

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN- León



Tesis Para optar a título de Doctor en Medicina y Cirugía General

TEMA

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.

Autores:

Br. María Mercedes Bermúdez Sánchez.
Br. Juan José Bermúdez Sánchez.

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta¹.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. León

Dedicatoria

- A DIOS por haberme dado la vida y permitirme culminar esta bella carrera.
- A mis Padres

José de la Cruz Bermúdez

Vilma Sánchez

Por haberme apoyado con su esfuerzo, amor y dedicación en la trayectoria y culminación de la carrera.

Mercedes.

- ✓ A DIOS, por la vida
- ✓ A mis padres por su apoyo durante mis estudios.
- ✓ A mi hijo Juan y mi esposa Flor, por ser apoyo incondicional en mi vida.

Juan

Agradecimiento

- A nuestro tutor Dr. Juan Almendarez que con mucha paciencia nos guió en este trabajo investigativo.
- A las mujeres que participaron en este estudio, sin ellas no hubiese sido posible la realización de esta tesis.
- Al personal del puesto de Salud que nos brindó el apoyo para la realización de este estudio.

INDICE

Introducción -----	1
Antecedentes -----	3
Justificación -----	5
Planteamiento del problema-----	6
Objetivos -----	7
Marco Teórico -----	8
Diseño Metodológico -----	32
Resultados-----	36
Discusión de resultados-----	49
Conclusiones-----	53
Recomendaciones-----	54
Bibliografía-----	55
Anexos -----	58

Resumen

El presente estudio de conocimientos, actitudes y prácticas está orientado al examen citológico cervical y del cáncer del cuello uterino en las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino, esperando sea de utilidad para el trabajo realizado por la unidad de salud, aumentar la cobertura y que las mujeres usuarias del programa sean las más beneficiadas.

Es descriptivo de corte transversal se estimó una muestra de 285 mujeres mediante el uso del Statcal del programa Epi-info, la información se obtuvo a través de cuestionario llenado mediante entrevista y fue procesada en el programa epi-info.

Al finalizar el trabajo se encontró que el 96.5% de las encuestadas han oído hablar del paps con el 77.2% definiendo que su finalidad es detectar oportunamente el cáncer cervicouterino. El 80% tienen en general un buen conocimiento mostrando la mayoría una actitud favorable en relación a la importancia de realizarse el examen siendo el 72.6% el porcentaje de mujeres que se lo han realizado, siendo la vergüenza, el descuido y desconocimiento las principales razones por las que nunca se lo han hecho 27.4% de las encuestadas. Encontrando también que las analfabetas, de bajo nivel socioeconómico y del área rural son quienes tienen más alto porcentaje de mal conocimiento por lo que es recomendable continuar promoviendo actividades que permitan a estas mujeres consolidar sus conocimientos y logren finalmente ponerlos en prácticas.

Introducción

El presente estudio de CAP (Conocimientos, Actitudes, y Prácticas) esta orientado al examen citológico cervical y el cáncer de cuello uterino ya que este constituye uno de los problemas de salud publica más importante de América Latina y El Caribe. En Nicaragua es la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina. (1)

Durante la década de 1982 a 1991, el cáncer cervico uterino ocupo el primer lugar dentro de las siete primeras causas de muerte por neoplasia maligna, siendo el grupo etáreo más afectado el de 35 a 64 años. El Ministerio de Salud (MINSAL) reportó 164 muertes lo que iguala a 16.1 muertes por año. (1)

Durante 1999 las unidades de salud de nuestro país atendieron 131,997 pacientes que solicitaron estudios citológicos, obteniéndose una cobertura de 11%, a la vez que se reportó 1456 egresos hospitalarios con diagnóstico de carcinoma del cérvix. (1)

Para hacerle frente a esta realidad, el Ministerio de Salud de Nicaragua a través del programa de atención integral a la niñez, mujer y adolescencia (AINMA) ha creado el subprograma de detección oportuna del cáncer cérvico uterino como una estrategia mediante la cual se impulsarían las acciones de información, educación y prestación de servicios para la prevención y/o detección temprana del cáncer cérvico uterino. (2)

Como elemento esencial del programa esta planteada la promoción de la prueba del Papanicolaou, fácil de realizar, eficaz, barato e indoloro para la mujer y que en cambio puede salvarle la vida, si se realiza periódicamente, pero lamentablemente aun existen muchas barreras u obstáculos que impiden que se de una cobertura total a todas las mujeres que deben participar de este programa y gozar de sus beneficios.

El Manual de Normas de Prevención y atención del cáncer de cuello uterino del MINSA 2006 revela, que entre más temprano sea el inicio de vida sexual mayor será el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino asociándose también factores tales como: Infección cervical por virus de papiloma humano (VPH), primer coito a edad muy temprana (antes de los 18 años), infección cervical por el virus Herpes Simple tipo II, embarazo a edades tempranas (antes de los 20 años), paridad elevada, pareja sexual de riesgo, ningún antecedente de examen citológico cervical, grupo socioeconómico bajo, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencia de folatos, vitaminas A, C y E. (3,18)

A través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad, en sus etapas pre invasivas es posible lograr una tasa de curación cercana al 100%.(3)

ANTECEDENTES

La población de mujeres en edad fértil de nuestro país se ha incrementado significativamente, para el año 2004 se contabilizaban 1,402,294 según registros del Ministerio de Salud, la cobertura del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, mediante la citología cervical en nuestro país es mínima y solo logra alcanzar el 10.7% de cobertura de ese año. (3)

Pese a que la cobertura global no es adecuada en nuestro país se han realizado diversos estudios que analizan el conocimiento y práctica de las mujeres sobre el examen citológico, por ejemplo:

Una encuesta sobre salud sexual y reproductiva realizada en 1997, revela que el examen citológico cervical se lo han realizado un 29% de las mujeres de 25 a 35 años, recurren con mayor frecuencia a la toma del examen, a pesar de que la frecuencia del cáncer del cuello uterino, al menos en el departamento de León, es mayor en las edades de 40 a 69 años. (4)

En 1999 se realizó un estudio (Mendoza y Castillo) en Nueva Guinea titulado “Conocimientos y prácticas acerca del Papanicolaou en usuarias con vida sexual activa del servicio de Ginecología del Hospital Jacinto Hernández” encontrándose que el 34.3% de la población estudiada, expresó que la razón para no realizarse el examen era por descuido y el segundo motivo para la no realización fue la vergüenza, valorando el nivel de conocimiento sobre el PAP, el grupo etáreo de mujeres menores de 30 años fue calificado como bajo en comparación con 100 mayores de 40 años. (5)

En el Centro de Salud “Perla María Norori” se llevó a cabo un estudio que valoraba los factores que incidían en la inasistencia de mujeres mayores de 35 años para la toma de Papanicolaou cervicovaginal arrojando datos de que el 80%

de las mujeres si conocían lo que es el PAP, pero el 60% de las encuestadas nunca se habían realizado el examen. (6)

Gonzáles Montenegro realizó en el año 2006 un estudio que valoraba los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del cáncer de cuello uterino y el examen de Papanicolaou entre las mujeres de dos localidades del Municipio de San Carlos en el Departamento Río San Juan encontrando: sólo el 30 % de las mujeres estudiadas pudo mencionar la detección del cáncer como una finalidad del examen del Papanicolaou. (7)

Las mujeres con mayor riesgo de cáncer en razón de su edad, están siendo examinadas menos que las más jóvenes, ya que el grupo que más se ha realizado el PAP es el grupo de 30 a 39 años con un 69.2%.

Entre las razones para no haberse realizado el examen “el pudor o vergüenza” fue la razón que más mencionaron las mujeres con un 47.5% en la comunidad la Azucena y un 41.7% en la comunidad La Venada. (7)

En el año 2006 se realizó un estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre las pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre. Encontrándose que los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. (8)

Charles Huamani; Hurtado Ortega; En el año 2007 realizaron un estudio en Lima-Perú de conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou donde se encontró que el 81% de las encuestadas tenían una actitud positiva en relación a la importancia del mismo. (9)

JUSTIFICACION

La cobertura del programa de atención integral a la mujer, que ofrece el Ministerio de Salud en relación a la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa de la comunidad de Puerto Sandino se encuentra por debajo de las metas propuestas por el personal de salud, menos del 30%.

Consideramos que se trata de un tema muy importante dada la alta frecuencia con que se presenta el cáncer cérvico uterino en nuestras mujeres, siendo el cáncer que mayor morbi mortalidad representa en la población femenina, por lo cual es importante conocer que tanto saben las pacientes sobre el Papanicolaou, cuáles son sus actitudes y las practicas de estas en relación al Papanicolaou.

Con nuestro estudio tendríamos una visión inicial de lo que saben nuestras pacientes, debido a que seria la primera vez que se realice un estudio en esta comunidad sobre este tema, con lo que podremos seguir trabajando por el mejoramiento de la salud de nuestras pacientes

Es por ello que consideramos que el presente estudio será de utilidad para mejorar el trabajo realizado por la unidad de salud, para aumentar la cobertura pero sobretodo para las usuarias del programa brindándoles una mayor educación, concientización, logrando finalmente cambios de comportamientos, relacionados al conocimiento, actitud y practica del Papanicolaou, y de esta manera detectar tempranamente cualquier resultado citológico anormal.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino sobre el Papanicolaou?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el examen citológico cervical en las mujeres de Puerto Sandino en el año 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a variables socio demográficas.
2. Determinar los conocimientos que tienen las mujeres sobre la prevención del cáncer cérvico uterino.
3. Establecer las actitudes de las mujeres en relación a diferentes situaciones que facilitan o limitan el acceso al examen citológico cervical.
4. Describir las prácticas de las mujeres sobre la toma del examen citológico cervical.

MARCO TEORICO

Conceptos Generales:

1.- Conocimientos:

El conocimiento es la aproximación eterna e infinita del pensamiento al objeto.

El cerebro, por ser la materia mas altamente organizada, tiene la propiedad de reflejar al mundo objetivo; precisamente reflejo del mundo objetivo es lo que

Constituye el conocimiento. (10)

El éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología, dependen en gran parte de que puedan identificarse las necesidades y por tanto los objetivos a nivel de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis, la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. (10)

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

Es aquí en donde entran en función los productos primarios del conocimiento:

- Las sensaciones; que constituyen la forma más elemental del conocimiento.
- La percepción; es la integración del sistema de sensaciones.
- Las representaciones; son huellas de las percepciones que se conservan debido a la plasticidad del cerebro.

Tanto las sensaciones como las percepciones y representaciones son formas primarias o elementales del conocimiento, por tanto no revelan la esencia de los objetos y fenómenos.

La falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, riesgos de padecer la enfermedad, formas de detectarlo oportunamente a través del Papanicolaou, oportuna cura, lugares en donde puede acudir en busca de mayor información y de atención, etc. Constituye un factor negativo muy influyente en la disminución del cáncer del cuello uterino que debido a desinformaciones impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo. (8)

2.- ACTITUDES Y CREENCIAS:

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, gustos, prejuicios, convicciones, etc. (10)

Una actitud, es una predisposición a reaccionar de manera cismática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones de su ambiente, ciertos aspectos del mundo real. La importancia de conocer la actitud de una persona es que permite predecir como va a reaccionar ante los aspectos del mundo.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel social y educacional, la ocupación, la edad, tiene influencia sobre las actitudes y creencias sobre sexualidad. (8,10)

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo

(la prostitución por ejemplo), es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existen más de una para cada situación.

