtenida en este estudio podría ayudarnos en el futuro a mejorar el control y la prevención del Cáncer Cérvico-uterino para los pacientes.

Yo _____ he leído la información de esta hoja de consentimiento informado y todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en este han sido explicadas; autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a las médicos en servicio social de la UNAN-LEON que actualmente laboran en esta unidad, consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Firma del Participante

Fecha



ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa de la comunidad El Bambú que asisten al centro de salud Miguel Ángel Plazaola, Tortuguero, RAAS, del 1 de Mayo al 30 de Agosto del 2013.

No. Ficha _____

I. Características sociodemográficas:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?: _____
2. Diga su estado civil: a) casada/acompañada b) Soltera
3. Diga su escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universidad e)alfabetizada
4. ¿Cuál es su ocupación?: a) Ama casa b) Profesional Otro: _____
5. Diga que religión profesa: a) Católica b) Evangélica c) Otra: _____ d) Ninguna

II. Antecedentes familiares y personales

6. Cuantos partos ha tenido: _____
7. ¿Ha tenido algún familiar con cáncer cérvico-uterino?
a) SI b) NO
8. Diga si usted fuma: a) Si b) No

III. Información sobre la prueba de Papanicolaou:

9. Ha recibido información sobre la prueba de Papanicolaou: a) Si b) No
Si responde "No" pase a la sección V de la encuesta; de lo contrario responda las siguientes preguntas.
10. De que fuente recibió la información: a) Radio b) Libros c) Amigos d) Familiares e) Televisión
f) Periódicos g) Personal de salud h) Revistas
11. Lugar donde recibió la información: a) MINSA b) ONGs c) Otro: _____



IV. Conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou:

12. ¿Para qué se realiza este examen o que enfermedad se busca encontrar con el Papanicolaou? _____

Conocimientos	Respuesta espontánea		Respuesta dirigida	
	Si	No	Si	No
13. ¿Quiénes deben hacerse el Papanicolaou?				
a) Todas la mujeres que tienen o hayan tenido vida sexual				
b) Sólo las mujeres que han tenido hijos				
c) No sabe				
14. La primera prueba de Papanicolaou debe realizarse:				
a) Hasta después de los 25 años de edad.				
b) Hasta el momento del primer embarazo				
c) Siempre y cuando tenga o haya tenido vida sexual.				
d) No sabe				
15. ¿Con que frecuencia debe hacerse el Papanicolaou?				
a) Solo una vez en la vida.				
b) Cada año.				
c) Cada 5 años.				
d) No sabe				
16. Seleccione las condiciones que debe tener la mujer, previo a la toma del Papanicolaou.:				
a) No tener relaciones sexuales 2 días antes				
b) Debe aplicarse duchas vaginales y óvulos la noche anterior				
c) No andar con la menstruación				
d) Puede tener relaciones sexuales la noche anterior				
17. ¿A qué edad cree que debe de suspenderse la prueba de Papanicolaou?				
a) A los 40años				
b) Nunca				
c) No sabe				
18. ¿Qué mujeres cree que ya no deben realizarse el Papanicolaou?				
a) las que ya no tienen vida sexual				
b) De 70 años o más				
c) No sabe				



19. ¿La prueba de Papanicolaou es útil en el diagnóstico temprano de cáncer del cuello de la matriz?
- a) Si b) No c) No sabe
20. ¿El cáncer cérvico uterino es curable cuando se detecta a tiempo?
- a) Si b) No c) No sabe
21. Conoce algunos síntomas del cáncer:
- a) Si b) No c) No sabe
22. Si respondió "Sí" la anterior pregunta seleccione los síntomas que usted conoce:
- a) Dolor y sangrado vaginal
b) Buen apetito
c) No sabe
23. El diagnóstico tardío del cáncer de cérvix puede poner en peligro la vida de la paciente.
- a) Si
b) No
c) No sabe
24. El tratamiento del cáncer del cuello es un proceso largo y costoso y con pocos beneficios para la paciente:
- a) Cierto
b) Falso
c) No sabe.



IV. Actitudes con respecto a la prueba del Papanicolaou (Marque con una “X” en la respuesta seleccionada):

Planteamientos	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25. Es bueno realizarse el Papanicolaou.					
26. Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.					
27. Es vergonzoso realizarse esta prueba.					
28. Es muy importante conocer los resultados del Papanicolaou.					
29. La madre influye para realizárselo.					
30. El marido influye para realizárselo.					
31. Las amigas influyen para realizárselo.					
32. El personal de salud influye para realizárselo.					
33. Es un pecado realizarlo.					
34. El nivel escolar influye en la realización de la prueba.					
35. La religión influye en la realización de la prueba.					
36. El Papanicolaou es una prueba cara.					
37. Estaría dispuesta a realizarse el Papanicolaou.					

V. Práctica

38. Se ha realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años?: a) Si b) No
Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 49, y después de responderla finalice la encuesta.

39. Diga las razones por las que se hizo el Papanicolaou: _____

40. Diga cuantas veces se ha realizado el Papanicolaou: _____

41. ¿Hace cuantos meses aproximadamente se realizó el último Papanicolaou? _____

42. Dónde se ha realizado su último Papanicolaou:
a) Centro salud b) Clínica privada c) Previsional

43. Explique brevemente como se realiza la prueba de Papanicolaou:

44. Reclamó los resultados de su último Papanicolaou realizado: a) Si b) No

45. Si el resultado fue negativo o patológico, se hizo control?: a) Si b) No



46. Frecuencia en que se realiza la prueba de Papanicolaou:

- a. Cada seis meses.
- b. Cada año.
- c. Cada dos años.
- d. Otra (Diga): _____
- e. No sabe.

47. ¿Le han diagnosticado alguna tumoración en la matriz?:

- a) Si b) No c) No sabe

48. ¿Le han realizado los siguientes exámenes en la matriz?:

- a. Biopsia
- b. Colposcopia
- c. Ninguno

49. Razones para no practicarse la prueba de Papanicolaou:

- a. No creo que pueda encontrar algo.
- b. No pienso que debería.
- c. Pereza.
- d. No tengo problemas en la matriz.
- e. Temo ser encontrado positivo contra el cáncer.
- f. No sé cómo se hace
- g. Se lo dejo a médicos y enfermeras.
- h. Descuido.
- i. Estoy embarazada.
- j. Solamente no tengo ganas de hacerlo
- k. Otra razón: _____
- l. No sé.