

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**UNAN - MANAGUA**



***Hospital Alemán –Nicaragüense***

***Tesis para Optar al Título de Especialista de Medicina Integral***

“Conocimiento, actitudes y practicas sobre el papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán - nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”

Autor: Dr. Noel Soza Rodríguez  
Medico Residente III año  
Medicina familiar.

Asesor: Dr. Humberto Pulido Castro  
Master en salud Pública

Tutora: Dra. Carla Cerrato  
Ginecoobstetra Hospital Alemán

managua, 25 de Febrero del 2007

## **OPINION DEL TUTOR**

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico  
“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el papanicolau entre  
pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Aleman-  
Nicaraguense en el trimestre Septiembre-Noviembre del año 2006.  
Considero que se trata de un tema muy importante dada la alta frecuencia  
con que se presenta el cancer cervicouterino en nuestras mujeres, siendo  
el cancer que mayor morbi-mortalidad representa en la población  
femenina.

El test del papanicolau es una prueba sencilla, rápida e indolora que  
puede salvarle la vida a las mujeres con solo realizárselo regularmente y  
sin embargo hemos observado que no se esta realizando esta prueba con  
la frecuencia necesaria ni en las coberturas óptimas para realizar la  
detección oportuna del cancer cervicouterino en nuestra población, por lo  
cual es importante conocer que tanto saben las pacientes sobre el  
papanicolau, identificar cuales son sus actitudes y las prácticas de estas  
en relación al papanicolau.

Considero que con el estudio del Dr. Soza se han cumplido los objetivos  
propuestos y tenemos una visión inicial de lo que saben nuestras  
pacientes para poder seguir trabajando por el mejoramiento de la salud  
de nuestras pacientes.

Dra: Karla Cerrato.

-----  
Gineco-obstetra HAN.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pagina
Resumen	1
Introducción	3
Objetivos	5
Marco Teórico	6
Hipótesis	16
Diseño Metodológico	17
Resultados	21
Análisis de los Resultados	28
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexos	36

## RESUMEN

Se realizó un estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolau en las pacientes ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Alemán-Nicaragüense en el trimestre Septiembre-Noviembre del 2006 con el siguiente objetivo general: Determinar cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolau entre las pacientes ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en el trimestre Septiembre-

Noviembre del año 2006.

Objetivos específicos:

- 1) Conocer las características sociodemográficas de las pacientes.
- 2) Identificar los conocimientos sobre el papanicolau.
- 3) determinar cuales son las actitudes hacia el papanicolau.
- 4) Conocer las prácticas en relación con el papanicolau.

Se realizó con un diseño de tipo descriptivo y de corte transversal, el universo lo conformaron 524 pacientes ingresadas en este período, de las cuales se obtuvieron 262(50%) como muestra a las cuales se les realizó una entrevista en la sala mediante un formulario de recolección de la información que debieron llenar personalmente. Los datos se procesaron por computadora utilizando el programa S.P.S.S el procesador de palabras Word 2000 y la hoja de cálculo Excel 2000.

La evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas se realizó mediante el uso de escalas cuantitativas y la escala de Likert. Los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el

papanicolau en los últimos 2 años, realizándose solo el 42% de ellas.

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 papanicolau.

Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar.

El estudio concluye realizando las recomendaciones siguientes:

- 1) Establecer metas para la toma de papanicolau entre las pacientes atendidas por consulta externa.
- 2) Normatizar la toma de papanicolau a pacientes en la sala de ginecología.
- 3) Aumentar las captaciones de pacientes en el programa de planificación familiar.
- 4) Promover la toma de papanicolau en el servicio de emergencias.
- 5) Estimular al personal médico y de enfermería para interesarse en elevar las coberturas del papanicolau en sus áreas de trabajo.
- 6) Mantener la educación en salud mediante charlas a las pacientes.

## **INTRODUCCION**

El cáncer del cuello uterino constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina y el Caribe. En Nicaragua es la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina. Las estadísticas del

Ministerio de salud demuestran que en el quinquenio 1993-1997 se presentaron un promedio de 191 muertes por año a causa de esta patología.

Para hacerle frente a esta realidad, el ministerio de salud de Nicaragua, a través del Programa de atención integral a niñez, mujer y adolescencia (AINMA) ha creado el Subprograma de detención oportuna del cáncer cervico uterino como una estrategia mediante la cual se impulsarían las acciones de información, educación y prestación de servicios para la prevención y/o detención temprana del cáncer uterino.