Elementos de las Actitudes:

- a- **Elemento Cognoscitivo:** formado por una idea, un conocimiento, una creencia, cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo importante de este elemento es la manera en que la persona ve al mundo y no como es el mundo en realidad.
- b- **Elemento Efectivo:** formado por emociones o instintos que surgen cuando la persona se coloca frente al objeto, o simplemente, piensa en dicho objeto.
- c- **Elemento Comportamental:** comportamientos formados por la tendencia hacia la acción, no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se vera inclinada a expresarse en acción. (10)

Funciones de las actitudes

1. **Función Unitaria:** Explica el impulso a buscar lo que percibimos como útil para nuestros fines o satisfacción de nuestras necesidades. Las actitudes nos permiten clasificar muchos aspectos y objetos de nuestro ambiente en las categorías útil o perjudicial, bueno o malo.
2. **Función de Defensa del Yo:** Algunas actitudes constituyen un mecanismo de defensa y no impiden que nos percibamos tal como somos.
3. **Función del Yo y de los Valores Personales:** Muchas actitudes nos permiten expresar y reforzar la imagen favorable que tenemos de nosotros mismo y de nuestros valores
4. **Función del Conocimiento del Mundo:** La actitud hacia una serie de valores preconcebidos y afirmaciones acerca de distintas formas de nuestro ser, un instrumento muy útil en este sentido.

Fuentes de las actitudes.

Las actitudes del individuo tienen su base (fuente) en:

- a) La cultura, costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece.
- b) Los grupos de amistades, a los cuales pertenecen además de aquellos a los cuales se desearía pertenecer.
- c) La familia, las emociones, las actitudes y creencias en la familia explican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico,
- d) Psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de veces de forma negativa e irreversible.
- e) Las experiencias personales.
- f) La pareja.
- g) El personal de salud.(10)

3.- PRÁCTICAS

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se define como una respuesta establecida para una situación común.

Son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseable, para cambiar una situación dada, hay compromiso y responsabilidad social, de actuar a partir del análisis de todos los datos disponibles. (10)

Uno de los grandes retos para los servicios de salud en la detección temprana del Cáncer cervico-uterino, es necesario que los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo.

Es por ello que es necesario identificar los factores de prácticas que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleva a modificar las prácticas negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

Por ello es importante identificar que prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou, a la edad de inicio de la toma, hábitos de realización, frecuencia, etc. Que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el auto cuidado de su salud. (8,10)

El procesos de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

La educación engendra conocimiento y saber nos obliga a cambiar actitudes, son verdades universales aplicables al quehacer humano y como tal en la campaña de salud lo que se vuelve más evidente en la detección oportuna del cáncer del cuello uterino.

Generalidades Anatómicas.

Anatomía: El útero tiene un tamaño variable, según la edad y paridad de la mujer. Durante la vida fértil activa, pesa alrededor de 50 gramos y mide 8 cm de longitud, 5 a 6.5 cm de ancho en la región del fondo y 3 cm de espesor (1.5 cm en cada zona, anterior y posterior del miometrio). Tras la menopausia, las alteraciones atróficas pueden llevar a una reducción de 5 a 6 cm de longitud, 3 cm de anchura y 1.5 a 2 cm de grosor. (11)

El útero tiene tres regiones anatómicas y funcionales definidas, el cérvix se divide a su vez en exo y endocérvix.

El exocérvix anatómicamente es la porción del cérvix visible al hacer una exploración vaginal. Esta revestido por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Este epitelio escamoso cubre la totalidad del exocérvix y se extiende más o menos sobre la depresión central, en la que se encuentra el orificio cervical externo. (11)

La unión escamo cilíndrica tiene una considerable importancia, ya que la mayoría de los carcinomas cervicales se originan en ella. En la totalidad de las mujeres adultas que han parido, el epitelio cilíndrico endocervical emigra hacia abajo, haciéndose visible a la exploración visual, es lo que se denomina ectopia endocervical. Las ectopias se reepitelizan de forma gradual por epitelio escamoso (metaplasma epidermoide), dando lugar a la llamada zona de transformación, es esta zona de transformación la que debe ser biopsiada para descartar un carcinoma o lesiones precancerosas. (11)

El segmento uterino inferior o istmo es la porción comprendida entre en endocérvix y la cavidad endometrial.

El Dr. George Papanicolaou, mientras estudiaba la maduración hormonal de la mucosa vaginal, descubrió que se podía identificar células tumorales en el flujo vaginal de mujeres con cáncer de cérvix, siendo muy limitada su aceptación por la comunidad científica (1928). (12)

En los años 40 el médico Canadiense Ernest Ayre, presentó el método que hoy se conoce como Papanicolaou, utilizándolo en el estudio de la mucosa cérvicovaginal.

Ayre uso una espátula (espátula de Ayre) para obtener las células, extendiéndose posteriormente a un porta objetos de cristal para luego fijarlas y teñirlas para hacerla visible al microscopio. (12)

En los años 50 la técnica de papanicolau se realizaba de forma rutinaria, debido al desarrollo y aceptación de los conceptos de carcinoma precoz.

GENERALIDADES DE LA CITOLOGÍA CERVICAL O PAPANICOLAOU.

La Citología cervicovaginal (triple toma) por el método de PAPANICOLAOU (Implantada de forma general en la década de los años 50), sigue siendo hoy día el método mas útil y barato para el estudio de las lesiones escamosas pre invasoras (displasia y carcinoma "in situ) de cérvix. Las campañas masivas de despistaje que se realizan habitualmente en los países desarrollados han contribuido claramente al descenso del cáncer cervical invasor y, por tanto, a la mortalidad por esta causa. En este capitulo nos vamos a referir al diagnostico de las lesiones de tipo escamoso, ya que es donde es verdaderamente eficaz la citología cervicovaginal. En las lesiones glandulares de endocérnix y endometrio es menos efectiva. (12)

La mortalidad por CaCU ha disminuido considerablemente en los últimos 50 años debido a las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou (PAP) (12), elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo; además, existe un mejor conocimiento de la historia natural del CaCU, su diagnostico y la eficacia del tratamiento en estadios menores. Sin embargo, los principales factores de riesgo asociados se mantienen, siendo estos la promiscuidad sexual, inicio de vida sexual a temprana edad, multiparidad, tabaquismo, un nivel socioeconómico bajo y el mas importante, la infección por virus de papiloma humano (VPH) (13, 14,15).

CONDICIONES PREVIAS PARA LA REALIZACIÓN DE TOMAS DE MUESTRAS CITOLÓGICAS.

- No andar con la menstruación (la realización de una citología con sangrado limita el resultado de la lectura).
- Dejar pasar 48 horas después del término de la menstruación.
- No administrar medicaciones tópicas, lavados o duchas vaginales.
- No tener relaciones sexuales 72 hrs, previo a la toma de la muestra.

Historia natural del Cáncer Cérvico uterino

Se estima que el cáncer cérvico uterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres.

Uno de los avances ha sido conocer que los carcinomas cervicales se originan en células precursoras. La mayor parte de los carcinomas cervicales son el estadio final de una continua alteración epitelial progresivamente más atípica en las que un estadio da lugar al siguiente de manera imperceptible. La primera y aparentemente, más temprana alteración es la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso, aunque con conservación de la diferenciación normal hacia células queratinizadas. Las células atípicas presentan alteraciones de la proporción núcleo-citoplasma, pérdida de la polaridad aumento del número de mitosis y pleomorfismo, estas alteraciones permiten clasificar la lesión como displasia leve, moderada y severa (NIC I, NIC II y NIC III) y carcinoma "in situ" recientemente según el sistema BETHESDA las displasias se clasifican como lesión escamosa de bajo grado (SIL de bajo grado) que incluye las displasias leves y el condiloma y como lesión escamosa de alto grado (SIL de alto grado), que incluye las displasias moderadas y severas. (12)

Un aspecto de trascendental importancia hoy día es la identificación de mujeres afectadas por condiloma en relación con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), agente del que cada vez hay más evidencia de su relación con el

carcinoma de cérvix. Con la toma citológica cérvico vaginal podremos identificar un gran porcentaje de casos, ya que existe un cuadro citológico muy característico, tal como la presencia de Koilocitos (célula intermedia-superficial con gran halo perinuclear citoplasmático y núcleos hipercromáticos agrandados).

Desafortunadamente, no siempre se observan dichas células y, además, disminuyen progresivamente en número conforme se incrementa la severidad de la displasia, siendo excepcionales en casos de cáncer invasivo. Hoy se conocen más de 70 subtipos de los que los números 16 y 18, principalmente, están estrechamente relacionados con los NIC (SIL) de alto grado. En cambio los subtipos 6 y 11 muestran escasa progresión a NIC (SIL) de alto grado. Poder realizar de forma sencilla y sistemática la tipificación de estos virus es un gran avance en el manejo de mujeres con condiloma. Los sistemas más sensibles que actualmente disponemos son las técnicas de Biología Molecular, tal como el PCR (Reacción en cadena de polimerasa) (no utilizable todavía de forma rutinaria). (13,14)

Finalmente, un término recientemente introducido es el de Atipia de células escamosas de significado indeterminado (A.S.C.U.S) y que es definido, según el sistema Bethesda, como alteraciones escamosas que son más marcadas que las atribuibles a cambios reactivos, pero que cuantitativamente o cualitativamente no encajan en el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial. Pacientes con este diagnóstico deben ser seguidas regularmente con controles clínico-citológicos según se encuentren dentro de grupos de alto o bajo riesgo. Para el seguimiento y control de las pacientes con Lesiones Escamosas Intraepiteliales (displasias-carcinoma "In situ") es esencial conocer la historia natural de estas lesiones. Progresan generalmente de forma lenta y pueden también regresar pero hay grandes diferencias de unos casos a otros. (13,14)

Generalmente se observa que:

- a) Las lesiones nuevas comienzan como displasia leve (NIC I/ lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).
- b) Cualquier grado de displasia puede progresar a carcinoma "in situ".
- c) Las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II-III) frecuentemente persisten o progresan y raramente regresan espontáneamente, mientras que las lesiones de bajo grado (NIC I) a menudo regresan sin tratamiento.
- d) La mayoría de los casos de carcinoma "In situ" progresaran a cáncer invasivo si no son tratados.
- e) El carcinoma invasor puede originarse sin paso previo de carcinoma "in situ", pero esto es la excepción.

