

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**

TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE:  
**Doctor en Medicina y Cirugía**

***Factores relacionados con la asistencia a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil. “Municipio Sébaco, Matagalpa”. I Semestre 2006.***

**Autor:**  
**Br. José Luis Delgado Cáceres.**

**Tutor:**  
**Dr. Juan Almendárez P.**

**Marzo del 2,007**

## Dedicatoria

**A:**

Dios por haber dado toda la fuerza, sabiduría y salud necesaria para seguir adelante y culminar mi carrera.

Mi padre: Concepción Delgado Zapata (Q. E. P. D) en memoria a su recuerdo, por haberme dado la vida, por su apoyo moral, por sus consejos.

Mi madre: Juana Cáceres Solórzano: Por su amor incondicional, por su apoyo moral, sus consejos, por haberme dado la vida.

Mis hermanos y hermanas, en especial a mi hermana Martha Irene por su apoyo moral y económico ya que sin ello no hubiera logrado este objetivo.

A las madres de mis hijos por su apoyo moral y económico.

Mis hijos: José Luis, Paola Esmeralda y Luis Carlos, por los cuales luchare de manera incansable para que tengan un buen futuro, por todo su amor, apoyo y comprensión a pesar de sus cortas edades.

Mis amigos por su apoyo incondicional que me brindaron.

Al colectivo de profesores de la UNAN-LEON,

*José Luís Delgado Cáceres.*

## **Agradecimientos**

Agradezco profundamente:

Al personal docente de esta Universidad UNAN-LEON por su apoyo incondicional para formar profesionales de calidad, a mi familia por su esfuerzo, apoyo moral, económico y la confianza depositada en mí persona.

A mi tutor Dr. Juan Almendárez, quien con paciencia y dedicación me apoyó hasta alcanzar la meta.

Al personal de salud del municipio de Sébaco por darme la oportunidad de realizar este estudio en su territorio y por su apoyo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este estudio.

## Resumen

*Se estudiaron a 74 mujeres en edad fértil, a las cuales se les aplicó una entrevista para establecer los principales factores relacionados con la asistencia a la toma del Papanicolaou en el municipio Sébaco, SILAIS, Matagalpa I Semestre 2006. Una vez obtenida la información, se procesó de forma manual (A través del método de los palotes) a los resultados obtenidos se les determinó frecuencia y porcentaje, representados en cuadros, cada uno con sus respectivos análisis.*

*Al analizar los datos encontramos que existen múltiples factores que influyen en la asistencia a la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Municipio, destacándose como principales los factores: sociodemográficos, dentro de, estos están: la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil ya que las que más se lo realizaron fueron las casadas, las de mayor nivel de escolaridad y las mayores de 30 años.*

*Se encontró que el conocimiento sobre el Papanicolaou tiene relación con la toma del mismo debido a que entre mayor es el conocimiento de la entrevistada, mayor es el porcentaje de las que se lo realizan.*

*En lo que respecta a las razones por las cuales nunca se han realizado el Papanicolaou a pesar de asistir a las clínicas privadas y al centro de salud, encontramos que las causas más relevantes es la falta de confianza en el personal de salud, miedo al procedimiento y pena; por lo tanto considero que es preciso reorientar decisivamente los recursos a la reducción de las tasas de incidencia de mortalidad por cáncer Cérvico Uterino, tratando de disminuir las oportunidades perdidas y tomar el examen a toda mujer en edad fértil con vida sexual activa que acuda al centro de salud, captándola de manera oportuna, informándole a la población por diversos medios sobre la importancia de dicho examen, fortaleciendo el sistema de coordinación y comunicación con organismos no gubernamentales (ONG) y clínicas privadas, impulsando la participación de la sociedad civil, desarrollando campañas pasivas de información.*

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
1) Introducción	1
2) Objetivos	4
3) Marco teórico	5
4) Diseño metodológico	21
5) Resultados	27
6) Discusión de resultados	29
7) Conclusiones	32
8) Recomendaciones	33
9) Bibliografía	35
Anexos	

## 1. Introducción

El cáncer Cérvico uterino es el más frecuente en mujeres de los países en desarrollo y el segundo en frecuencia de la población femenina mundial<sup>1</sup>. Cada año se registran 500,000 nuevos casos, de los cuales aproximadamente la mitad fallece por la enfermedad., aunque es una enfermedad conocida desde la más remota antigüedad, los aumentos drásticos experimentados en su frecuencia en el mundo en los últimos Doscientos año hacen pensar que el mismo ha venido ha convertirse en una complicación de la civilización<sup>2</sup>.

La mayoría de los estudios epidemiológicos con relación al Cáncer Cérvico Uterino han sido realizados en países desarrollados, donde la incidencia de éste ha disminuido significativamente en las últimas décadas<sup>3</sup>. En estos países se observó un franco descenso gracias a las campañas masivas de detección y tratamiento de la enfermedad en etapas pre-invasoras. En teoría este sería un cáncer erradicable<sup>2,4</sup>.

Latinoamérica es aún una población de alto riesgo y son pocos los estudios que analizan los factores de riesgo de esta región. En países de América Latina se reportan una elevada incidencia del cáncer Cérvico Uterino: Una tasa de incidencia de 20.54%. A pesar de que esta patología puede ser diagnosticada en etapas pre-malignas, continúa siendo un problema de salud<sup>1</sup>.

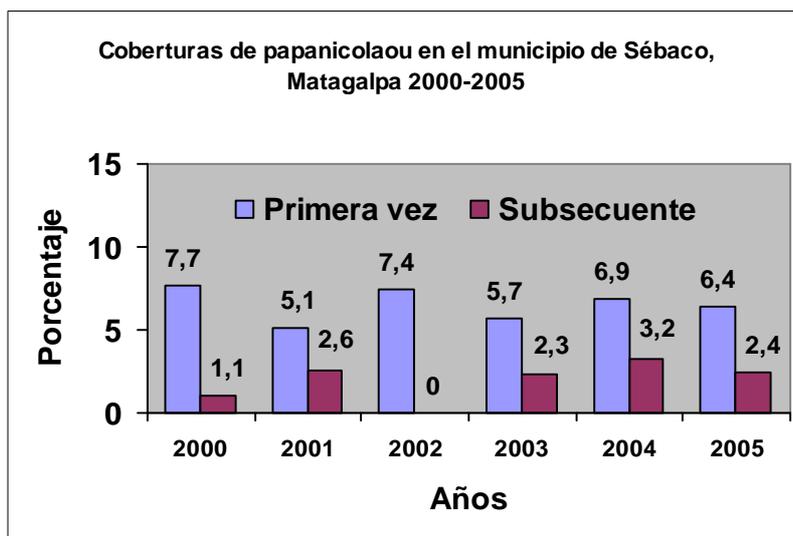
En estudios realizados en 1989 en países Latinoamericanos, se evaluó el riesgo en relación al comportamiento sexual, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y las prácticas higiénicas. En los países en vías e desarrollo, ésta fatal enfermedad ocupa el primer lugar entre todos los tumores malignos que pueden padecer las mujeres<sup>1</sup>.

La incidencia de cáncer en Nicaragua se mantiene inalterada, es siempre elevado, lo que evidencia la necesidad de un programa de detección y prevención a nivel nacional, debido a que constituye un grave problema de salud para las mujeres por su elevada morbilidad y mortalidad<sup>5</sup>.