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, y que sin embargo no ha alcanzado aún los niveles de aceptación y cobertura deseados a pesar de todo el esfuerzo para proveerlo en todas las unidades de salud pública en donde se brindan servicios de salud integrales a la mujer independientemente de la causa que motiva la llegada de la paciente a dichas unidades.

En vista de que conocemos el trabajo de promoción del Papanicolaou en las unidades de salud de atención primaria y clínicas ginecológicas de los hospitales podríamos pensar que existe un amplio conocimiento acerca del Papanicolaou, entre la población femenina de nuestro país, sin embargo, los estudios realizados sobre el tema demuestran que hemos de preocuparnos por que no hay niveles adecuados de apropiación de lo que es y su importancia para la salud de nuestras pacientes, fue por esa razón que decidimos realizar el presente estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Test del Papanicolaou entre las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense.

Los resultados encontrados indican que la mayoría de nuestras pacientes no se realizan la prueba del papanicolau con regularidad perdiendo así la oportunidad de detección temprana del cáncer cervico uterino, solamente el 42% de las pacientes se ha realizado

el test del papanicolau y la mayoría 58% no se lo realizaron. Encontramos muy bajos niveles de conocimientos acerca del papanicolau y las actitudes y prácticas también resultaron muy bajas, dado que son por debajo del 50%. Se encontró que hay factores y características de la población que se asocian con mejores conocimientos, actitudes y prácticas acerca del papanicolau, como son la edad, escolaridad, paridad, origen urbano y el uso de la planificación familiar.

Estamos seguros que existen formas y mecanismos de incrementar la cobertura del papanicolau entre la población, si se toman en consideración las recomendaciones planteadas en el estudio

## **OBJETIVOS**

## **GENERAL**

Determinar cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre las pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán-Nicaragüense durante el trimestre de septiembre, octubre y noviembre del año 2006.

## **ESPECÍFICOS**

- 1) Conocer las características Sociodemográficas de las pacientes.
- 2) Identificar los conocimientos sobre el Papanicolaou.
- 3) Determinar cuales son las actitudes hacia el Papanicolaou.
- 4) Conocer las prácticas en relación al Papanicolaou.

## ***MARCO TEÓRICO***

### **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.

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 practicas.

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 y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha aculado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

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 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.

## 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, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, etc.

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 a reaccionar ante los aspectos del mundo.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel Socio-económico-educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias sobre la sexualidad.

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 verá inclinada a expresarse en acción.

## FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

- a- **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.
- b- **Función de Defensa del Yo:** Algunas actitudes constituyen un mecanismo de defensa y no impiden que nos percibamos tal como somos.
- c- **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.
- d- **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, psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de veces de forma negativa e irreversible.
- d- Las experiencias personales.
- e- La pareja

- f- El personal de salud
- ### 3. PRACTICAS

El comportamiento esta formado por practicas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que acontece al individuo y de lo que el 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, se actuar a partir del análisis de todos los datos disponibles.

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

Por ello es importante identificar que Practicas 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.

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

#### 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 preinvasoras (displasia y carcinoma “in situ) de cervix. 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 esta 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 endocervix y endometrio es menos efectiva.

#### CONDICIONES PREVIAS PARA LA REALIZACIÓN DE TOMAS DE MUESTRAS CITOLÓGICAS

- o No estar sangrando menstrual (la realización de una citología con sangrado limita el resultado de la lectura)
- o Dejar pasar 48 horas después del termino de la menstruación
- o No administrar medicaciones tópicas, lavados o duchas vaginales o haber utilizado pesarios de anillo en la semana previa, etc.

- No haber sido sometida a ningún tipo de exploración ginecológica vaginal, ni haber tenido relaciones sexuales en las 24 horas anteriores a la toma de muestras.
- No se han de realizar citologías de comprobación diagnóstica en tiempo inferior a una semana.
- No haber tenido relaciones sexuales 24 horas antes de la toma del examen.

## ***FUNCIONAMIENTO DE LA TÉCNICA***

La mucosa vaginal y ectocervical están constituidos por un epitelio plano escamoso multiestratificado que presenta una maduración ininterrumpida desde las células basales o de reversa (germinales) a las maduras diferenciadas de la superficie. Este proceso tiene una maduración entre 4 y 5 días. Las células escamosas observadas en una muestra citológica proceden predominantemente de la superficie, aunque también se pueden observar de las capas más profundas. El fundamento de la técnica está basado en dos conceptos básicos (desde un punto de vista simplista pero útil): La diferenciación escamosa de las y la carcinogénesis, que se manifiestan por las características del citoplasma y del núcleo, respectivamente. La diferenciación escamosa (maduración citoplasmática) se divide arbitrariamente en cuatro capas: basal, parabasal, intermedia y superficial.