En resumen, cuanto más avanzada es la enfermedad, más probablemente progresaran y menos probablemente regresaran. Aunque solo una minoría de las lesiones avanzan, las que lo hacen pueden llegar a carcinoma "in situ" y, de aquí, a invasor. La invasión usualmente ocurre en las lesiones más avanzadas y solo después de años. Sin embargo, el cáncer invasivo puede originarse también en cualquier grado de displasia, incluso de una leve. La duración total de la enfermedad, desde displasias leve a cáncer invasivo, puede ser de 10 a 20 años. Probablemente menos del 15% de todas las displasias no tratadas progresan a carcinoma "in situ". Sin embargo, un gran número de carcinomas "in situ" progresaran a cáncer invasivo si no se tratan. (15)

También hay que tener en cuenta la posibilidad de que pueda existir regresión y recurrencia de dichas lesiones. Se sabe que las lesiones displásicas pueden regresar, si bien el porcentaje no se conoce con exactitud (las menos avanzadas regresan más que las avanzadas). Pacientes jóvenes experimentan mayores regresiones que las de mayor edad y después de los partos regresan más frecuentemente. (15)

Aspectos Clínicos-citológicos

La triple toma cérvico vaginal, aún siendo una prueba imperfecta, tiene la capacidad para detectar las lesiones intraepiteliales precursoras tratables, que unido a la sencillez y bajo costo, han conseguido una marcada reducción en la morbilidad y mortalidad de carcinoma de cérvix uterino. Las lesiones precursoras (displasias, condiloma) están aumentando su incidencia, sin embargo el cáncer cervical invasivo esta disminuyendo marcadamente. Debemos tener en cuenta además, que la ausencia de despistaje citológico es un significativo factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical. Las recomendaciones más extendidas son de realizar un estudio citológico anual a todas las mujeres que tienen relaciones sexuales o ya han alcanzado los 18 años. Después de que una mujer ha tenido 3 o más citologías anuales consecutivas normales, la prueba puede realizarse menos frecuentemente según el criterio de su médico (según se considere una mujer de bajo o alto riesgo). La mayoría de médicos, no obstante, recomiendan un control citológico anual, ya que contribuye también a un mayor estímulo para tener una revisión anual médica para otros procedimientos (examen de las mamas, etc.). (16)

Es importante valorar el riesgo de las mujeres y clasificarlo como de bajo, moderado o alto riesgo. Se consideran mujeres de bajo riesgo a las mujeres sin relaciones sexuales previas, las histerectomizadas y las que tienen una pareja estable durante largo tiempo con citologías previas negativas. Las mujeres de riesgo moderado son aquellas con relaciones sexuales frecuentes, de comienzo después de los 20 años y que tienen relaciones habituales con dos hombres. Mujeres de alto riesgo son las que comienzan sus relaciones antes de los 20 años y tienen más de 2 parejas. También hay que tomar en consideración el número de parejas del hombre. Otros factores importantes de riesgo son: historia de citologías con células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS), enfermedades de transmisión sexual (especialmente condilomas), inmunodepresión y el hábito tabáquico. (17,18)

Errores de la citología cérvico vaginal.

Ninguna otra prueba ha tenido tanto éxito en la erradicación de un cáncer como la citología cérvico vaginal. Aún así, no es una prueba infalible. En teoría el carcinoma cervical es precedido por un largo pródromo de enfermedad pre invasiva que puede ser detectada y tratada. En la práctica, aunque existe una marcada reducción en el cáncer cervical, la enfermedad no ha sido erradicada en poblaciones con un buen sistema de cribado. (19)

Factores implicados en los errores:

Relacionados con la paciente: No acudir a la cita anual suele ser habitual. También influyen la preparación previa a la realización de la prueba (ducha y coito recientes pueden eliminar por fricción las capas celulares superficiales y aumentar, por tanto, el número de falsos negativos).

Clínicos: Defecto de la realización de la toma y defecto del seguimiento evolutivo de la paciente.

Instrumentación y modo de realización de la muestra: Debe existir un buen número de células de las 3 zonas (vagina, ectocérvix y endocérvix) y bien extendidas. (19,20)

Errores diagnósticos y de citopreparación.

La citología cérvico vaginal es sólo una prueba de "screening". Aunque es fundamental en la detección del cáncer cervical, no es el único método. El clínico debe evitar la falsa sensación de seguridad ante un resultado negativo de la citología. No debe reemplazar totalmente la evolución clínica, aunque la citología sea totalmente normal. Se cree que el 5-10% de los cánceres cervicales no se detectan. Desgraciadamente algunas mujeres desarrollaran un cáncer a pesar de

ser sometidas a un cribado (generalmente por no haberlo seguido adecuadamente). Por todo ello hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Primero y más importante, la mujer debe realizarse regularmente estudios citológicos, incluso si tiene historia de normalidad.
- Se debe informar a las mujeres de la fiabilidad de la prueba.
- Seguimiento estrecho de las pacientes de alto riesgo (infecciones múltiples, inflamaciones marcadas, citologías previas anormales).
- Las lesiones sospechosas deben ser biopsiadas y los síntomas investigados, incluso si las citologías han sido negativas.

El número de falsos negativos, en el mejor de los casos, estará en torno al 5-10%. Aunque puede parecer alarmante, tiene escasa significancia clínica, ya que, si tiene estudios citológicos repetidos, rara vez se desarrollará una lesión invasiva potencialmente grave para la paciente. Los falsos positivos, aunque también pueden ocurrir, tienen menor significado, ya que las lesiones displásicas graves deben confirmarse por biopsia. (21)

Calidad de la muestra.

La calidad de un servicio de salud se define como la diferencia entre lo alcanzable, dada la frontera tecnológica, y lo alcanzado. Según el profesor Avedi Donabedian, “la calidad es un juicio sobre la atención a la salud, a través del cual se determina el grado en que se utilizan los medios más deseables para lograr los mayores beneficios en la salud”

Es importante mencionar que la calidad esta íntimamente relacionada con la cantidad de atención. Para evaluar la calidad se hace a través de tres enfoques y sus relaciones entre si: estructura, proceso y resultado.

Muchos consideran que la evaluación de la calidad de la muestra es el indicador más importante para el sistema Bethesda. Las versiones anteriores del sistema Bethesda consideraban tres categorías de calidad: satisfactoria, insatisfactoria, y reemplazada en 1991 por “satisfactoria pero limitada por”. El sistema Bethesda 2001 elimina esta categoría intermedia. (20,21)

Categorías de calidad.

Satisfactoria: satisfactoria para la evaluación consigna la presencia o ausencia de células endocervicales o de la zona de transformación y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo, hematíes, células inflamatorias, etc. Toda muestra que contenga células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASGUS), células glandulares atípicas (CGA), es por definición, satisfactoria para la evaluación.

Insatisfactoria: si bien dichas muestras no permiten descartar la presencia de una lesión epitelial, para orientar la actitud diagnóstica-terapéutica adecuada, puede ser de utilidad consignar cierta información, por ejemplo, la presencia de células endometriales en pacientes mayores de 40 años. Es importante destacar que la presencia de células endometriales benignas no convierte a una muestra insatisfactoria en satisfactoria. (22)

Hay que reconocer que no se pueden aplicar criterios objetivos estrictos a todos los casos. Algunos extendidos que contienen células agrupadas, atrofia o citólisis pueden presentar dificultades de cuantificación celular, además de que puede haber circunstancias clínicas en las que un número menor de células sea considerado adecuado. En el caso de que la muestra sea insatisfactoria, es preciso indicar si el laboratorio procesó o evaluó el preparado.

La prueba de Papanicolau ha demostrado ser una herramienta notoriamente eficaz en la prevención del cáncer cérvico uterino, si bien no es una prueba

perfecta. Aunque el factor más importante para la mala prevención del cáncer cérvico uterino es la toma inadecuada del frotis, algunos otros factores incluyen problemas como el muestreo, la interpretación y el seguimiento clínico.

El diagnóstico citológico es un procedimiento que consta de varios pasos con frecuencia numerosos. La calidad de todo este proceso depende, en último caso, de la liga más endeble de la cadena. En este contexto, el muestreo y las técnicas de preparación se convierten en los problemas más frecuentes. (23)

Técnica:

Se describen muchas técnicas diferentes para obtener especímenes citológicos del cérvix en el Papanicolaou o frotis FAP sin importar el procedimiento utilizado, se tendrán en mente estos principios:

- La muestra debe ser óptima para la obtención de células que proporcionen información más precisa en cuanto al trastorno en estudio.
- El espécimen será fijado en forma inmediata y adecuada, para permitir la mejor interpretación.
- El cito patólogo estará informado de cualquier dato clínico o antecedente importante, y deben recalcarse preocupaciones o interrogantes específicas.

La precisión diagnóstica esta dada por la correcta obtención, fijación y lectura de la muestra.

Para que una muestra sea satisfactoria es necesaria la presencia de células del exo y endocérvix. Consiste en obtener células de la circunferencia de la zona de transición, que es el sitio donde inicia el cáncer del cuello uterino. (24)

Con la paciente en posición ginecológica, con previa explicación del procedimiento se procede a:

- ❖ Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- ❖ No realizar palpación bimanual antes de la toma de la muestra.
- ❖ Introducir el espéculo sin lubricar en la vagina. De ser necesario humedecerlo con agua limpia o solución salina.
- ❖ Visualizar el cérvix y fijar el espéculo.
- ❖ Si se encuentran abundantes secreciones removerlas suavemente con una torunda humedecida antes de tomar la muestra. (24)

Se toman las muestras de la siguiente manera:

- Tomar la muestra de exo y endocervix con la espátula de Ayre o citocepillo rotando 360 grados, luego realizar extendido en el extremo derecho de la lámina porta objeto con movimientos suaves, en zig-zag y rotatorios.
- Fijar la muestra inmediatamente después de la toma con el cito spray a una distancia entre 20-30 cm de la lámina.
- Si al momento de tomar la muestra se observa el cérvix sangrante, lesiones exofíticas, extensas áreas ulceradas, la paciente deberá ser referida para valoración por Ginecólogo.
- La muestra debe ser secada al aire libre y posteriormente envolverse. Llenar el formulario de solicitud de examen citológico con todos los datos requeridos en el para ser enviada al laboratorio de patología. Idealmente se debe llevar de inmediato o en la semana siguiente para su procesamiento. (24,25)

Informe e interpretación del resultado de Papanicolaou:

- El resultado deberá informarse a la usuaria en un periodo no mayor de un mes.
- Para informar los resultados de la citología se utilizará el sistema Bethesda.
- La solicitud de citología se llenará en original y dos copias. Esta solicitud acompañada de la lámina con la muestra tomada a la paciente, será enviada al departamento de patología para su lectura.
- El resultado de la citología se reportará en la misma hoja de la solicitud. La primera hoja (original) se conservará en el archivo del departamento de patología. La segunda hoja (primera copia) se enviará al expediente clínico de la unidad de salud de referencia. La tercera hoja (segunda copia) se enviará al registro central del Programa de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. (24,25)

Existen otros métodos que no deben ser considerados como aislados sino como complementarios de la citología cervical:

Colposcopia

Nacida como recurso de diagnóstico temprano de carcinoma del cuello uterino, la colposcopia ha presentado en el transcurso de los años una caracterización más precisa de sus posibilidades diagnósticas, hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los diversos casos de la patología oncológica cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad también peneana. A lo anterior se le suman las ventajas que derivan de la posibilidad de localizar con exactitud las muestras para la biopsia, de efectuar tratamientos locales precisos y de reconocer la presencia de procesos inflamatorios oligosintomáticos. (24)

Las biopsias ciegas en caso de citología sospechosa o positiva sin órgano blanco pueden producir un diagnóstico falso negativo. Sin embargo, el proceder en forma

directa a la conización con base en un solo espécimen citológico sospechoso conduce a un gran número de operaciones innecesarias que no carecen de morbilidad.