Nicaragua representa la primera causa de enfermedad y muchas veces de muerte a diferencia de los países desarrollados donde prácticamente ha desaparecido, particularmente entre las mujeres jóvenes.

Para 1991, el cáncer Cérvico Uterino, ocupaba el primer lugar entre las siete primeras causas de muerte por neoplasia malignas, siendo las edades más afectadas las mayores de 35 años encontrándose una tendencia de aparición del cáncer del cuello uterino en edades más tempranas que las referidas en otros países de América Latina, ya que se han detectado cáncer in situ en mujeres de 20 años<sup>5</sup>.

Ha pesar que la es algo importante para conservación de la la mujer, en el de Sébaco, SILAIS Matagalpa, en años anteriores, las coberturas y concentraciones son alarmantemente bajas<sup>6</sup>. Encontrándose que la



citología la salud<sup>5</sup> en municipio

toma de muestras por primera vez es mucho más alta que las subsecuentes en todos los años, lo que significa que no hay seguimiento a la realización de las pruebas<sup>7</sup>, esto se traduce que nuestra población tiene un déficit importante de conocimientos alrededor de los problemas de salud y cómo prevenirlo<sup>8</sup>.

Algunos estudios han encontrados que las barreras que impiden a muchas mujeres tomarse el PAP son principalmente psicológicas y no de acceso físico o financiero. Hay barreras que tienen su origen en errores de información; otras, basadas en creencias y otras en el temor al resultado o al dolor del examen y, en el pudor producto de la falta de privacidad o en la

confianza con el profesional<sup>9</sup>. Por otro lado la educación en los sectores rurales y urbanos marginales de los municipios más pequeños se centran en lo que las unidades de salud estatal pueden hacer ya que en poblaciones como Matagalpa apenas el 12.5% de las mujeres en edad fértil tienen acceso a información por la televisión y apenas un 18.0% a la radio<sup>10</sup>

Ante esta problemática consideramos importante y necesario realizar un estudio dirigido a identificar los principales factores relacionados con la asistencia a la toma del Papanicolaou de mujeres en edad fértil en dicho municipio, a través de él se conocerán cuáles son los factores que están influyendo para que este problema se presente cada vez de manera más acentuada. Con éste estudio esperamos encontrar respuestas que le permitan a las autoridades, implementar estrategias encaminadas a aumentar la cobertura en el programa de prevención<sup>11</sup> y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y, sobre todo, disminuir las oportunidades perdidas en la toma de la muestra. También aportar a mejorar la situación actual respecto al funcionamiento y eficiencia en la toma del Papanicolaou.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general:**

Determinar los factores relacionados con la asistencia a la toma del Papanicolaou de mujeres en edad fértil del municipio de Sébaco, SILAIS Matagalpa, durante el I Semestre del 2006.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- 2.2.1 Identificar los factores Socio Demográficos relacionados con la asistencia a la toma del Papanicolaou de mujeres en edad fértil.
- 2.2.2. Identificar los factores Gineco-Obstétricos relacionados con la asistencia a la toma del Papanicolaou de mujeres en edad fértil.
- 2.2.3 Analizar la relación entre el conocimiento sobre el Papanicolaou y la asistencia a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil.
- 2.2.4 Identificar algunos factores de comportamiento relacionados con la asistencia a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Aspectos generales**

Los carcinomas cervicales son el estadio final de un espectro continuo de alteraciones epiteliales, en las que un estadio da lugar al siguiente de manera imperceptible. La evolución a cáncer invasor, a partir de la lesión inicial, puede durar hasta 20 años y no todas las mujeres que presentan las lesiones precursoras desarrollan la forma invasora de esta enfermedad<sup>12</sup>.

Se caracteriza por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales, siendo el tipo histológico más frecuente el epidermoide en más del 90%, seguido por el adenocarcinoma en alrededor del 8% y el 2% restante corresponde a otros tipos histológicos<sup>13</sup>. Se conocen cerca de 17 tipos histológicos, pero los más frecuentes son los antes descritos<sup>1</sup>.

La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio permiten tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente<sup>13</sup>. Sin embargo el cáncer cérvico uterino es el cáncer más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el segundo en frecuencia de la población femenina mundial. El cáncer cervical produjo alrededor de 4,600 defunciones en 1994. En este mismo periodo se calcula que se han producido un total de 15,000 nuevos casos de carcinoma cervical infiltrante, como resultado de la detección realizada mediante examen citológico cérvico vaginal (ECCV) con el método de Papanicolaou (Pap), el riesgo de desarrollar un cáncer cervical a lo largo de la vida ha disminuido en mujeres tanto de raza blanca (1.% y 2.3% respectivamente en 1975, a 0.8% y 1.4% en 1998- 1990)<sup>14</sup>.

### **3.2 Aspectos epidemiológicos**

El carcinoma cervical es más frecuente en mujeres de bajo nivel socio económico<sup>3</sup>. En países desarrollados la incidencia total del cáncer ha disminuido durante los últimos treinta años gracias a la implementación de exploraciones masivas de población, que contribuye a una detección y tratamiento precoz de lesiones precursoras.

La edad de aparición del cáncer cervical es de 45 años, pero puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo; más del 95% de las enfermedades con carcinoma incipiente de cérvix pueden ser curadas.

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos que provocaron un aumento relativo y absoluto de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer.

Algunos tumores están emergiendo rápidamente como causa de mortalidad prematura en la población adulta lo que ha su vez es el reflejo de los estilos de la vida prevalecientes en este siglo.

Aun cuando varios tumores se han asociados a estilos de vida propios de contextos de mayor desarrollo y son más frecuentes en personas de edad avanzada, lo cierto es que en América Latina y el Caribe se observan altas tasas de incidencia de tumores que se asocian a condiciones de vida precaria. Así las tasas de incidencia del cáncer del cuello del útero y del estómago, que en muchos países de la región figuran entre las más altas del mundo, resultan de una mayor frecuencia de tumores en la población de condición socioeconómica baja. Además, ambas neoplasias se han asociado a exposiciones prolongadas a agentes infecciosos. También cabe destacar que estos tumores son una causa importante de mortalidad prematura, ya que el cáncer del cuello del útero afecta principalmente a las mujeres menores de 50 años.

El aumento de la incidencia, así como del número absoluto de casos de cáncer, impone una pesada carga a los servicios de Salud, carga que los países no siempre están en condiciones de costear. En consecuencia la solución a este problema de salud pública requiere tanto de los esfuerzos que se realizan en el campo clínico para la prevención y control del cáncer como la atención de quienes toman decisiones sobre políticas de salud.

### **3.3 Estudio de los factores de riesgo**

La mayoría de los estudios epidemiológicos en relación al cáncer cérvico uterino han sido realizados en países desarrollados, donde la incidencia de éste ha disminuido significativamente en las últimas tres décadas.

Latinoamérica es aún una población de alto riesgo y son pocos los estudios que analizan los factores de riesgos específicos en esta región.

En un estudio controlado de la población panameña, colombiana, costarricense y mexicana<sup>15</sup>, se detectó una estrecha asociación entre el virus del papiloma humano tipo 16 y 18 y el cáncer cérvico uterino invasor. En esta es una misma población se evaluó el riesgo con relación al comportamiento sexual, al antecedente de enfermedades de transmisión sexual y a las prácticas higiénicas. La precocidad de la primera relación sexual (antes de los 18 años). Existe actualmente suficiente evidencia de un agente de transmisión sexual en la génesis del cáncer cérvico uterino, en este sentido a mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo, el que aumenta si la exposición al agente se prolonga. El riesgo fue dos veces más para aquellas mujeres cuya relación sexual tuvo lugar entre los 14 y 15 años, comparadas con aquellas en que se realizó después de los 20 años. Entre los hábitos higiénicos, se reconoció como riesgo el aseo genital infrecuente durante el periodo menstrual.