La carcinogénesis (cambios nucleares) pueden dividirse igualmente en cuatro niveles: normal reacciones, proliferativas benignas, neoplasia intraepitelial (displasia / carcinoma “in situ”) y finalmente, carcinoma (microinvasivo y francamente invasor).

Lo dicho nos permitirá valorar adecuadamente, en la mayoría de los casos, el estado de la mucosa cervicovaginal, tanto en el aspecto hermanal como neoplásico y microbiológico.

### **A)- Valoración hormonal:**

Durante el ciclo menstrual, la mucosa cervicovaginal, muy sensible a la secuencia hormonal fisiológica (estrógenos y progesterona), sufrirá cambios que nos permitirán darnos una idea de la maduración celular, averiguando el “estatus” hormonal, así como detectar situaciones patológicas en las que secundariamente va a estar alterada. Una mujer en edad fértil va a tener un 40% de células intermedias y un 60% de células superficiales en la fase preovulatoria. En la fase postovulatoria el porcentaje será inverso, con un 60% de células intermedias y 40% de células superficiales. En ambas situaciones no existen células basales ni parabasales. En la menopausia habrá un 80% de células parabasales y 20% de células intermedias (atrofia)

### **B)- Valoración neoplásica:**

Sin duda la más importante. Comentaremos los términos displasia, neoplasia intraepitelial (CIN – “Cervical Intraepitelial Neoplasia”), lesión escamosa intraepitelial (SIL – “Squamous Intraepitelial Lesión), sinónimos que se emplean indistintamente, así como de carcinoma “in situ”. Empezaremos a hablar del concepto de METAPLASIA, que es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos.

La zona de metaplasia entre epitelio original escamoso y el endocervical se denomina zona de transformación, sitio donde se van a originar la gran mayoría de los carcinomas escamosos, de ahí que sea fundamental tomar de aquí suficiente número de células, hay que tener en cuenta que la zona de localización cambia gradualmente según la edad avanzando cada vez más hacia endocervix. Durante la edad reproductiva esta zona es distal al orificio cervical, por lo que es fácil obtener muestra. En cambio en la menopausia aparecen en el canal endocervical, siendo difícil obtener material representativo. La metaplasia, por otra parte es tan común que se considera un proceso fisiológico normal.

Displasia y carcinoma in situ forma un aspecto morfológico también conocido como neoplasia intraepitelial cervical y, más recientemente como lesión escamosa intraepitelial. Cuando se afecta el control de división celular y se pierden gradualmente el control de las funciones básicas celulares, tales como la división celular y la diferenciación celular, se produce la transformación neoplásica. Las células entonces retienen su capacidad mitótica, pero no se diferencian adecuadamente por lo que dicha proliferación es desordenada. Esto es en esencia la displasia. Si esta alteración continua progresando, las células cada vez se diferencian menos, perdiendo entonces sus características escamosas hasta que todo el espesor del epitelio esta constituido por células indiferenciadas, atípicas, de morfología basaloide (carcinoma “in situ”). La diferencia esencial entre displasia y carcinoma in situ es la presencia o ausencia de cualquier signo visible de diferenciación escamosa en las células anormales.

La intensidad de las alteraciones nucleares, la relación núcleo citoplasma y las características citoplasmáticas nos permitirán 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, la displasia se clasifican como lesión escamosa de bajo grado que incluye las displasias leves y el condiloma y como lesión escamosa de alto grado que incluye las displasias moderadas y severas. Conforme se produce la transformación de carcinoma in situ a micro invasor y francamente invasor, el Cuadro citológico va haciéndose cada vez más abigarrado, con mayores atipias y un fondo de aspecto necrótico (diátesis tumoral).

Un aspecto trascendental de importancia de hoy día es la identificación de mujeres afectadas por condilomas en relación con el virus del papiloma humano, agente del que cada vez hay más evidencia de su relación con el carcinoma de cerviz.

Un termino recientemente introducido, el de ATIPIA DE CELULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (A.S.C.U.S.- “Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance”) y que es definido, según el sistema Bethesda, como alteraciones escamosas que son más marcadas de las atribuibles a cambios reactivos.