Es mejor utilizar el colposcopio en toda paciente con anomalía cervical, el colposcopista puede localizar la zona sospechosa, valorar su tamaño y grado de avance para dirigir el sitio de la biopsia. Hay muchos estudios que comparan la precisión diagnóstica de la colposcopia y citología; sin embargo no debe pensarse en estas dos técnicas como competidoras sino como complementarias; el utilizar ambos métodos mejora la precisión diagnóstica pues se suman las ventajas de ambas. La correlación de los datos citológicos, colposcópicos e histológicos permiten un tratamiento más racional de la paciente, no así el confiar en cualquiera de los métodos de manera individual. (18)

Indicaciones de la colposcopia:

Las indicaciones de una Colposcopia pueden resumirse en los siguientes 9 puntos:

- a. Valoración de las pacientes con citología normal.
- b. Estudio diagnóstico de las pacientes sintomáticas.
- c. Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical.
- d. Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos.
- e. Control del NIC durante el embarazo.
- f. Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas conservadoramente.
- g. Diagnóstico de las infecciones virales.
- h. Diagnóstico de la patología vulvar.
- i. Diagnóstico de la patología peneana (peniscopia)

Diagnóstico por examen tisular.

Biopsia:

La biopsia directa debe realizarse siempre que aparezca lesión macroscópica, si no la hay pero el frotis de Papanicolaou es anormal, el autor selecciona sitios de biopsia mediante colposcopia.

Por lo general, un médico especializado en exploración pélvica puede tomar muestras satisfactorias de biopsias y no hace falta someter a la paciente a estudios especializados antes de interpretar el resultado de ésta. Sin embargo es preciso aplicar procedimientos normalizados para la toma, fijación y el transporte del material de biopsia, y el laboratorio de histopatología, las clínicas de ginecología y el laboratorio de citología deben adoptar una nomenclatura histopatológica normalizada de notificación. Los resultados de la biopsia y los del examen citológico deben compararse y hay que examinar cualquier discrepancia.

Debe de interesar durante el procedimiento tanto la toma de la muestra como el manejo de la misma. El tejido para fines diagnósticos el epitelio de la unión plano cilíndrica y el estroma cervical inmediatamente adyacente. La muestra de biopsia se introducirá de inmediato en formol al 10% o en otro producto fijador y se enviará lo antes posible al laboratorio de anatomía patológica. La asistencia recomendada en este caso varía conforme al diagnóstico citológico y el reporte de una biopsia anterior. (24)

Curetaje endocervical:

Es necesario el raspado para diagnosticar lesiones endocervicales que no son visibles ni siquiera por colposcopia: Las muestras se obtendrán con una cucharilla de bordes en escuadra muy afilados, ideada especialmente para esta finalidad. El raspado será completo y sistemático y se hará en pequeños toques y no en la forma de barrido utilizado para el raspado endometrial. Todo el material cérvico uterino con inclusión de la sangre, el moco y los fragmentos tisulares se retirará

del cuello uterino con la cucharilla o con una pinza quirúrgica y se introducirá en formol al 10% para ser enviado al laboratorio de histopatología. (24,25)

Biopsia en cono:

En el caso del carcinoma in situ, la conización puede ser incluso un tratamiento curativo. Si se efectúan la conización y el raspado, debe obtenerse primero el cono porque el raspado puede destruir el epitelio en la unión plano cilíndrica.

Se indica una biopsia en cono cuando: no puede observarse la unión plano cilíndrica con el colposcopio, se sospecha de carcinoma microinvasor o adenoma in situ mediante la biopsia, la lesión penetra dentro del conducto y no puede observarse sus límites superiores, o cuando el frotis, la valoración colposcópica y la biopsia dirigida no concuerdan.

Si no se dispone de colposcopia y no aparece lesión macroscópica cervical, ni zonas de tinción con la prueba de Schiller, también está indicada una conización diagnóstica a la que se llama con frecuencia "Conización cortante fría"; a diferencia de la caliente que se realiza en trastornos inflamatorios con el electrocauterio.(24)

Estudio clínico:

En las pacientes en las que los resultados histopatológicos indican la presencia de un cáncer Cérvico uterino, debe efectuarse lo antes posible un estudio completo, que incluya la determinación de la fase clínica del cáncer.

El estudio clínico de todos los cánceres Cérvico uterino debe estar a cargo de ginecólogos, cirujanos experimentados y se realizará en un tercer nivel de atención. Por tanto las pacientes que padezcan un cáncer invasor o microinvasor con afección de los vasos linfáticos deben ir lo antes posible, después de

efectuado el diagnóstico a un centro médico u hospital que posea un servicio de Oncología.

El empleo de procedimientos diagnósticos inadecuados o el tratamiento parcial por médicos sin experiencia del cáncer cérvico uterino pueden impedir la determinación de la fase del cáncer o el tratamiento curativo. Los resultados de las biopsias originales, las radiografías y otras pruebas de cada paciente, así como un resumen del caso, se enviarán siempre al centro final de la consulta. (22,24)

Los centros oncológicos de consulta deben regirse por protocolos bien definidos de examen, tratamiento y seguimiento de las pacientes. En el examen inicial se establecerá la fase clínica; dada la importancia de ésta para el tratamiento ulterior, dos médicos explorarán a todas las pacientes nuevas y se pondrán de acuerdo en la fase del cáncer. Además de realizar una exploración física cuidadosa se utilizarán según corresponda, la radiografía de tórax, la cistoscopia y la pictografía intravenosa para definir la fase.

Conviene utilizar un sistema normalizado de división en fases, de preferencia el UICC/FIGO ó el TNM. La clasificación en fases de la FIGO exige la práctica de la Pielografía Intravenosa y de la Radiografía de Tórax, pero no de la sigmoidoscopia ni de la linfografía. En los casos dudosos se incluirá en cáncer en la fase más avanzada.

Todas las embarazadas deben someterse a un frotis de Citología Cérvico uterina como un requisito de Atención Prenatal. Cualquier embarazada que dé resultados anormales en el examen citológico Cérvico uterino será estudiada a fondo, puesto que pueden obtenerse sin riesgo biopsias apropiadas. Si es posible se utilizará la colposcopia y las biopsias se limitarán al exocérvix. En el caso de las pacientes embarazadas con cáncer Cérvico uterino preclínico, se les puede permitir que lleguen al parto a término y aplazar sin riesgo la terapéutica apropiada hasta el posparto. (24)

Tratamiento del cáncer cervicouterino

El plan de tratamiento estará determinado por los resultados de los procedimientos diagnósticos y de la paciente misma; es de vital importancia que ésta se involucre en el diagnóstico y la decisión de alternativas terapéuticas, para que se responsabilice a si misma en cierta forma y comprenda la importancia de la vigilancia a largo plazo. (24,25)

Protocolo de seguimiento según el nivel de atención

Conducta a seguir según los resultados de Citología en el Primer Nivel de Atención

A. Citología Normal

Deben comunicarse inmediatamente para dar confianza a las usuarias y contar con la futura cooperación en los estudios ulteriores del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico uterino.

B. Pacientes con resultados citológicos dudosos o insatisfactorios:

Los frotis con resultados insatisfactorios deben repetirse de inmediato para excluir cualquier lesión importante. Los detalles de esos frotis deben inscribirse en un registro de inspección de calidad, de modo que se puedan determinar e incidir positivamente en los errores. (25)

C. Pacientes con resultados citológicos anormales

Citología negativa para Neoplasia, asociada a proceso inflamatorio leve, moderado o severo.

Debe tomarse exudado y cultivo de secreciones Cérvico vaginales y dar tratamiento de acuerdo a la etiología. Se programará examen de control en 6 meses, se le dará seguimiento de acuerdo al nuevo resultado. (25)

Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH)

Realizar Colposcopia, si el resultado reporta libre de IVPH, realizar control de Citología en 6 meses y seguimiento según resultado ulterior. Si el resultado de Colposcopia reporta IVPH, realizar Biopsia dirigida, si el resultado es negativo, realizar Citología en 6 meses y dar seguimiento de su reporte. Si el resultado de la Biopsia es positivo realizar Crioterapia y si después de ésta se obtienen resultados satisfactorios realizar control de Citología en 6 meses. Si se reportara IVPH persistente realizar observación y seguimiento por Citología cada 6 meses y dar tratamiento a la pareja. (25)

Lesión Intraepitelial de bajo grado NIC I.

La Displasia ligera corresponde habitualmente a una inflamación cervical que debe tratarse de acuerdo al resultado del exudado y cultivo de secreciones Cérvico vaginales y referir para Colposcopia, si ésta reporta solamente NIC I, realizar Colposcopia de control y Citología en 3 meses.

Lesión Intraepitelial de alto grado NIC II

Se realizará Crioterapia siempre y cuando la lesión sea visible en su totalidad, después realizar control con Citología y/o Colposcopia cada 6 meses por un año. Si un reporte de Citología es positivo para células malignas proceder a realizar Conización Cervical; pero si los resultados de Citología son negativos referir al Primer Nivel de Atención.

Cuando la lesión no es visible en su totalidad o no se dispone de equipos para Crioterapia indicar directamente una Conización Cervical; si en el reporte de ésta existen márgenes tomados por la lesión referir a Oncología; posteriormente se dará seguimiento con citología anual; en caso contrario, si los márgenes están libres de lesión, tomar citología cada 6 meses por un año y después referir al nivel primario para realizar el manejo de una paciente normal. (25)

Lesión Intraepitelial de alto grado NIC III (Carcinoma In Situ):

Puede aplicarse Asa Térmica, siempre que la lesión sea visible en su totalidad, también puede efectuarse Conización Cervical. Si el resultado histopatológico revela márgenes libres de lesión, dar seguimiento a través de la Citología Cervical:

1. Primer año; cada tres meses.
2. Segundo año: cada 6 meses.
3. A partir del tercer año: cada año.
4. Si los bordes tienen presencia de lesión referir a Oncología.

Lesiones sospechosas de Carcinoma invasor:

Todas las pacientes en las que el examen citológico Cérvico uterino permita sospechar la presencia de un carcinoma invasor deben someterse a una biopsia, habitualmente en una clínica especializada en ginecología. Si existen Lesiones Cérvico uterinas claras o la paciente es sintomática, será enviada directamente al centro de tratamiento.

DISEÑO METODOLOGICO.

1. Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal.
2. Área de Estudio: Se realizó en la comunidad de puerto Sandino, municipio de Nagarote, departamento de León, ubicado a 49 Km. de la cabecera departamental.

Limita: Al norte: con la comunidad el Madroño.

Al Sur: Comarca el Jicote.

Al este: comarca la Chilama.

Al oeste: isla Juan venado.

Cuenta con una población de 4,133 habitantes de los cuales 2,800 son mujeres, la población económicamente activa representa el 49%. La principal actividad económica esta dada por la pesca seguida de la producción de sal y en menor escala ganadería.