También se encontró que el hábito de fumar se asocia a un mayor riesgo de cáncer cérvico uterino en países latinoamericanos solo en mujeres portadoras del papiloma virus 16 y 18, en comparación con mujeres portadora de papiloma de los mismos sub-tipos y no fumadoras. Algunos cancerígenos presentes en el humo del cigarrillo se han detectado en el moco

cervical de mujeres fumadoras. Estos compuestos podrían actuar como co-carcinógenos. El cáncer cervical es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

### **3.4 Historia natural del cáncer cérvico uterino**

El Cáncer Cérvico Uterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora.

El proceso de la transición del epitelio columnar a escamoso sucede probablemente durante toda la vida de la mujer, pero es más activa después de la pubertad y del primer parto.

La metaplasia temprana es estimulada por el Ph de la vagina que en presencia de una respuesta del huésped continua hacia la metaplasia fisiológica y desde luego un epitelio escamoso nuevo y bien diferenciado considerado como una zona de transformación normal. Por el contrario si la respuesta del huésped es anormal por experiencia sexual temprana, infecciones virales o influencia hormonal externa la evolución es hacia una metaplasia atípica, la cual tiene las vías alternas de evolución dependiendo de la respuesta del huésped.

Si es adecuada no puede ocurrir progresión de la lesión y mantenerse constante durante toda la vida de la paciente, pero si es inadecuada puede progresar desde una displasia hasta un cáncer invasor necesitando meses y año para que ocurra, lo que permite suficiente tiempo para la detección y tratamiento precoz ante de que esto suceda a través del Papanicolaou 13

### 3.5 Estadios o etapas del Cáncer Cérvicouterino

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cérvicouterino:

- ❖ **Estadio 0 o carcinoma in situ.** El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.
- ❖ **Estadio I.** El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.
  - **I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.
  - **I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.
- ❖ **Estadio II.** El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.
  - **II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.
  - **II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.
- ❖ **Estadio III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).
- ❖ **Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
  - **IV-a:** Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)
  - **IV-b:** Diseminación a órganos distales como los pulmones.

- ❖ **Recurrente.** Enfermedad recurrente (**recidiva**) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

### 3.6 Métodos diagnósticos

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou, también conocida como Papanicolaou, es la prueba más ampliamente utilizada para la detección oportuna de CaCu. Es el método diagnóstico temprano por excelencia. Fue perfeccionado en 1943, pero su uso solo se difundió a principios del decenio de 1970. El fundamento de esta técnica tiene sustento en dos conceptos: la diferenciación escamosa de las células cérvico vaginales y los cambios morfológicos celulares que ocurren en estas células cuando hay patología. Esta técnica está basada en el estudio de las características morfológicas del núcleo, citoplasma y relación núcleo-citoplasma de las células que son tomadas del endo y ecto cérvix y fondo del saco vaginal<sup>16</sup>.

Es una prueba que se realiza a las mujeres que ya han iniciado relaciones sexuales, se toma del cuello de la matriz, “El cérvix” una muestra de células que luego analizadas en el microscopio permiten saber si el cuello del útero está sano, si tiene alguna inflamación, infección o si está iniciando un cáncer.

En los controles que se hacen para prevenir una enfermedad mortal, como es el cáncer, el Papanicolaou es una prueba sencilla, fácil de hacer, de bajo costo que permite examinar un gran número de mujeres en forma periódica para su detección precoz.

Hay algunas mujeres que tienen más riesgo de padecer cáncer que otras y eso se debe generalmente a sus hábitos o infecciones crónicas vaginales. El examen de Papanicolaou puede informar la existencia probable de un carcinoma invasor aun cuando el cérvix aparezca clínicamente normal, la mujer que ha tenido un cáncer del cuello uterino conformado histológicamente debe ser controlada por el resto de su vida.

La toma de la muestra de células del cuello se hace colocando un espéculo vaginal y frotando suavemente la parte visible del cuello con espátula o una torunda del algodón. Ambas se

extienden sobre una lámina de vidrio y se envían a estudiar al microscopio y luego fijarlas con alcohol o spray.

El procedimiento es totalmente indoloro, por que no se cortan, ni se raspan los tejidos. El resultado puede estar en dos días y es altamente confiable.

En Nicaragua este examen se toma en todos los centro de salud y es gratuito. La mujer debe evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal 24 horas antes y no acudir si está con la menstruación excepción de aquellos casos donde la usuaria viene de lugares de difícil acceso, se debe aprovechar<sup>13</sup>. En la primera consulta ginecológica, es importante hacer este examen tanto en los centros de salud, las casas de la mujer o por el médico privado.

Si las células no presentan alteraciones se debe repetir el Papanicolaou una vez al año. Puesto que la prevención se está convirtiendo en una estrategia cada vez más decisiva, la financiación de las actividades preventiva, deben incrementarse por encima de la cantidad asignada hasta alcanzar un porcentaje más cercano. Con la efectividad demostrada de los programas de prevención tanto en la reducción de la enfermedad, como el ahorro de divisas sanitarias.

Hay al menos tres razones apremiantes por las que se deberían incrementar la atención, un tanto limitada, que hoy recibe la prevención del cáncer. En primer lugar, están las tendencias en la incidencia y control de la enfermedad misma, a las que se añaden los costos que esta supone para el individuo y para la sociedad y el modelo que se repite una y otra vez.

De largos intervalos entre el reconocimiento científico de las medidas de prevención y control y la difusión de su aplicación en la comunidad, con el elevado y trágico número de muertes innecesarias resultantes.

Para que el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino pueda cumplir con su objetivo, disminuir la morbi-mortalidad del CaCu, se requiere que todos los siguientes factores se cumplan:

1. Conocimiento y aceptación del programa por las mujeres. Esto implica que las mujeres acudan de una manera regular a realizarse la prueba y no esperen a tener sintomatología, ya que en esos casos, el objetivo del programa que es prevención se ha perdido.
2. Toma de muestra adecuada. Este factor es de gran importancia, por lo que se hace necesario que el personal encargado de realizar las pruebas esté capacitado adecuadamente para que la muestra contenga la cantidad y calidad de células suficientes para poder ser valorada, de no ser así los resultados de la prueba no son confiables<sup>17</sup>.
3. Fijación y tinción de calidad, para evitar la aparición de artefactos que pudieran interferir con las lecturas.
4. Interpretación adecuada de las laminillas por personal que esté en constante capacitación y que siga un control de calidad.

A nivel mundial se ha podido determinar, que dos terceras partes de los falsos negativos son resultados de errores en la calidad de las muestras y la otra tercera parte es resultado de errores en la interpretación. Esto ha llevado al desarrollo de nuevas técnicas cuyo objeto es mejorar la calidad de la muestra y disminuir los errores de interpretación con el fin de reducir los falsos negativos.