Cuantitativamente o cualitativamente no encajan en el concepto de neoplasia cervical intraepitelial. Pacientes con este diagnostico deben ser seguidas regularmente con controles clínicos citológicos según se encuentren dentro de grupos de alto a bajo riesgo. Para el seguimiento y control de las pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales 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. Generalmente se observa que las lesiones nuevas comienzan como displasia leve (NIC I / lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).

Cualquier grado de displasia puede progresar a carcinoma in situ. Las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II, NIC III), frecuentemente persisten o progresan y raramente regresan espontáneamente. Mientras que las lesiones de bajo grado a menudo regresan sin tratamiento. La mayoría de los casos de carcinoma in situ progresarán a cáncer invasivo si no son tratados. El carcinoma invasor puede originarse sin paso previo de carcinoma in situ, pero esto es la excepción.

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

### VALORACIÓN MICROBIOLÓGICA Y CAMBIOS CELULARES SECUNDARIOS A INFLAMACIÓN

Prurito y leucorrea son los motivos más frecuentes por los que una mujer acude al ginecólogo. Aunque la citología cervicovaginal puede ser útil en identificar infecciones específicas, no siempre es así y hay que recurrir entonces a cultivos microbiológicos si es necesario. Debemos recordar también que inflamación no significa infección y también muy importante, los cambios inflamatorios persistentes implican un riesgo alto para el desarrollo de displasias.

Un aspecto de vital trascendencia es que la flora normal cervicovaginal es polimicrobiana, formando un ecosistema dinámico en el que predominan los gérmenes anaerobios, mantienen un PH ácido que protege de infecciones. El Bacilo más representativo es el de DODERLEIN. Este puede causar según el momento del ciclo una marcada lisis de las membranas celulares (Citólisis), usualmente intermedias (ricas en glucógenos), produciendo núcleos sueltos como datos más característicos. Esto ocurre especialmente en el embarazo y en la segunda mitad del ciclo. Cuando actúan microorganismos patógenos que inhiben el crecimiento de los bacilos de Doderlein, produciendo alteraciones celulares distintas a la citólisis.

### **CLASIFICACIÓN**

La clasificación original fue la creada por George Papanicolaou que los dividía en cinco clases, desde la normalidad de la clase uno hasta el cáncer invasor de la clase cinco. Actualmente se tiende a utilizar la clasificación Bethesda.

### **CLASIFICACIÓN BETHESDA**

Esta clasificación surge de los talleres realizados en el Nacional Cáncer Institute, en la ciudad Bethesda, Estado de Maryland de los Estados Unidos. La clasificación se introdujo en 1988 y se modificó en 1992.

#### **Negativo: Sin cambios patológicos**

1. Inflamatorio: Con signos de infección.
2. Células Atípicas (alteradas), pero sin un significado específico determinado (ASCUS).
3. Células glandulares atípicas (Del conducto cervical alteradas) de significado indeterminado (AGCUS).
4. Lesión escamosa de bajo grado (LGSIL).

5. Lesión escamosa de alto grado (HGSIL).
6. Células malignas (Cancerosas) presentes: células escamosas o glandulares que pueden provenir de un cáncer.

Con excepción del 1 y 2 el resto requiere de algún tipo de evaluación, que dependerá del informe del patólogo. El ASCUS se vuelve a evaluar en tres meses. Si persiste ASCUS se realiza una Colposcopia y biopsia en las zonas sospechosas de enfermedad.

El AGCUS requiere de Colposcopia, biopsia endometrial y raspado endocervical. Los tratamientos posteriores dependen de sus resultados. El LGSIL y HGSIL requieren de Colposcopia y biopsia y de acuerdo a sus informes el tratamiento a realizar.

El Papanicolaou con células malignas presentes requiere biopsias bajo control Colposcópico y todos los estudios necesarios para lograr un diagnóstico del tumor canceroso. El Papanicolaou debe realizarse a toda mujer embarazada. No existen contraindicaciones para su realización durante cualquier momento del embarazo. Incluso en casos dudosos a veces es necesario la realización de biopsia para confirmar diagnósticos especiales.

#### ASPECTOS CLÍNICOS – CITOLÓGICOS DE INTERÉS

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 hysterectomizadas 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 dos parejas; también hay que tomar en consideración el número de pareja del hombre.