En relación a la educación primaria hay una escuela pública que atiende a 350 estudiantes y un instituto de educación secundaria que atiende a un total de 240 estudiantes.

Los servicios de salud brindados por el estado se dan a través de un puesto de salud, en donde laboran; un medico general, un licenciado en enfermería y un auxiliar de enfermería de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. tienen los programas: AIN; AIM, crónicos y morbilidad general.

Las 5 patologías más frecuentes por las que acude la población son:

- Resfriado común.
- Diarrea.
- Infecciones urinarias.
- Hipertensión arterial.
- Vaginitis.

Unidad de Análisis: Pacientes femeninas 15-65 años que habitan en la localidad de estudio, que pertenezcan a la muestra y que aceptaron participar en el estudio.

3. Universo: El universo esta constituido por todas las mujeres entre 15 y 65 años que habitan en la localidad en estudio es decir 1,099 mujeres.
4. Muestra: Se estimó una muestra de 285 mujeres mediante el uso del Statcal del programa Epi-info versión 3.5.1 para Windows, usando los siguientes parámetros:
 - Un universo de 1,099 mujeres en edad fértil,
 - Una prevalencia del 50% (valor usado cuando se desconoce la prevalencia de ocurrencia de un problema o fenómeno y asegura el tamaño máximo posible)
 - Un error del 5%
 - Un nivel del 95%.
5. Selección: Se tomó una muestra por conveniencia de las pacientes que asistan a la unidad de salud: Puerto Sandino Se trató de incluir en la muestra a mujeres de todas las comunidades y sectores en que se subdivide Puerto Sandino de forma proporcional a la cantidad de mujeres por cada comunidad. Si de una comunidad no había llegado nadie, se buscó en sus viviendas la cuota que le corresponde.
6. Instrumento de recolección de datos: El cuestionario tiene 4 acápite: Datos generales, conocimiento, actitudes y prácticas.
7. Fuente de información: Primaria mediante encuesta aplicada directamente a la mujer.
8. Procedimientos de recolección de datos:

Se elaboró una carta en la cual se solicitó el permiso al responsable del Puesto de salud para realizar nuestro estudio en dicha unidad asistencial.

Se solicitó la participación voluntaria a cada mujer respetando su privacidad.

Operacionalización de variables:

Para valorar el nivel socioeconómico se hizo uso de la escala, la cual consiste en valorar la existencia de 10 elementos de la casa (radio, agua potable, letrina, refrigerador, electricidad, televisión, cocina de gas, vehículo, teléfono, número de habitaciones). Esta escala se ha utilizado en estudios anteriores a nivel socio demográfico.

Para la evaluación del nivel de conocimiento, se utilizó una escala cuantitativa, la encuesta consta de preguntas para determinar el nivel de conocimiento de las pacientes acerca de la utilidad del examen, quienes deben hacérselo, con que frecuencia, condiciones para la toma de la muestra, factores predisponentes para el cáncer del cuello uterino, entre otros.

Se asignó un punto por cada respuesta correcta y cero puntos por cada respuesta incorrecta, siendo el puntaje máximo de 15. Se categorizó el nivel de conocimiento en dependencia del puntaje obtenido en:

- Bueno: A quienes obtuvieron puntaje de 8-15 puntos.
- Malo: A quienes obtuvieron de 1-7 puntos.

En la evaluación de las prácticas de las pacientes se midió diferentes aspectos como por ejemplo cuando se realizó su último Papanicolaou, las preguntas se realizaron de manera individual y se le aplicó porcentaje.

En las actitudes se aplicó escala tipo Lickert. Escala ordinal que mide actitudes.

La información obtenida se procesó mediante el programa EpiInfo empleando también el procesador de palabras WORD 2000.

Operaciones de las variables:

VARIABLE	INDICADOR
NIVEL SOCIECONOMICO	<p>Numero de artículos de diez servicios y mobiliarios de casa que reportaron como pertenecientes al hogar al momento de la encuesta.</p> <p>Alto: 10-7 Medio: 6-4 Bajo: 3-0</p>
Conocimiento sobre el Papanicolaou	<p>Puntaje obtenido por las mujeres al responder las preguntas sobre Conocimientos.</p> <p>Porcentaje de mujeres que contesta correctamente cada pregunta.</p>
Actitudes sobre el Papanicolaou	<p>Porcentaje de mujeres que contesta correctamente cada pregunta.</p>
Practicas sobre el Papanicolaou	<p>Porcentaje de mujeres que se han realizado el PAP alguna vez en su vida.</p> <p>Porcentaje de mujeres que se han realizado el PAP en los últimos doce meses.</p>

RESULTADOS

Las principales características socio demográficas de las pacientes estudiadas, se encontró que el grupo etáreo predominante lo comprendió el grupo de 20 a 35 años con el 50.2%, seguido del grupo de 36 a 49 años con un 29%, las menores de 20 años representaron el 14% y el grupo de 50 años a más el 6.8%.

El 65.3% de la población estudiada procedía del área urbana y el 34.7% del área rural. El mayor grado de escolaridad fue la educación secundaria con un 41.8%, seguido de la educación primaria con un 40.7%, el nivel de educación superior represento el 10%, existiendo un 7% de población analfabeta.

El estado civil predominante de las encuestadas era en su mayoría casadas o acompañadas con el 70.5%, las solteras representaron un 23.9%, el 3.5% están separadas o divorciadas y el 2.1% viudas. La religión predominante es la católica con el 49.8%, seguida de la evangélica con un 25.3%, Otras religiones 20.7%, Ninguna 2.5%, testigos de Jehová 1.8% (Ver tabla 1).

El 50.2% de las encuestadas tienen una situación socioeconómica alta, seguida por el 44.2% con situación socioeconómica media y el 5.6% bajo nivel (Ver gráfico1).

En relación a los conocimientos el 96.5% ha oído hablar del Papanicolaou y un 3.5% refirieron que nunca habían oído hablar del Papanicolaou. El 77.2% sabe que el Paps sirve para detectar cáncer cervicouterino. El 50.2% respondió correctamente cada cuánto tiempo se deben realizar el Paps, mientras que el 49.8% no saben esta información. El 84.2% saben que toda mujer que inicia vida sexual activa se debe realizar el Paps, pero hay 15.8% que creen erróneamente que sólo las prostitutas y mujeres mayores de 40 años deben realizarse este examen.

El 78.2% de las encuestadas refirieron saber que en el Puesto de Salud funciona el programa de toma de Paps, y el 21.8% no sabían. En cuanto a los cuidados de la mujer antes de hacerse el Paps el 83.2% saben que no deben tener relaciones sexuales 72 hrs antes del examen, 67.4% saben que no deben usar medicamentos vaginales y el 84.2% saben que no deben andar la menstruación. El 67.4% considera que el tener varios maridos es una causa para que se desarrolle el cáncer de la matriz, el 58.9% atribuyó al comienzo de relaciones sexuales a temprana edad la causa para que el cáncer se desarrolle y el 36.1% lo relacionó al hecho de tener muchos hijos. Con relación a si el cáncer del cuello de la matriz se puede curar un 75.8% respondió que se puede curar si se descubre cuando esta iniciando (Ver tabla 2).

Al categorizar el nivel de conocimiento se encontró que de las encuestadas el 80% tienen un buen conocimiento del Papanicolaou y el Cáncer cervicouterino, mientras que el 20% tienen un mal conocimiento (Ver Gráfico 2).

Al relacionar la edad con el conocimiento el intervalo de 20 a 35 años son las que tienen un porcentaje más alto de buen conocimiento con un 85.4%, los intervalos de < 20 años y > de 50 años tienen el porcentaje más alto de mal conocimiento ambos grupos etáreos con un 35%.

Al relacionar la Procedencia con el conocimiento las mujeres del casco urbano tienen un mayor porcentaje de buen conocimiento del Paps con un 84.9% en comparación con las del área rural que tienen un 73.8%.

Al relacionar el nivel de escolaridad con conocimiento, las mujeres con mayor nivel de educación tienen un mayor conocimiento, encontrando que las mujeres que alcanzaron la educación secundaria tienen el 85.8% de buen conocimiento y las de nivel superior (Universitario) un 96.7%, en contraste con las analfabetas donde se encontró que el 60% de ellas tienen un mal conocimiento.

Al relacionar el nivel socioeconómico con conocimiento encontramos que las mujeres con un alto nivel tienen un mayor porcentaje de buen conocimiento con un 92.7% en comparación con las mujeres de bajo nivel que tienen el 43.8% de buen conocimiento (Ver Tabla 3).

En relación a las actitudes ante la toma del examen citológico cervical (Paps) el 67% mostró una actitud positiva al estar totalmente de acuerdo en la importancia de la realización del mismo como método de detección precoz del cáncer cervicouterino

Así mismo el 66.3% están totalmente de acuerdo y dispuestas a realizarse el Papanicolaou como método para detectar oportunamente el cáncer cervicouterino. Las mujeres tienen una actitud positiva en relación a recibir mayor información acerca del paps con un 68.1%. El 28.8% tienen una actitud negativa en relación a la confianza con el personal de salud (Ver Tabla 4).

En relación a la práctica el 72.6% de las mujeres entrevistadas se han realizado el examen del Papanicolaou al menos una vez en su vida, mientras el 27.4% nunca se lo han realizado (Ver Gráfico 3).

Un buen porcentaje tiene menos de un año de haberse realizado el último paps 36.8%, seguido del 18.6% que se lo realizaron entre 1-2 años, 11.6% tienen más de 3 años de haberse realizado el último Paps (Ver Gráfico 4)

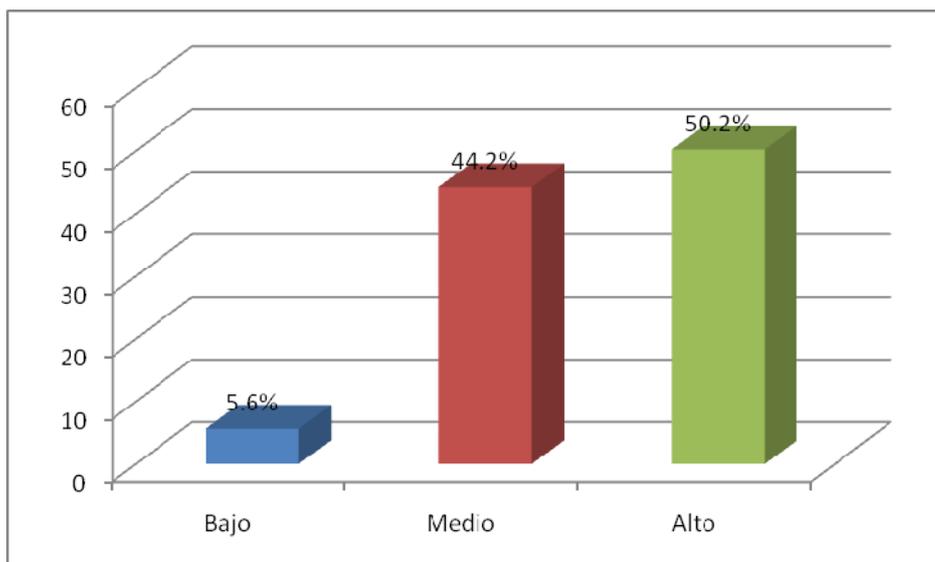
El 46% de las encuestadas se realizó el último Paps por demanda espontánea, seguida del 13.3% a quienes se lo enviaron durante la consulta médica, 9.1% en control de embarazo y 4.2% en el programa de planificación familiar (Ver Gráfico 5). En relación a las razones por las cuales nunca se han hecho el Paps el 7% refirieron que por vergüenza, 5.7% por descuido, 5.3% por desconocimiento, 2.5% refieren que por negatividad del marido, 2.1% por que no dan los resultados (Ver Gráfico 6)

Tabla 1. Características socio demográficas de mujeres encuestadas de la comunidad de Puerto Sandino, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de Papanicolaou y cáncer cervicouterino segundo semestre 2010

Variable	Nº	Porcentaje
Edad		
• < 20	40	14%
• 20 -35	143	50.2%
• 36 – 49	82	29%
• 50 Ó MÁS	20	6.8%
Procedencia		
• Urbana	186	65.3%
• Rural	99	34.7%
Escolaridad		
• Analfabeta	20	7%
• Primaria	116	40.7%
• Secundaria	119	41.8%
• Superior	30	10%
Estado civil		
• Soltera	68	23.9%
• Casada/acompañada	201	70.5%
• Separada/divorciada	10	3.5%
• Viuda	6	2.1%
Religión		
• Católica	142	49.8%
• Evangélica	72	25.3%
• Testigo de Jehová	5	1.8%
• Otra	59	20.7%
• Ninguna	7	2.5%
TOTAL	285	100%

Fuente: Encuesta.