### **3.7 Aspectos a tomar en cuenta en la mejoras de cobertura de los servicios de salud para la detección oportuna del cáncer cèrvico uterino.**

Desde un punto de vista conceptual, la solución a corto plazo del problema son fáciles:

- ✓ Mejorar la disponibilidad
- ✓ Acceso y variabilidad de los servicios de Salud, sobre todo a lo que se refiere a la detección precoz, el tratamiento y la reducción del riesgo sobre salud.
- ✓ Número de hijos (Planificación familiar y educación sexual y reproductiva.)
- ✓ Número de promiscuidad sexual ( autoestima uso de preservativos)
- ✓ Número de infecciones de transmisión sexual a repetición (tratamiento oportuno. Y educación sexual, uso de preservativos)
- ✓ Inicio de vida sexual activa en edad temprana, (Educación sexual sobre importancia del retraso de la primera relación sexual.)

Lo que en principios parece un tema “sanitario” está de hecho entrelazado con otros problemas más amplios, económicos, así pues, sería preciso reorientar decisivamente los recursos sociales adecuados hacia la reducción de las crecientes diferencias entre las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer, entre uno y otro grupo social<sup>18</sup>.

#### **3.7.1 Factor demográfico**

Los factores sociodemográficos influyen fuertemente en las decisiones de salud reproductivas de las mujeres como en muchos lugares del mundo. Alguno más obvios que otros como:

**Ocupación:** La capacidad de una mujer de trabajar y devengar ingresos que ella pueda controlar puede influir en la capacidad de pagar servicios de salud.

**Estado Civil:** En investigaciones realizadas en diferentes países del mundo han revelado por ejemplo, que los factores sociales pueden influir e el acceso que tiene una mujer a la atención de salud reproductiva y limitar su capacidad de tomar decisiones acerca de cuestiones de salud reproductiva (Toma del Papanicolaou) Las mujeres solteras hacen frente a las restricciones más fuertes y a menudo se les mantenían encerradas en sus hogares o trabajos a menos que necesitaran atención medica de emergencia.

Las mujeres solteras tienen que evitar visitas frecuentes a los proveedores, por que las visitas podrían ser señal de que tenían algún problema de salud relacionado con la vida sexual, esto es más acentuada, cuando además de ser soltera no ha tenido hijos y sostiene relaciones extramaritales clandestinas, por que evidenciaría estos hechos reprobados por la sociedad.

### **3.7.2 Factores sociales**

Se refiere a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud y las tomas de decisión en la búsqueda de servicios, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones documentadas como determinantes en estos procesos y condiciones sociales, se conceptualizan como factores esenciales que fijan ciertos limites o ejercen presiones<sup>6</sup>.

Aunque sin ser necesariamente deterministas en el sentido de determinismo fatalista en el sentido amplio de las determinantes sociales de la salud condicionadas históricamente influyen:

- a) Los sistemas económicos políticos y judiciales pasados y presentes de una sociedad;
  - Sus recursos materiales y tecnológicos.
  - Cumplimiento de las normas practicas acorde con las normas y estándares internacionales de los derechos humanos.

- b) Relaciones externas políticas y económicas con otros países implementados a través de interacciones entre los gobiernos, las organizaciones políticas y económicas internacionales.
- c) Desigualdades o Inequidades sociales en la salud y equidad social en la salud. Esto se refiere a las disparidades de salud en un país, institución o territorio. A su vez la equidad social en salud se refiere a las ausencias de disparidades de salud injustas entre los grupos sociales sea en un mismo país o entre diferentes países. La promoción de la equidad, y reducción de la inequidad requiere no de solo un proceso continuo de igualación, sino también un proceso de abolición o disminución de privilegios.

### **3.7.3 Nivel educacional y su procedencia**

Es interesante ver que en estos países en donde se aplican políticas sociales que brindan a sus poblaciones mejor acceso a la educación y los servicios básicos de salud han logrado tasas de mortalidad baja.

Los diferentes factores domésticos y comunitarios son llamados determinantes inmediatos de la salud.

La incapacidad de los países en desarrollo para llegar a los pobres a pesar de su mayor carga de enfermedad no es cuestión de quien tiene más dinero usan sus mayores ingresos para comprar atención en el sector privado.

### **3.7.4 Otros**

Además existen otros factores relacionados a la asistencia a la toma de pánico como: Los que se identificaron en estudios realizados en varios países de Latinoamérica y del caribe por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>6</sup> como:

- 1- Los comportamientos relacionados con la salud.
- 2- Las características del trabajo
- 3- Los bajo niveles de satisfacción de las usuarias
- 4- Bajos niveles de satisfacción con el trabajo de los prestadores de servicios y las circunstancias sociales adversas extralaborales<sup>19</sup>.

Según la OPS la salud y las variables demográficas desempeñan una función sumamente importante para determinar las tasas de crecimiento económico. Existe una relación causal entre salud y crecimiento económico, sea constatado mediante estudios macroeconómicos propiciados por la OPS en la región de América Latina y el Caribe donde queda demostrado que invertir en servicios de salud preventiva (Atención Primaria) no es un gasto, es una inversión<sup>20</sup>.

### **3.8 Conocimiento sobre el Papanicolaou**

Una parte significativa de la reducción de la tasa de mortalidad de los países de la región no sería atribuible a cambio de los ingresos, sino a otros determinantes como:

- ✓ **La discusión de la información.**
- ✓ **La aplicación de políticas públicas y sanitarias** conducentes a la mayoría de la salud de la población. Esto significa que aun sin crecimiento económico real la citación sanitaria puede mejorar de manera mensurable.
- ✓ **El Conocimiento:** Los conocimientos y creencias de las mujeres acerca de la salud sexual y reproductiva, sobre el Papanicolaou, la autoestima, la relaciones con los amigos y familiares, influyen en sus decisiones (Sobre si tomarse o no el Papanicolaou)

Los proveedores que comprenden estas influencias y establecen una comunicación franca y respetuosa acerca de las circunstancias de la vida, ayudándolas a las decisiones de los clientes para mantener una salud sexual óptima según la OPS<sup>21</sup>.

Las investigaciones señalaron que la comunicación interpersonal mediante roles de parentesco de los hogares dentro y fuera de la comunidad, pueden facilitar la divulgación de la información, pero si los parientes, amigos no están bien informados este elemento podría ser positivo si se convierte en negativo. Y a que la divulgación de la información es escasa, deficiente o distorsionada<sup>22</sup>.

### **3.9 Relación entre conocimiento y decisión**

Para Murphy E. asesora y principal del programa para la tecnología apropiada en la salud con sede en Estados Unidos opina que los factores sociales son importantes. Las investigaciones indican que los factores culturales y sociales también influyen en los conocimientos y las creencias de las mujeres acerca de la salud sexual y reproductiva, su autoestima y sus opiniones relativas a la sexualidad en la cual a su vez, influye en sus decisiones de tomarse o no el Papanicolaou.

Según estudios realizados en Egipto mediante proyecto frontera en salud reproductiva de Population Council 1999.<sup>24</sup> Demostraban que el asesoramiento puede ser eficaz ya que los resultados que los resultados indicaron que los que recibieron capacitación y orientación adecuada o por medios accesibles (Que tiene conocimientos) se sentían menos inhibidas, para tomar la decisión de tomarse el Papanicolaou. Las charlas y orientación realizadas en las clínicas sean esta privadas o estables puede influir en la toma de decisión de las mujeres en edad fértil. Muchas mujeres prefieren hablar de temas de salud sexual y reproductiva con proveedores y además prefieren que estos aborden el tema en vez de esperar que los clientes lo hagan ya que se sienten incomodas al hacer las preguntas que formular ellas las preguntan.<sup>23</sup>

El problema de cáncer es responsabilidad de todos y no únicamente de las autoridades en salud o de la seguridad social<sup>24</sup>, el éxito de las campañas preventivas o de diagnóstico precoz, y adecuado dependen de la colaboración de la población; para lo cual esta deberá estar bien informada; por esa razón, el conocimiento general del cáncer y de los diferentes tipos y los

mas frecuentes tumores debe ser accesible a todos los ciudadanos independientemente de si son médicos o pertenecen al sector salud<sup>25</sup>.