#### TOMA DE LA MUESTRA

Para la toma adecuada de las muestras es condición previa colocar a la paciente en camillas ginecológicas, se requiere la visualización directa del cuello a través de un espejo vaginal, este debe ser introducido en la vagina sin utilizar lubricantes ni soluciones desinfectantes, puede utilizarse agua o suero fisiológico en casos estrictamente necesarios. Las muestras deben contener el material obtenido al raspar los epitelios, el raspado debe hacerse con espátula de madera y colocarse en una lámina portaobjetos.

En el llamado frotis vaginal, endocervical y cervical (VCE) se toma de forma rutinaria material de tres sitios diferentes (paredes vaginales, exocervix, endocervix), y se depositan en mismo portaobjetos. De esta forma los frotis nos dan información suplementaria sobre la localización de los procesos epiteliales atípicos y de la inflamación.

El procedimiento a seguir para obtener la muestra en mujeres que ya han tenido relaciones sexuales es el siguiente:

SE toma una primera muestra con un extremo de la espátula de las paredes laterales de la vagina en toda su extensión (los tres tercios), el material recogido, se coloca en un extremo de la lamina portaobjetos, dejando resbalar la espátula en un solo trazo vertical, cuidando que la capa sea lo mas uniforme posible; luego , con el otro lado de la espátula se procede a tomar la muestra exocervical, se efectúa un raspado en la circunferencia del cuello con énfasis en la zona de transición (unión escamo columnar) donde el epitelio plano estratificado cambia a epitelio columnar, esta se compone de epitelio metaplasico que puede localizarse en el exocervico o dentro del canal endocervical. Cuando existe un entropión cervical, es preciso recordar que la unión escamo columnar se encuentra en la periferia del mismo y no a nivel del orificio externo del cerviz, en estos casos el raspado debe hacerse con énfasis en esa zona

El material obtenido se coloca en placa portaobjetos, lo cual puede hacerse con la técnica de tendido vertical o la técnica de rotación, procurando que no quede la muestra muy gruesa o muy delgada, es importante colocar suficiente material en la placa.

Para la toma de la muestra endocervical, actualmente se utiliza el citocepillo el cual se introduce en el canal rotándose suavemente en ángulo de 360 grados; la muestra se extiende en el otro extremo de la lamina portaobjetos rotando el citocepillo sobre la misma procurando un extendido uniforme.

Una vez se terminan de extender las muestras las placas deben ser fijada inmediatamente en alcohol al 95%, cuando todavía no se halla secado la preparación. Las condiciones vaginales de humedad ofrecen una protección al material celular por un tiempo limitado, pero ambiente seco espacialmente después de la menopausia la desecación empieza a producirse a los pocos segundos. En pacientes histerectomizadas solo se toma para estudios citológicos muestras de paredes y cúpula vaginal, para ello se utiliza ambos extremo de la espátula. En pacientes vírgenes no esta recomendada la citología vaginal. En la paciente embarazada solo se obtienen muestras de paredes vaginales y exocervix, para evitar correr riesgos con la toma de muestra endocervical

## CONCLUSIONES FINALES

La citología cervicovaginal es solo 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 la evolución clínica, aunque la citología se totalmente normal. Se cree que el 5 al 10% de los canceres cervicales no se detectan. Desgraciadamente algunas mujeres desarrollaran cáncer a pesar de ser sometidas a un cribado. Por todo ello hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

- a. Primero y mas importante, la mujer debe realizarse estudios citológicos, incluso si tiene historia de normalidad.
- b. Se debe informar a las mujeres de la fiabilidad de la prueba.
- c. Seguimiento estrecho de las pacientes de alto riesgo (infecciones múltiples, inflamaciones marcadas, citologías previas anormales).
- d. Las lesiones sospechosas deben ser biopsiadas y los síntomas investigados incluso si las citologías han sido negativas.
- e. El número de falsos negativos, en el mejor de los casos, estará en torno al 5-10%. Aunque puede parecer alarmante tiene escasa significación clínica, ya que si tiene estudios citológicos repetidos, rara vez se desarrolla 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.

En 1990, el Dr. Paezetal de Chile realizó un estudio sobre conocimientos a causa del Papanicolaou encontrando que había mayor conocimiento de este en mujeres con mayor educación.

Para 1993, Silvia Lomadrid Álvarez investigó los temores y conocimientos con respecto al Papanicolaou, entre mujeres chilenas y encontró que solo 28% conocían la función del Papanicolaou y el 60% tenían conocimientos generales insuficientes. En este estudio se encontró que los medios de comunicación separaban al personal de salud como fuente de información.