Gráfico 1. Nivel Socio-económico de las mujeres de Puerto Sandino segundo semestre 2010.



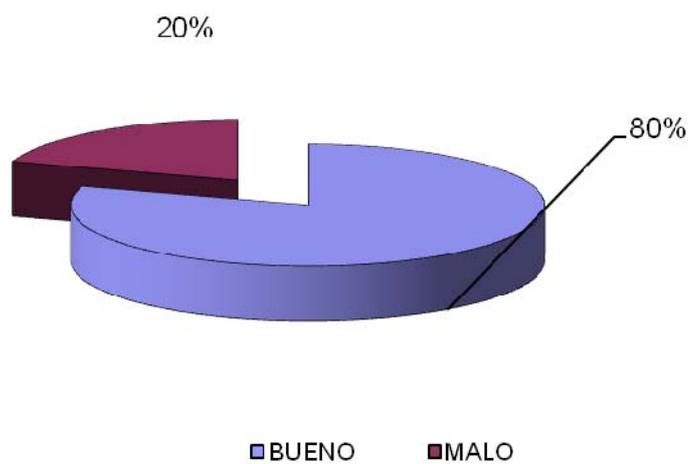
Fuente: Encuesta

Tabla 2. Conocimientos que tienen las mujeres encuestadas de Puerto Sandino sobre diferentes aspectos relacionados al Papanicolaou y cáncer cervicouterino segundo semestre 2010.

Enunciado	Sabe		No sabe	
	Nº	%	Nº	%
Ha oído hablar Usted del examen de Papanicolaou	275	96.5%	10	3.5%
El Paps sirve para detectar el cáncer de cuello uterino	220	77.2%	65	22.8%
El Paps sirve para detectar lesiones precancerinas.	124	43.5%	161	56.5%
El paps sirve para detectar infecciones del cuello uterino.	189	66.3%	96	33.7%
Cada cuanto tiempo debe hacerse el Paps	143	50.2%	142	49.8%
Quienes cree usted que deben realizarse el Paps	240	84.2%	45	15.8%
Sabía que en el Puesto de Salud realizan el Paps	223	78.2%	62	21.8%
No tener relaciones sexuales 72 hrs antes del examen	237	83.2%	48	16.8%
No usar medicamentos vaginales	192	67.4%	93	32.6%
No andar con la menstruación	240	84.2%	45	15.8%
Tener varios compañeros o maridos	192	67.4%	93	32.6%
Comenzar relaciones sexuales a temprana edad	168	58.9%	117	41.1%
Tener muchos hijos	103	36.1%	182	63.9%
El cáncer de la matriz se puede curar	216	75.8%	69	24.2%

Fuente: Encuesta.

Gráfico 2. Distribución porcentual del conocimiento de las mujeres de Puerto Sandino sobre el Papanicolaou y el Cáncer de Cuello Uterino segundo semestre 2010.



Fuente: Encuesta

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre Paps y Cáncer Cervicouterino según características generales de las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino segundo semestre 2010.

Variables	Nivel de conocimiento					
	Bueno		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad						
< 20 años	23	65.0%	14	35.0%	40	14.0%
20-35 años	122	85.4%	21	14.6%	143	50.2%
36-49 años	67	81.8%	15	18.2%	82	29.0%
50 ó más	13	65.0%	7	35.0%	20	6.8%
Procedencia						
Urbana	155	84.9%	31	16.6%	186	65.3%
Rural	73	73.8%	26	26.2%	99	34.7%
Escolaridad						
Analfabeta	8	40.0%	12	60.0%	20	7.0%
Primaria	89	76.8%	27	23.2%	116	40.7%
Secundaria	102	85.8%	17	14.2%	119	41.8%
Superior	29	96.7%	1	3.3%	30	10.0%
Nivel Socioeconómico						
Bajo	7	43.8%	9	56.2%	16	5.6%
Medio	90	71.5%	36	28.5%	126	44.2%
Alto	131	92.7%	12	8.3%	143	50.2%
Total						

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Actitudes expresadas por las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino en relación al Papanicolaou y cáncer cervicouterino segundo semestre 2010

Enunciado	Actitud				
	1	2	3	4	5
El Paps es importante para detectar tempranamente el CaCu	68.8%	30.2%	1%	0%	0%
Esta dispuesta a realizarse el Paps como método de detección precoz de CaCu	66.3%	28.8%	2.1%	2.1%	0.7%
Le interesa recibir más información sobre el Paps	68.1%	29.8%	1.4%	0.7%	0%
No se opone su marido para que Ud. Se realice el Paps	56.8%	29.1%	10.2%	3.2%	0.7%
La confianza en el personal de salud no le impide realizarse el Paps	34.7%	32.6%	3.9%	15.8%	13.0%

1= Totalmente de Acuerdo

2= De acuerdo

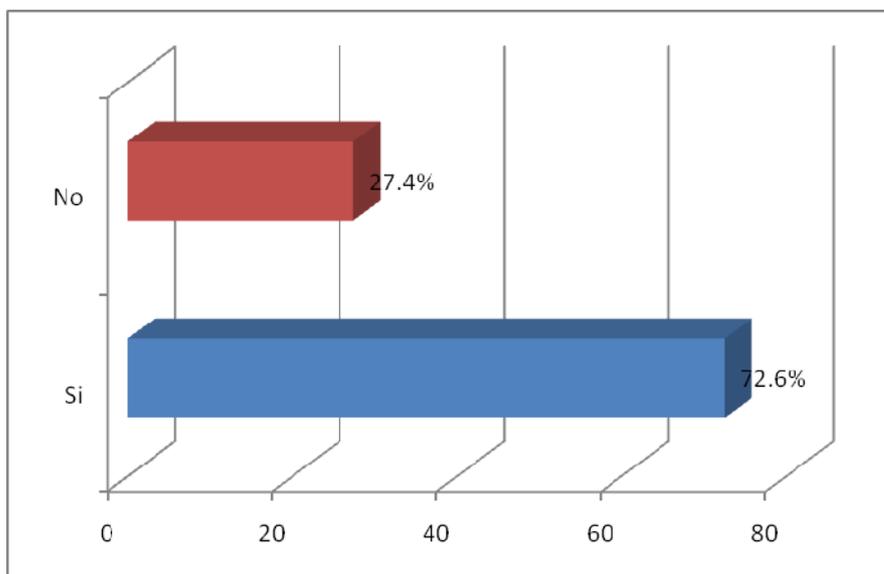
3= Indiferente

4= En desacuerdo

5= Totalmente en desacuerdo

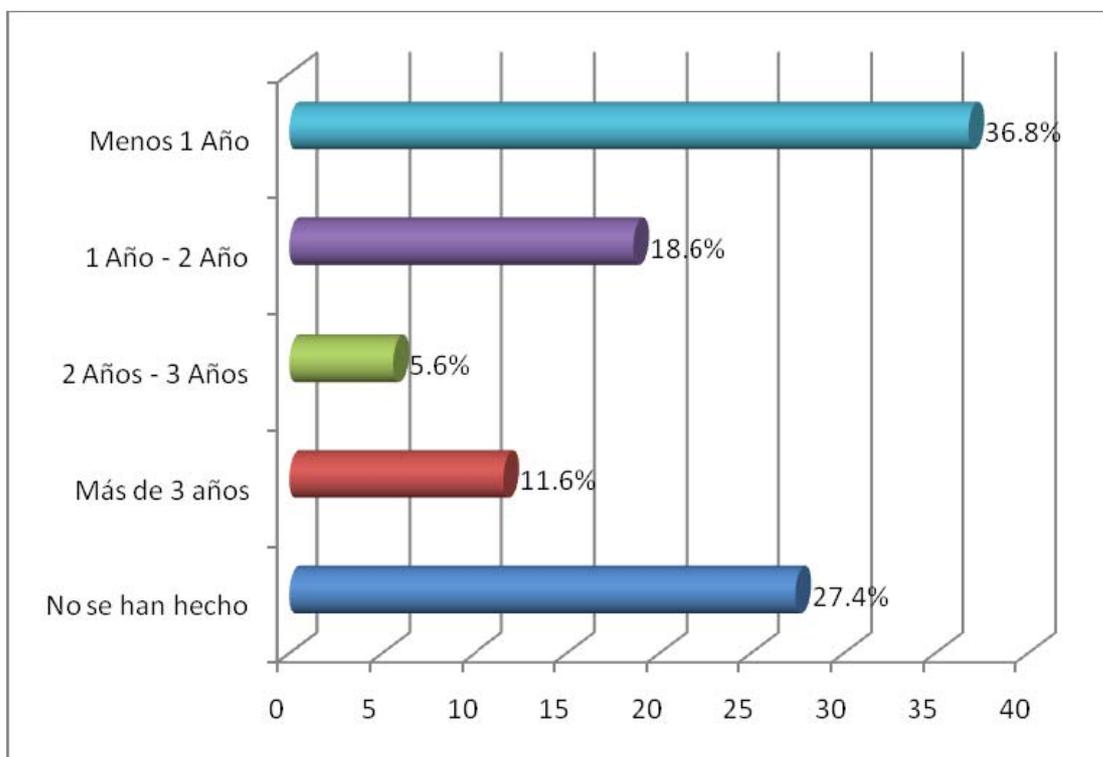
Fuente: Encuesta.

Gráfico 3. Distribución porcentual de mujeres que se han hecho alguna vez el examen de Papanicolaou en la unidad de salud de Puerto Sandino segundo semestre 2010.