La prevención del cáncer, en un país pobre, es la mejor arma con la que podemos contar para combatir las neoplasias, pero esto no es posible sin el involucramiento de la población en el conocimiento de las causas que lo ocasionan, como no existen remedios definitivos para la mayoría de los tumores, lo razonable es tratar por todos los medios que estos no aparezcan.

### **3.10 Factores relacionados con el comportamiento**

En lo que respecta a las causas por las que no se realizan el Papanicolaou (PAP)<sup>8</sup>, afirma que la: violencia es un factor que influye en la toma de decisiones para el cuidado de la salud sexual y reproductiva. La coacción se afirma que la coacción es uno de los factores que influyen en la toma de decisiones para el cuidado de la salud sexual y reproductiva<sup>16</sup>. La discriminación las mujeres solteras hacen frente a restricciones mas fuertes y a menudo se les mantenía encerradas en sus hogares o trabajos a menos que necesitaran atención medica de emergencia, y pensaban que las visitas podían ser señal de que tenían algún problema relacionado con la vida sexual. <sup>14</sup>.El temor según estudios realizados en Egipto se demostró que el asesoramiento puede ser eficaz, ya que los resultados obtenidos en dichos estudios, indicaron que reciben capacitación y orientación adecuada (que tienen conocimiento), sentían menos temor para tomar la decisión de realizarse o no el Papanicolaou. En nuestro estudio un número significativo, respondió que no se realizaban el Papanicolaou por miedo al procedimiento. Consideramos que este se debe a la falta de conocimiento de las usuarias<sup>24</sup>.

La vergüenza es uno de los factores que influyen en la decisión de tomarse o no el Papanicolaou según la OPS ésta íntimamente relacionada con el conocimiento, creencias de las mujeres acerca de la salud sexual y reproductiva, la autoestima las relaciones con los amigos y familiares: los proveedores de servicios de salud que comprenden esta influencias, establecen una comunicación franca y respetuosa ayudando a las decisiones de los clientes para mantener una salud sexual óptima<sup>21</sup>. Las creencias erróneas según la doctora Murphy E. asesora principal de programa para la tecnología apropiada en la salud con sede en Estado Unidos, opina que los factores sociales son importantes en las decisiones de las usuarias y

los resultados obtenidos en investigaciones realizadas por dicha organización, indican que los factores culturales y sociales influyen en las creencias de las mujeres acerca de la salud sexual y reproductiva, la cual a su vez influye en las decisiones de tomarse o no el Papanicolaou. Falta de conocimiento en la materia de sexualidad (incluyendo el conocimiento sobre el Papanicolaou) son barreras para la salud sexual a las que muchas mujeres en todo el mundo deben enfrentar. Por tal razón, los proveedores de servicios de salud deberían estar dispuestos a escuchar con respeto a toda mujer que solicita servicios de salud, ya que ella aporta con ella toda la historia de su vida, y puede tener información vital para la salud y el bienestar de la mujer.

Aunque estudios realizados en otros países como Egipto demostraron que el asesoramiento en sexualidad puede integrarse eficazmente en los servicios, en clínicas y/o ambientes donde se supone se brinda “atención integral a la mujer”<sup>24</sup>.

Se observó que pocos proveedores incluyen charlas relativas a la sexualidad e importancia de la toma del Papanicolaou. La falta de confianza en los proveedores de atención de salud pueden haber sido otro factor que influyó en la decisión de tomarse o no el papanicolaou<sup>10</sup>. En algunos casos la desconfianza que sentían las mujeres se basaba en sus propias experiencias pasadas; Cuando los clientes no confían en sus proveedores es probable que estas no estén dispuestas a solicitar servicios, ni pedirles información exacta de salud reproductiva que no pueden obtener de otras fuentes.

Las conversaciones respetuosa y franca entre los proveedores y clientes pueden crear oportunidades para que los proveedores conozcan los factores que influyen en las decisiones de los clientes.

Solo el asesoramiento interactivo y dinámico puede determinar las necesidades. Los riesgos, las inquietudes y las preferencias de los clientes en la etapa y la situación de su vida señaló Murphy E. en un análisis reciente de las interacciones entre los clientes y proveedores en relación al lugar en donde se realizan el Papanicolaou. Las estrategias de salud tienen límites importantes y se reflejan en una baja tasa de respuestas. Esta se produce en mujeres con mayor nivel de educación sanitaria y preocupación por su salud. Estas toman la decisión de

intervenir en su salud y por tanto no se toman el Papanicolaou (PAP) en las unidades de salud, por que prefieren ir a una clínica privada donde se sienten con mayor confianza tanto en el personal, como en los resultados<sup>11</sup>.

La Conferencia Internacional de Ottawa en 1986<sup>26</sup> y con anterioridad la Organización Mundial de la Salud (OMS), En la conferencia de ALMA ATA en 1978<sup>27</sup>, recomendaron la realización de Promoción de salud y Prevención de enfermedades en el ámbito de atención primaria. La integración de las actividades de promoción y prevención con los de diagnóstico y tratamiento debe desarrollarse en el marco de programas de salud para lograr objetivos propuestos, en estos optimizar los recursos existentes se precisa la colaboración y coordinación con la asistencia especializada puesto que su apoyo es fundamental para realizar e interpretar los resultados y el adecuado manejo y tratamiento.

Cuando la mujer tiene la necesidad de realizarse la citología cérvico vaginal el personal de enfermería del equipo de atención primaria tendrá un papel destacado en estas actividades.

Su consulta debe servir de forma oportunista para la investigación de factores de riesgo relacionados con el problema. Así como la educación sanitaria individual, informando de los factores de riesgo e inculcando el hábito de realizar una citología periódica para la detección de la enfermedad o de sus precursores explicando los beneficios de la prueba. También deberá ser responsable de la toma de muestra de citología cérvico vaginal 11

## 4. Diseño Metodológico

**4.1 Tipo de estudio:** Para el presente estudio se realizó un estudio descriptivo de corte transversal orientado a la comprensión del comportamiento, tratando de capturar las opiniones de las entrevistadas a través variables bien definidas y frases textuales.

**4.2 Área de estudio:** El estudio se realizó en el municipio de Sébaco SILAIS Matagalpa, Nicaragua, esta ubicado sobre la carretera Panamericana a 101 Km. de distancia de la capital Managua. Sus principales actividades económicas es la producción de granos básicos y hortalizas; presta servicios de educación preescolar, primaria y secundaria, agua potable, energía eléctrica, telecomunicaciones y transporte.

El centro de salud de Sébaco cuenta con siete puestos de salud localizados en distintos puntos geográficos del municipio, treinta casas bases, treinta y seis brigadistas de salud, treinta y dos parteras.

La población estimada es de 32,384 habitantes de los cuales el 66% corresponde al sector urbano y 34% al sector rural, distribuida en 50 comunidades algunas son colindantes con el departamento de Jinotega, Estelí y los municipios de Ciudad Darío, Terrabona y San Isidro. Además cuenta con 16 Barrios.

Este centro asistencial es una institución dependiente del estado y la sociedad a la cual se brinda atención primaria a la población; sus principios funciones son:

- Promoción de servicios preventivos y curativos de las enfermedades.
- Asistencia y Rehabilitación
- Monitoreo y seguimiento de los diferentes problemas de salud que se presentan.

**4.3 Unidad de análisis:** Son mujeres en edad fértil, con inicio de vida sexual activa y que por lo tanto requieren de los servicios de toma de Panicolaou para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

**4.4 Universo:** Se tomó como universo la población de influencia del centro de salud de Sébaco para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, la cual se estima en 7,384 mujeres.

**4.5 Muestra:** Se estimó una muestra de 74 mujeres que ya habían iniciado su vida sexual activa y que deseara participar en el estudio. El tamaño de la muestra se estableció de forma arbitraria en el 1% del universo establecido en el municipio. 50 Fueron entrevistadas en el Centro de salud y 24 se entrevistaron en los centros de trabajo, estas fueron seleccionadas tomando en cuenta ciertos criterios de inclusión tales como:

Elegimos de ambos grupos, tanto de las que acudían al centro de salud como las que se encontraban en su centro de trabajo con el objetivo de establecer si existe o no relación entre el nivel académico, profesión u oficio en las asistencia para la toma del Papanicolaou.

**4.6 Fuente de información:** La fuente de información es de carácter primaria, ya que la obtención de los datos se realizó a través de entrevistas directas con las usuarias, tomando como referencia la expresión u opinión de cada una de las mujeres entrevistadas.

**4.7 Instrumento de recolección de datos:** Se diseñó, elaboró y validó un instrumento para la recolección de datos, el cuál estaba estructurado con preguntas abiertas y cerradas, siguiendo el orden de los objetivos.

**4.8 Procesamiento de La Información:** Una vez obtenida la información esta se procesó de forma manual, a los resultados obtenidos se les determinó frecuencia y porcentaje y los mismos se presentan en cuadros y gráficos con su correspondiente.

#### **4.9 Operacionalización de variables**

**Factores socio demográfico:** Se refieren al ambiente donde se desarrolla, funciona y se desempeñan en la sociedad las mujeres en edad fértil en estudio. Entre ellos tenemos:

**Edad:** Es el tiempo de vida de una persona desde que nace hasta el momento de ser entrevistado.

- ✓ 10-19 años
- ✓ 20-39 años
- ✓ 40-49 años

**Estado Civil:** Condición a la que esta sujeta como ciudadano.

- ✓ Soltera
- ✓ Casada
- ✓ Unión Libre

**Procedencia:** Origen de una persona,

- ✓ Urbana
- ✓ Rural

**Escolaridad:** Nivel académico de una persona

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Universitaria.

**Religión:** Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

- ✓ Católica
- ✓ Evangélica

**Ocupación:** Acción o efecto de ocupar trabajo o empleo.

- ✓ Ama de casa
- ✓ Dependiente
- ✓ Estudiante
- ✓ Profesionales en general.

**Factores gineco- obstétricos:** Son situaciones propias de la vida reproductiva de la mujer.

**Inicio de Vida Sexual Activa:** Edad en años de la mujer al iniciar sus relaciones sexuales.

- ✓ 10-14 años
- ✓ 15-19 años
- ✓ Más de 20 años.

**Número de Compañeros Sexuales:** Considerando números de compañeros sexuales al número de hombres con los cuales la entrevista tuvo contacto sexual independientemente de su estado civil y del tiempo que duro la relación con dicho cónyuge.

- ✓ Uno
- ✓ Dos
- ✓ Tres o más.

**Número de hijos:** Considerando este al número de hijos de que la mujer a procreado independientemente que si están vivos o muertos.

- ✓ 1-2 hijos
- ✓ 3-4 hijos
- ✓ 5 o más hijos.

## **Conocimiento sobre el Papanicolaou**

**¿Qué sabe sobre el Papanicolaou?** Conoce tiene experiencia, noción e ideas, están informadas de forma clara acerca de la importancia del Papanicolaou.

**¿Dónde recibió información?** Determinar lugar o sitio donde recibió información acerca del Papanicolaou.

**¿A través de que medios escucho la información acerca del Papanicolaou?** Se considera medio a las diferentes formas de hacer llegar la información o mensaje.

**Fuente de información:** Cual fue la fuente que hizo llegar la información sobre el Papanicolaou (Personas que brindaron información acerca del mismo)

- ✓ Enfermera
- ✓ Médico
- ✓ Amigos
- ✓ Familiares
- ✓ Por su propia cuenta
- ✓ Maestra
- ✓ Ninguna.

**Factores Comportamentales:** Son aspectos relacionados con las prácticas alrededor de la toma del Papanicolaou.

**Realización del Papanicolaou:** Consideramos si aquellos casos en que la mujer en edad fértil al menos una vez en su vida se ha realizado el Papanicolaou y no si nunca se ha tomado la muestra.

- ✓ Si
- ✓ No.

**Lugares donde asiste:** Consideramos como lugar el espacio físico con infraestructura y equipamiento adecuado para la asistencia donde las mujeres acuden a realizarse el papanicolaou, sea este estatal o privado.

- ✓ Clínicas
- ✓ Centro de Salud.

**Percepción de las mujeres en edad fértil que nunca se han realizado el Papanicolaou sobre las razones o motivos por los cuales no se han realizado el Papanicolaou:** La percepción de la usuaria es valorada a través de la entrevista donde ellas expresan su sentir a través de preguntas abiertas.

**Percepción de la Mujeres en edad fértil que se han realizado el papanicolaou en otros servicios, sobre las razones o motivos por los cuales no se realizan el Papanicolaou en el centro de salud:** La percepción de las usuarias es valorada a través de la entrevista donde ellas expresan su sentir a través de preguntas abiertas.

## **5. Resultados**

Al aplicar la encuesta a todas las mujeres seleccionadas en el estudio (74) encontramos que el 67.6% de todas ellas se habían realizado alguna vez en su vida la toma del Papanicolaou, independientemente de la frecuencia de realización.

### **5.1 Factores socio demográfico**

Al valorar los factores sociodemográficos relacionado con la toma de la muestra encontramos que a medida que la mujer avanza en su vida la frecuencia en que se realizan el Papanicolaou aumenta (Desde un 20% en las adolescentes a un 97% en edades de 30 a 39 años, sin embargo en el grupo de 40 a 49 años se observa una disminución (Ver gráfico 1).

También se observa que la mujer del área urbana se hace menos la toma de la muestra que la mujer del área rural. También la frecuencia de toma de la muestra aumenta entre mayor es el nivel de escolaridad de la mujer (Las analfabetas es el grupo que menos se hace la toma del paps). También las mujeres que se identificaron con la religión católica y las profesionales se han hecho con mayor frecuencia la toma del paps (Ver cuadro 1).

### **5.2 Factores gineco- obstétricos**

Por otro lado la mujer casada y la que inició más tardíamente el inicio de su vida sexual tienen mayor proporción de realización del Papanicolaou. En cuanto al número de compañeros no se observó grandes diferencias en la frecuencia de la toma del paps. Pero también se observó que a mayor cantidad de hijos es mayor también la frecuencia de realización de la toma de muestra (Ver cuadro 2).