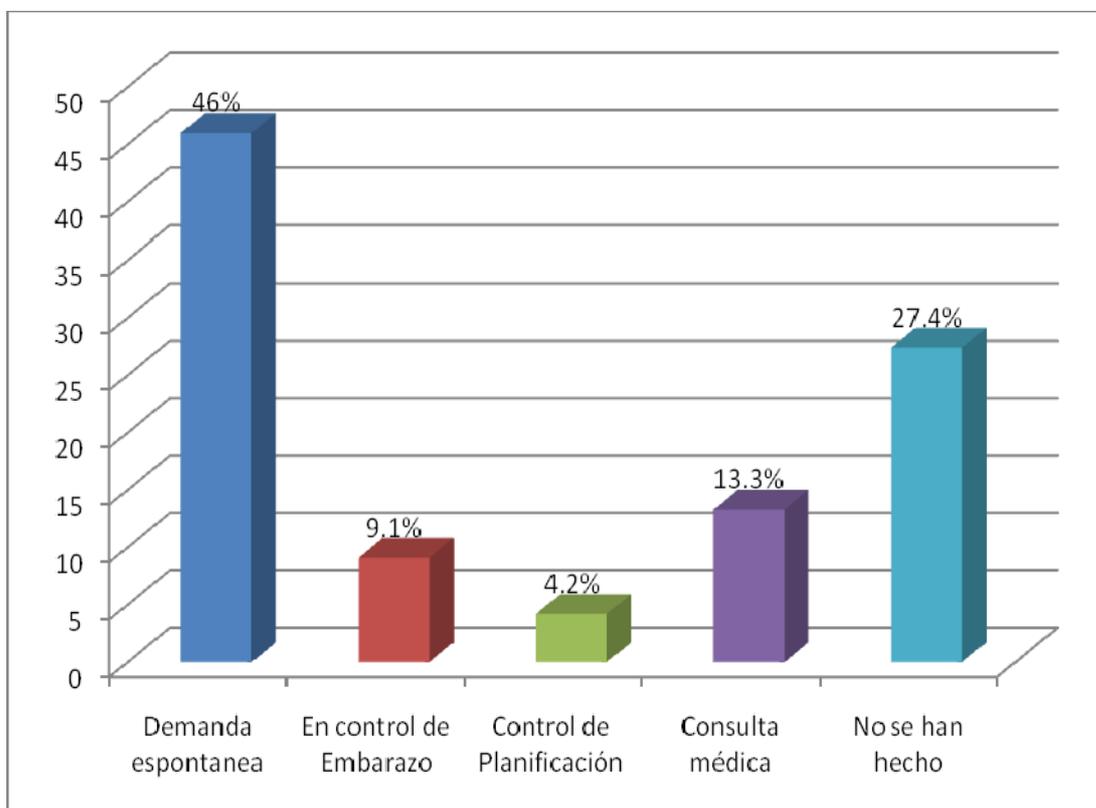
Fuente: Encuesta

Gráfico 4. Distribución porcentual en relación al tiempo que se realizaron el último Paps las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino segundo semestre 2010



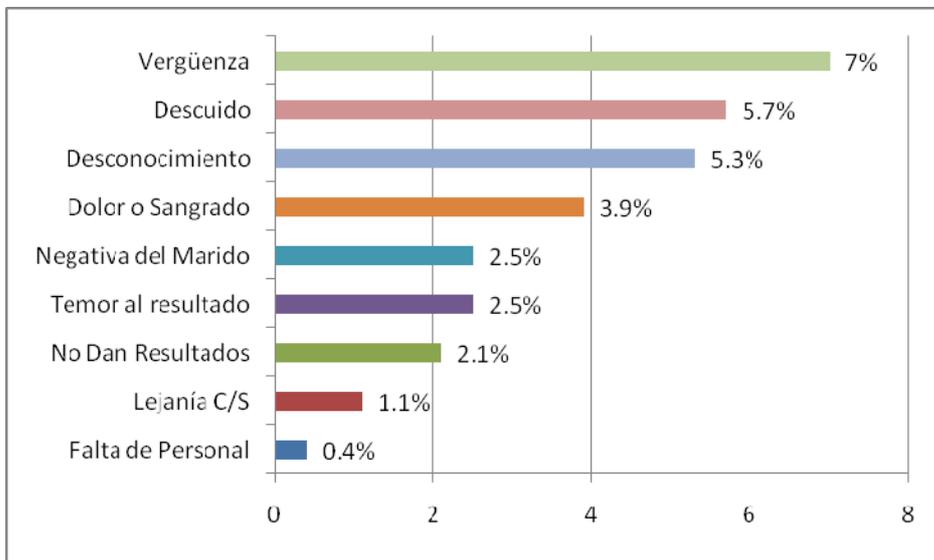
Fuente: Encuesta

Gráfico 5. Distribución Porcentual en relación al momento en que se hizo el último examen de Papanicolaou las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino segundo semestre 2010.



Fuente: Encuesta

Gráfico 6. Distribución porcentual de las razones por las que nunca se han realizado el examen Papanicolaou las mujeres de la comunidad de Puerto Sandino segundo semestre 2010.



Fuente: Encuesta

DISCUSION

La utilidad del examen citológico cervical está orientada fundamentalmente hacia el diagnóstico precoz de lesiones premalignas del cáncer cervicouterino, dado el carácter de fácil accesibilidad para la toma de la muestra (3), aún así sigue existiendo en nuestra población un porcentaje significativo de mujeres que no le están dando la importancia debida a la realización de este examen.

En relación a los conocimientos sobre diferentes aspectos relacionados al Paps y el cáncer cervicouterino encontramos resultados de que un gran porcentaje de las encuestadas han oído hablar del examen del Paps pero hay un insuficiente conocimiento en relación a la utilidad del mismo, intervalo de realización, existiendo un 21.8% de estas mujeres que desconocen que en el puesto de salud existe el programa de toma de Paps para la detección oportuna del cáncer uterino, aún así este resultado es superior al realizado en dos comunidades de Rio San Juan en el que un bajo porcentaje conocían la utilidad del examen.(7)

Encontramos también un porcentaje significativo de mujeres que no saben la relación existente entre el tener varios maridos, el inicio de vida sexual activa a temprana edad, tener varios hijos como factores de riesgos en su sexualidad que aumentan su exposición al virus del papiloma humano causante del cáncer cervicouterino como refiere la literatura consultada. (14,15)

En este trabajo pudimos constatar que un buen porcentaje de la población estudiada tienen un buen conocimiento en relación al Papanicolaou y el cáncer cervicouterino sin embargo existe un 20% que tienen un mal conocimiento siendo las mujeres jóvenes menores de 20 años y las mayores de 50 años quienes tienen un porcentaje considerable de mal conocimiento coincidiendo este dato con un estudio realizado en Argentina donde apenas el 7% de de las mujeres menores de 20 años tenían buen conocimiento y buenas practicas de Paps.

Al relacionar la procedencia con el conocimiento las mujeres del casco urbano

tienen un mayor porcentaje de buen conocimiento del Paps en comparación con las del área rural siendo similar a un estudio realizado en el hospital Alemán Nicaragüense, Esto puede deberse a que en el campo prevalecen altos niveles de analfabetismo y menor acceso a las unidades de salud. (8)

Relacionando el nivel de escolaridad con conocimiento encontramos que las mujeres analfabetas obtuvieron el porcentaje más alto de mal conocimiento sobre el Paps y cáncer uterino (60%) superando ligeramente el resultado en un hospital capitalino donde las analfabetas tenían 57% de mal conocimiento quedando sustentado que hay mejores conocimientos a mayor nivel educativo. Esto reviste mucha importancia para el personal de salud que trabaja con poblaciones de bajo nivel cultural a la cual se le debe dedicar más tiempo en la consejería y charlas educativas de salud, asegurándonos que usamos con ellas un lenguaje sencillo y nos hacemos entender por nuestras pacientes, y así disminuir este factor negativo muy influyente debido a que desinformaciones impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres. (8)

En relación al nivel socioeconómico con conocimiento observamos una relación directamente proporcional las encuestadas que tienen un nivel social económico alto son quienes tienen mejores porcentajes de conocimiento bueno en contraste con las de bajo nivel que tienen en un 56.2% un conocimiento malo siendo evidente que a mayor nivel social mejora el desarrollo cognitivo del ser humano. (10)

Las actitudes hacia la prueba del Papanicolaou resultaron ser muy buenas, con positivismo en relación a la importancia del paps, expresaron estar dispuestas a realizárselo como método de detección oportuna del cáncer, mostrándose muy interesadas en recibir más información de este tema, pero es superado este resultado por el 81% de actitud positiva que manifestaron las mujeres de Lima en un estudio similar realizado en el 2007. Así mismo encontramos un mínimo

porcentaje de mujeres en quienes la negatividad del marido a que se realicen el paps podría influir en una mala actitud.

Continuando con las actitudes no nos satisface el hecho de encontrar un 28.8% de las encuestadas expresando que la falta de confianza en el personal de salud le impide realizarse el Paps y por tanto tienen una percepción y actitud negativa, sin embargo las actitudes se pueden tornar favorables conforme se recupere la confianza en el personal asistencial lo cual debe lograrse por la salud de nuestras pacientes.

Al valorar las prácticas un alto porcentaje de nuestra población de estudio se han hecho el Paps alguna vez en su vida y aunque supera por mucho los resultados del estudio realizado en el Perla María Norori de la ciudad de León donde el 60% de las encuestadas nunca se habían realizado el paps, tenemos un 27.4% en nuestro estudio que tampoco se lo han realizado por lo que no estamos satisfechos con este resultado porque esto podría cambiar si les transmitimos mejores conocimientos, y el personal les diera la confianza necesaria lograríamos una practica superior al 90%.(6,10)

Del porcentaje de encuestadas que se han realizado el paps la mayoría de ellas tienen menos de un año de haberse realizado el ultimo paps sin embargo hay muchas que tienen entre 3 a mas años de no hacerse el paps tiempo en el cual podrían haber cambios citológicos.

En relación al momento de la ultima toma de paps un porcentaje significativo se lo realizaron de forma espontanea, otras se los enviaron en la consulta medica y un pequeño porcentaje durante la planificación familiar difiriendo esto del dato encontrado en el estudio del hospital Alemán en el que la planificación familiar esta mas relacionada con la toma de paps.

Al indagar a las mujeres que nunca se han realizado el paps, sobre las razones por lo que no se lo han hecho un 7% refirió que por vergüenza, siendo este un porcentaje bajo en comparación al 47.5% de pobladoras de la comunidad la Azucena de Río San Juan que no se lo realizaron por esta misma causa (7), un menor porcentaje refirieron que por descuido al igual que pobladoras de Nueva Guinea, quienes en 1,999 también atribuyeron como descuido la razón de no habérselo realizado (5).

CONCLUSIONES.