### **5.3 Conocimiento sobre el Papanicolaou**

Al valorar los conocimientos que tienen las mujeres, sobre Papanicolaou y realización de la toma de la muestra se encontró que las mujeres que manejan la importancia del Papanicolaou y la frecuencia de su realización tienen mayores probabilidades de hacerse la toma de la muestra (85% y 70% respectivamente), cuando el conocimiento es impreciso o asociado a signos de malestar, la mujer tiene más probabilidades de no hacérselo (Ver cuadro 3).

La información generada en los centros escolares, centros de salud, clínicas privadas y hospitales tienen mayor eficacia en la posibilidad de que la mujer se realice el Papanicolaou (Ver cuadro 4).

Así mismo, la radio, las revistas, folletos y periódicos y la televisión son las fuentes de información más efectiva en cuanto a frecuencia de realización de Papanicolaou (88.8%, 86.7% y 79.3% respectivamente) (Ver cuadro 5).

### **5.4 Factores Comportamentales**

De todas las mujeres que asisten regularmente al centro de salud de Sébaco, el 50% se ha realizado en el centro de salud el examen de Papanicolaou, el 9.6% se lo ha realizado en una clínica privada y un 37.4% nunca se lo ha hecho. Por otro lado, de todas las mujeres que asisten regularmente a una clínica privada, el 86.4% se lo ha realizado en la clínica privada y el 13.6% nunca se lo ha realizado (Ver gráfico 2).

### **5.5 Razones o motivos por los cuales nunca se han realizado el Papanicolaou**

La poca confianza en el personal y el miedo a los procedimientos en la toma son las razones que aducen las mujeres a no haberse tomado nunca el Papanicolaou. También encontramos razones asociadas a mala información en la importancia de la toma (Ver cuadro 6). Otros motivos a no realizarse el Papanicolaou en el Centro de salud toma fueron el tener otras opciones en clínicas y médicos privados que les facilitan su realización y la entrega de tratamiento (Ver cuadro 7).

## 6. Discusión de resultados

Los resultados encontrados alrededor de la frecuencia en la realización de Papanicolaou en las variables edad, número de hijos, escolaridad y ocupación nos plantea que la toma del Papanicolaou se está debiendo más a una captación pasiva en los que el servicio de salud realiza pocos esfuerzos por atender la prevención de los problemas de salud y se conforma con la población que los busca. De ésta manera la mujer juega el rol principal al buscar el servicio de salud para la realización de sus estudios. En éste caso el camino que lleva a la búsqueda de atención es bastante tortuoso, muchas veces intervienen en él amigos y personas que han tenido contactos previos con el servicio.

Es notorio que la mujer entre más edad tiene el número de hijos es mayor, debido a que tendrá mayor contacto con las unidades de salud tanto a nivel primario como con el hospital debido a sus embarazos y otros servicios en los cuales recibirá mayor información, algo similar se encuentran en los datos proporcionados por ENDESA<sup>11</sup> tanto en el 1998. como en el 2001. Durante el control prenatal, la toma de la muestra es visto como un requisito, por lo tanto la mujer que se embaraza y asiste a control prenatal casi siempre se le realiza la toma del Papanicolaou.

Por otro lado la educación juega un papel importante, debido a que la mujer tiene mas facilidades de comprender la información oral y escrita que generan los servicios de salud y puede tener mayor conciencia de sus riesgos, así mismo puede ocupar mejor rol laboral y tener mejores ingresos que les da mejores alternativas de atención (Seguro Social y Clínicas Privadas)<sup>24</sup>.

Se toman en cuenta que las actividades que impulsa el programa surgen como una respuesta a la necesidad que percibe el profesional, es él quien debería desarrollar las principales acciones de mercadeo de servicios. El estudio denota una falta de esfuerzo por el sector salud para mejorar su calidad y sus coberturas<sup>28</sup>.

En lo que respecta a la procedencia las del área rural se realizan un poco más el examen del Papanicolaou, generalmente estas mujeres por ser pobres no tienen acceso a otros servicios de salud y los servicios públicos aprovechan las oportunidades que tienen del contacto con sus pacientes para cumplir las metas de atención, a diferencia de las mujeres del área urbana que tienen otras opciones. Esto no quiere decir que las mujeres rurales tengan mayor acceso a los servicios, por el contrario se sabe por las encuestas de demografía y salud que las mujeres del campo tienen menor acceso y esta falta de acceso le proporciona mayor riesgo de muerte durante el embarazo, parto y puerperio. Esto es un proceso muy pasivo de captación para la cobertura y más cómodo para las unidades de salud que invierten pocos esfuerzos en la educación sanitaria<sup>24</sup>. Sin embargo a pesar de estas pequeñas diferencias que son poco esperadas para otros problemas de salud, es evidente que el nivel educativo juega un rol importante en la realización de la toma de la muestra.

Aunque se observan algunas diferencias en la realización de toma de muestras según grupos de religión a la que pertenecen las mujeres, no se conoce de algunas restricciones que hagan las diferentes iglesias en cuanto al acceso a los servicios. A excepción de las restricciones en cuanto a transfusión y trasplante de órganos que realizan los Testigos de Jehová. Sin embargo algunos grupos religiosos son más conservadores en cuanto a opinión sobre servicios y asistencia a los mismos.

En cuanto al estado civil las casadas son quienes más se realizan el Papanicolaou. Algunos estudios como los realizados por Romero y Ruiz el hombre denota un rol importante en la asistencia de la mujer a los servicios de planificación familiar, muchas veces sin decirlo. Es propio que el tipo de relación que se establezca entre la pareja va a determinar las acciones de auto cuidado mutuo e influye en la búsqueda de atención<sup>29</sup>.

El conocimiento sobre el tema juega un papel importante, ya que a mayor conocimiento que tengan las mujeres sobre la importancia del Papanicolaou, mayor es la frecuencia de realización del Papanicolaou. También es considerado por los expertos como la principal acción del mercadeo de servicios sociales y de salud ya que es el punto de partida en el cambio de comportamientos de riesgos<sup>30</sup>.

La radio es la fuente de información que más influye en la decisión de tomarse o no el Papanicolaou, así como también el personal de enfermería es en quien más creen las usuarias en cuanto a recibir información. Esto permite que cuando el personal del centro de salud juega un papel activo en dar información a las usuarias de los diferentes programas del Ministerio de Salud se nota el incremento en la cobertura para la toma del Papanicolaou.

Existen muchas razones por las que las mujeres no se realizan el Papanicolaou, en general expresaron la falta de confianza en el personal de salud. De hecho que la accesibilidad geográfica y económica no están siendo el principal problema de las bajas coberturas. Son más bien las barreras culturales y la falta de confianza en el personal. Similares hallazgos se encontraron en un estudio cualitativo desarrollado en mujeres que no se habían realizado el Papanicolaou donde encontraron que el miedo, a obtener un resultado adverso, el temor al dolor que puede ocasionar el examen la desconfianza a la falta de higiene del local y del espéculo; pudor, porque el examen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas; creencias erróneas, que es sólo para mujeres jóvenes<sup>11</sup>. Esto evidencia la falta de un mejor trabajo de comunicación con las usuarios de los programas.

El hecho por el cual las entrevistadas prefieren los servicios privados y no se toman el Papanicolaou en el centro de salud es porque como decíamos anteriormente no confían en el personal de salud y en los resultados. Además por falta de privacidad y desconfianza en la ética profesional y la falta de aseo en el local. Esto tiene que ver con la falta de diseños adecuados en la construcción de las unidades de salud y en su posterior desarrollo con el crecimiento de la demanda. Algunos servicios ni el crecimiento de la atención fueron previstos en la compra del terreno y en el diseño del local. También es bien evidente que estas mujeres por algunas razones tienen mejor acceso a otros servicios de salud.

## **7. Conclusiones**

7.1. Las mujeres reciben poca orientación sobre el tema, lo que refleja poco esfuerzo en este sentido.

7.2. Las quejas por las malas condiciones en la atención como la falta de privacidad y desaseo en el local dificultan un clima de confianza de las mujeres hacia la toma de las muestras.

7.3. Por ser una invasión a su intimidad demandan mayor sigilo y con frecuencia tienen poca confianza en el personal de salud y los resultados.

## **8. Recomendaciones**

8.1 Reducir las oportunidades perdidas de tomar el Papanicolaou a las mujeres en edad fértil que acuden a las unidades de salud. Para ello es necesario:

8.1.1 Que los prestadores de servicios de salud aprovechen la oportunidad para informar y aconsejar a las mujeres en edad fértil sobre la importancia del Papanicolaou.

8.1.2 Mejorar la calidad de atención mediante la inversión en la infraestructura y equipamiento que modele nuevas formas de confianza en las usuarias.

8.2 Dirigir la atención en nuevos enfoques en la asistencia sanitaria y servicios médicos más eficaces y de menor costo a fin de conservar durante más tiempo el bienestar de las personas y promover estilos de vida saludable. Para ello es necesario:

8.2.1 Realizar campañas de salud dirigidas a las mujeres del grupo de riesgo (que hayan iniciado vida sexual, para aumentar la cobertura de la toma de Papanicolaou, principalmente en los barrios marginales del área urbana y zona rural.

8.2.2 Fortalecer el Sistema de Coordinación con organismos gubernamentales y clínicas privadas que brinden este servicio para facilitar la productividad y así llevar un mejor servicio de información.

8.2.3 Realizar educación continua que incluyan aspectos éticos, dirigidos especialmente a médicos y enfermeras.

8.2.4 Informar a la población por diferentes medios masivos, charlas individuales, grupales, consejería, murales, cuñas radiales, reuniones comunitarias e intersectoriales sobre la importancia de la toma del Papanicolaou y crear un club de mujeres en edad fértil organizándolas y capacitándolas sobre las prevenciones del cáncer cérvico uterino.

8.3 Al equipo de dirección del centro de salud se le recomienda monitorear con mayor frecuencia la atención privada a las usuarias, fortaleciendo los aspectos positivos, y buscando alternativas de solución a los aspectos negativos encontrados.

## 9. Bibliografía

---

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del Cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>
- <sup>2</sup> Dr. Alvarado R. Salud Pública y medicina preventiva. Segunda Edición M&M (EJI 19/09/99)
- <sup>3</sup> Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(4):253-258
- <sup>4</sup> Devesa SS, Fears T. Non-Hodgkins limphoma time trends: United States and international data. Cancer Res 1992;52:5432S-5440S.
- <sup>5</sup> Pizarro A. A tu salud. El cáncer Ginecológico. Servicios Integrales para la Mujer. Enero 14/92. Febrero 28/92.
- <sup>6</sup> Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales. Sistema Local Integral de Salud (SILAIS) de Matagalpa. 2,003.
- <sup>7</sup> Ministerio de Salud de Nicaragua. Sistema Nacional de Estadísticas vitales 2000 - 2005.
- <sup>8</sup> Ministerio de Salud de Nicaragua. Política Nacional de Salud 2,004 – 2015. Documento oficial.
- <sup>9</sup> Valenzuela M. Miranda A. ¿Por qué NO me hago el Papanicolau?: Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chil Salud Pública 2001; Vol 5 (2-3): 75-80.
- <sup>10</sup> Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). Nicaragua, 2,001 Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo.
- <sup>11</sup> Ley General de Salud, Título VII. Modelo de Atención integral en Salud. Proveedores de Servicios de Salud. Gaceta, diario Oficial del estado de Nicaragua.
- <sup>12</sup> Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: overview and update. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:1099-104.
- <sup>13</sup> Manual de American Cancer Society O.P.S Segunda Edición. Washington D. C. 20,037, E.U.A.1996.

- 
- <sup>14</sup> Murphy L. Gerald P. Mhurphy., MD, Walter Laurence, Jr., MD. Oncológica Clínica. Publicación Científica No, 559. 2,002.
- <sup>15</sup> Revista Network en español Salud Sexual, Family Health Internacional, Vol. 21 No. 4, 2002 (Pag. De 9-12).
- <sup>16</sup> Maisavana JML, Muniesa- Soriano JA, Pardo-Murcia A. Citología exfoliativa cervicovaginal (Método de Papanicolaou). Boletín Oncológico No 8/1998. Disponible en: [www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html](http://www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html)
- <sup>17</sup> Kristensen GB, Skyggebjerg KD, Holund B, Holm K, Hansen MK. Analysis of cervical smears obtained within three years of the diagnosis of invasive cervical cancer. Act Cytol 1991; 35:47-50.
- <sup>18</sup> Pérez A. Ginecología. Publicaciones Técnicas Cap. 19. Mediterráneo. Santiago Chile. Revista Panamericana de la Salud. Número Especial de Factores determinantes de la inequidad en Salud. OPS Vol. II Pag. 310, 399, 487, 516, Mayo, Junio 2002.
- <sup>19</sup> Acevedo L. Et. al. Tendencia de la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) en usuarias del Servicio de Citología del Laboratorio Docente Asistencial de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico de la Universidad de Antioquia. 1993-1998. Revista de la Facultad de Farmacia vol. 42, 2001. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/revistafarmacia/vol42/articulo42-5.pdf>.
- <sup>20</sup> Organización panamericana de la salud, oficina sanitaria panamericana. Oficina regional de la organización mundial de la salud 1994. Serie paltex para ejecutar de programas de salud. 2da Edición No. 35.
- <sup>21</sup> Zurro A. , Cano P. Libro de atención Primaria. Vol II, Pág. 1077.
- <sup>22</sup> Manual de Programación Comunitaria. Cáncer del aparato reproductivo. Proyecto promoción comunitaria de la salud sexual y reproductiva. Nic/96/PO2 Movimiento Comunal Nicaragüense FNUAP.
- <sup>23</sup> Hatcher Robert A, M. D M. P. H Word Rinehart, Richar, Seller Judith S. Shelton James. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en Población. Centro de Programas de Comunicación D. M. D. M. P. H. Facultad de salud Pública Universidad de Johns Hopkins Julio 1999.
- <sup>24</sup> Lopez M. Salud Pública. Interamericana Mc-Gram Hill. (W A 4 L 864 1993 C. 2).

- 
- <sup>25</sup> Calero J. Del Rey. J. R. Calvo F. Har Coorte Brace. Como cuidar la salud. Su educación y promoción. (LUA 590 C 735 1998).
- <sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá, 1986.
- <sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría. 24 de abril de 2003.
- <sup>28</sup> Donabedian A., "Aspectos de la Administración de La Atención Médica". Fondo de Cultura Económica, 1a. edición en español, México, 1987. pp. 34-38.
- <sup>29</sup> Romero R., Ruiz C. El control de la fertilidad desde la percepción de una población semi-rural. Informe final para promoción de grado. UNAN – León.
- <sup>30</sup> Leal A. Gestión del marketing social. Editorial McGraw-Hill. España. 2000.