- Un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas tienen un conocimiento adecuado sobre el Papanicolaou en lo general pero insuficiente en aspectos como la finalidad, condiciones para realizárselo y causas de cáncer, encontrando mayor dificultad en las mujeres con menor educación y de bajo nivel socioeconómico.
- Las mujeres en general tienen una actitud favorable en relación a la importancia del paps y se mostraron muy interesadas en realizarse y recibir mayor información acerca del paps y el cáncer cervicouterino, sin embargo existe un porcentaje significativo con actitud negativa por falta de confianza en el personal de salud.
- Las prácticas de las mujeres en relación al paps son buenas pero no suficientes para lograr una cobertura completa de modo que se logre detectar tempranamente cambios citológicos anormales en las mujeres de la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar jornadas de capacitación en Papanicolaou y cáncer cervicouterino de fácil interpretación en las mujeres analfabetas mediante la implementación de charlas y diálogo directo, utilizando materiales ilustrativos.
2. Mantener constante educación en salud a pacientes, sobre la importancia de la toma del Papanicolaou para la detección temprana del cáncer cervicouterino.
3. Estimular al personal médico y de enfermería que atienden en el puesto salud a propiciar un ambiente de confianza con las usuarias con la finalidad de cambiar la actitud negativa de ciertas pacientes y lograr su captación.
4. Aumentar la cobertura del Paps mediante visitas domiciliarias a las mujeres e integración de los distintos programas brindados por el puesto de salud y captar a las mujeres para realizarles el examen.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2000. Nicaragua: Ministerio de Salud; 2000.
2. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Cáncer Net. S.F.2001.
3. Organización Panamericana de la Salud. Normas de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. S.F. 2003.
4. Ministerio de Salud, Proyecto de Promoción de la Salud Integral de la mujer y cooperación técnica Alemana. Salud Sexual y reproductiva. Salud Sexual y reproductiva en dos poblaciones de Nicaragua. Multinformes, Managua, 1997, 59 P.
5. Mendoza M; Castillo N. Conocimientos y prácticas acerca del Papanicolaou en las usuarias con vida sexual activa del servicio de Ginecología del “Hospital Jacinto Hernández” Nueva Guinea. Agosto 1999. (Tesis para optar a título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN-León 1999.
6. Pineda N; Ruiz L y Sánchez L. factores que inciden en la inasistencia de mujeres mayores de 35 años para la toma de Papanicolaou cervicovaginal en el centro “Perla María Nororí” en el periodo de Agosto-October 1994. (Tesis para optar a título de citotecnóloga) UNAN-León 1994.
7. González Montenegro, K. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del Papanicolaou y cáncer cervicouterino en dos localidades de San Carlos, Río San Juan, año 2006 (Tesis para optar al título de Médico y Cirujano) UNAN-León. 2006.
8. Soza Rodríguez N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006. (Tesis para optar al título de especialista de Medicina Integral. Managua, 2006)

9. Huamani C, Hurtado A, Guardia M, Roca J, Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Rev. Med. Salud Pública.* 44-50.
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. "Manual de Encuesta de conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CAPC) sobre SIDA y ETS" SPI.
11. Cotran R; Kumar V; Robbins S. *Patología Estructural y Funcional.* 4ta. Edición en Español, Ed. McGraw Hill Interamericana 1990.
12. Alonso, Patricia. *Cáncer Cervico Uterino: Diagnóstico, prevención y control.* Ed. Panamericana. 1ra. Edición 2001.
13. Solidoro Santiesteban A. *Cáncer en el siglo XXI.* *Acta med. Peru.* 2006; 23(2):112-118.
14. Goldie SJ, Gaffilkin L, Goldhaber-Fieberth JD, Gordillo Tobar A, Levin C, Mahe C, *Cost-effectiveness cervical cancer screening in five developing countries.* *N. Engl J M* 2005; 353(20): 2158-68.
15. Gawande VV, Wahad SN, Zodpey SP, Vasudeo D. *Risk Factor of cancer cervix: a case control study,* *Indian J Cancer.* 1998; 35 (4): 164-70.
16. Aguilar-Pérez JA, Leiva-López AG, Angulo-Najera D, Salinas A, Lezcano-Ponce EC. *Tamizaje en Cáncer Cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México.* *Rev. Salud Pública.* 2003; 37(1):100-6
17. Omier D; Taylor E. *Prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y su relación con lesiones pre malignas cervico uterinas.* SF SPI.
18. Salomon, Diane; Mayer, Rito. *Sistema Bethesda para informar la citología cervical, definiciones, criterios y notas aclaratorias.* *Argentina Journal,* 2004. 197 P.
19. Lewis, Merle J. *Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe* Washington, D.C. 2004.
20. Berek, Jonathan S. *Ginecología de Novak,* 13va. Edición. 2004. McGraw Hill Interamericana.

21. Lázaro, JM ET al Fundamentos, Aspectos Clínicos-Citológicos. Errores de la citología cervical 2004.
22. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Diagnóstico y Manejo de Lesiones pre malignas del Cérvix: Curso pre congreso 16-17 de Junio del 2003 en países en vía de desarrollo, Editorial Panamericana, 2000.
23. Lázaro PE; Moss S; Alonso P, Salmerón CS; Hernández AM. Programa de Detección oportuna del Cáncer cérvico uterino en países en vía de desarrollo. Editorial Panamericana, 2000.
24. Lazcano, Alonso. Cáncer cérvico uterino: Diagnóstico, prevención y control México, Ed. Panamericana, 2001 254 P.
25. Ministerio de Salud. Nicaragua: Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. 1era. Edición. Managua 2006.

ANEXOS

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL EXAMEN CITOLÓGICO CERVICAL Y CÁNCER DEL CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES ASISTENTES A LA UNIDAD DE SALUD DE PUERTO SANDINO EN EL AÑO 2010.

I. Datos Generales.

1. Número de Ficha _____

2. Edad _____

3. Procedencia: Urbana _____(1) Rural _____(2)

4. ¿Cuál fué el último grado o año que aprobó?

Analfabeta ____ (1)

Primaria ____ (2)

Secundaria ____ (3)

Superior ____ (4)

5. Estado Civil.

Soltera _____(1)

Casada o acompañada _____ (2)

Separada, Divorciada _____ (3)

Viuda _____ (4)

6. Religión

Católica ____ (1)

Evangélica ____ (2)

Testigo Jehová ____ (3)

Otras ____ (4)

7. Observe o pregunte sobre la existencia de los siguientes artículos o servicios básicos en el hogar.

Agua Potable ____

Refrigeradora ____

Inodoro o letrina ____

Cocina de Gas ____

Electricidad ____

Teléfono ____

Televisión ____

4 Habitaciones o más ____

Radio ____

Vehículo ____

II. Conocimiento sobre el examen citológico cervical (Papanicolaou) y el Cáncer cérvico uterino.

8. ¿Ha oído hablar usted del examen de Papanicolaou?

Si ____ (1) No ____ (2) pasar a pregunta 17.

9. ¿Para que sirve el Papanicolaou? Espere respuestas espontaneas.

Detectar el cáncer de cuello uterino Si ____ (1) No ____ (2)

Detectar las lesiones precancerinas Si ____ (1) No ____ (2)

Detectar infecciones del Cuello Si ____ (1) No ____ (2)

10. ¿Cada cuanto tiempo considera usted que debe hacerse el Papanicolaou?

1) Menos de un año ____

2) Un año ____

3) Más de un año ____

4) No sabe ____

11. ¿Quiénes cree usted que deben realizarse el examen del Papanicolaou?
 (Espere respuesta espontánea)

Todas las mujeres que han iniciado vida sexual activa Si___(1) No___(2)

Prostitutas Si___(1) No___(2)

Solo mujeres ≥ 40 años Si___(1) No___(2)

12. ¿Sabía que en el puesto de salud funciona, un programa para diagnosticar oportunamente el cáncer?

Si___

No___

13. ¿De donde obtuvo información del Papanicolaou?

Espere respuesta espontánea

Fuentes	Si	No	Fuentes	Si	No
Médico o enfermera			Familiar		
Diagnóstico de salud			Libros, revistas		
Amigos, Vecinos			Radio, TV, Periódicos		
Partera			Otros		

14. ¿Qué cuidados debe tener una mujer antes de hacerse el examen del Papanicolaou?

Espere respuesta espontánea

a) No tener relaciones sexuales 72 horas antes del examen

Si___ No___

b) No usar medicamentos vaginales.

Si___ No___

c) No andar con la menstruación

Si___ No___

15. ¿Mencione tres causas para que se desarrolle el cáncer de la matriz o cuello uterino? Espere respuesta espontánea.

a) Tener varios compañeros o maridos

Si___ No___

b) Comenzar relaciones sexuales a temprana edad

Si___ No___

c) Tener muchos hijos

Si___ No___

16. ¿Piensa que el cáncer del cuello de la matriz se puede curar?

Léase las opciones

a) No se puede curar

b) Se puede curar si se descubre cuando está comenzando.

c) Se puede curar.

d) No sabe

III. Actitudes acerca del Papanicolaou.

a) Actitudes ante la toma del examen citológico cervical (PAP)

17. Considera que el Papanicolaou es importante para detectar tempranamente cáncer cervicouterino. Leer Opciones.

- a) Totalmente de Acuerdo ____
- b) De acuerdo ____
- c) Indiferente ____
- d) En desacuerdo ____
- e) Totalmente en desacuerdo ____

18. Esta dispuesta a realizarse el Papanicolaou, como método para detectar precozmente el Cáncer cervicouterino.

- a) Totalmente de acuerdo ____
- b) De acuerdo ____
- c) Indiferente ____
- d) En desacuerdo ____
- e) Totalmente en desacuerdo

19. Le interesa recibir más información sobre el Papanicolaou.

- a) Totalmente de acuerdo ____
- b) De acuerdo ____
- c) Indiferente ____
- d) En desacuerdo ____
- e) Totalmente en desacuerdo ____

20. Se opone su marido para que Ud. Se realice el Papanicolaou.

- a) Totalmente de acuerdo ____
- b) De acuerdo ____
- c) Indiferente ____
- d) En desacuerdo ____
- e) Totalmente en desacuerdo ____

21. Considera que la falta de confianza en el personal de Salud le impide realizarse el Papanicolaou.

- a) Totalmente de acuerdo ____
- b) De acuerdo ____
- c) Indiferente ____
- d) En desacuerdo ____
- e) Totalmente en desacuerdo ____

Prácticas sobre el Papanicolaou.

22. ¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?

Si ____ No ____

23. ¿A que edad se realizó el primer Papanicolaou?

____ Años

24. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último Papanicolaou?

Un año o menos ____

Más de un año, hasta 2 años ____

Más de 2 años, hasta 3 años ____

Más de 3 años ____

25. ¿Cuántos exámenes de Papanicolaou se ha hecho?

____ Número

26. ¿Cómo fue que se hizo el último examen de Papanicolaou? Leer Opciones.

- a) Usted vino a pedir que le hicieran el examen ____
- b) Se lo hicieron cuando venía a control del embarazo ____
- c) Se lo hicieron cuando vino a control de planificación familiar ____
- d) Se lo mandaron en la consulta médica ____

27.Preguntar solo a mujeres que nunca se han realizado el examen. ¿Por qué razones nunca se ha realizado el examen de Papanicolaou?

Espera respuestas espontáneas

Razones	Si	No	Razones	Si	No
Por temor al resultado			Por pudor (vergüenza)		
Por negatividad del marido			Por descuido		
Por desconocimiento			Porque no dan los resultados		
Por falta de personal			Porque da dolor o sangrado		
Otros			Por lejanía de la unidad de salud.		

Muchas Gracias por participar en nuestra encuesta.