En Argentina, Klimosky y Matos estudiaron en Buenos Aires el uso de la prueba del Papanicolaou durante 1991-1993 y se reveló que solo el 33.6% de las mujeres se realizó el Papanicolaou en ese período, y el 23.2% nunca se había realizado una prueba de Papanicolaou.

En Brasil, durante el año 1987 se realizó una entrevista a mujeres entre 15-59 años y se encontró que el 68.9% se habían realizado un Papanicolaou al menos en su vida, el 60.8% tenían un Test de Papanicolaou en los últimos tres años.

En Nicaragua se han realizados algunos estudios relacionados con el Papanicolaou, como son: “Encuesta sobre salud Familiar Nicaragua 93”; realizada por Pro-familia, se encontró que solo el 34% de las mujeres de 15-49 años se había realizado una prueba del Papanicolaou hasta entonces.

En León se realizó un estudio en el Hospital Escuela y solo el 9% de las mujeres encuestadas tenían conocimientos adecuados acerca del Papanicolaou, y 74% resultaron con conocimientos inadecuados o nulos. Entre estas mujeres el 20% nunca se había realizado una prueba del Papanicolaou y el 40% cancero fobia\_ como causa del rechazo a dicho examen.

En octubre de 1991 se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque y el 53.5% de las pacientes nunca se había hecho el Papanicolaou, el 21% se lo realizó alguna vez en su vida y el 29% no tenían idea de la utilidad del Papanicolaou.

En Nueva Guinea se realizó un estudio en 1999 con pacientes del Hospital “Jacinto Hernández” y solo el 30.2% de las pacientes se había realizado alguna vez el Papanicolaou en su vida.

En el departamento de Rivas se estudio en el año 2000 “Los Factores asociados a conocimientos, actitudes y practicas sobre el Papanicolaou en mujeres de 25-49 años y se encontró que el 2.6% de las pacientes tenían buenos conocimientos sobre el Papanicolaou, el 89.2% mantuvieron una adecuada actitud y el 69% tenían practicas incorrectas sobre el Papanicolaou.

## ***HIPÓTESIS***

“ Existe un bajo nivel de conocimiento acerca del Papanicolaou entre las pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – Nicaragüense y la mayoría de estas mantiene actitudes y practicas de riesgo sobre esta prueba”

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal en sala de ginecología del Alemán-Nicaragüense durante el mes de Septiembre a Noviembre del año 2006.

### **UNIVERSO**

Estuvo conformado por todas las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología desde el día primero de septiembre al 30 de noviembre, independientemente de la causa de su ingreso, siendo un total 524 pacientes.

### **MUESTRA**

La muestra estuvo representada por el 50 % del total de las pacientes ingresadas en el periodo de estudio la cual correspondió a un total de 262 pacientes.

### **TIPO DE MUESTREO**

Correspondió a un muestreo no probabilístico y a conveniencia; iniciando con la primera paciente de cada cuarto y alternando un paciente de por medio hasta completar la muestra diaria.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres que hayan iniciado vida sexual activa.
- Aceptación a participar en el estudio.
- Pacientes ingresadas en el servicio durante el periodo de estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes vírgenes.
- Rechazo a participar en el estudio.

### **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se analizó a todas aquellas pacientes ingresadas en sala de Ginecología en el periodo de estudio y que cumplieron con todos los criterios de inclusión..

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

Fue directa mediante entrevista personal a cada paciente.

### **INSTRUMENTO**

Estuvo conformado por un formulario conteniendo todas las variables del estudio.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

Se visitó la sala de ginecología en el periodo de estudio con el instrumento en mano y procedió a reconocer a las pacientes de nuevo ingreso del día, se presentó personalmente a estas explicándoles el estudio a realizar y se les exhortó a participar en el estudio. Aquellas que aceptaron participar se les explicó y entregó el formulario para su llenado, el cual fue llenado individualmente. En caso de pacientes analfabetas se les auxilió por el familiar acompañante, si no hubo acompañantes, el investigador ayudó a llenar el formulario con las respuestas de las pacientes.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información obtenida se procesó en computadora utilizando el programa S.P.S.S. y el procesador de palabras Word 2000, la hoja de cálculo Excel 2000, y el programa para diseño de presentaciones Power Point 2000, para la tabulación y presentación de los datos.

La evaluación del nivel de conocimientos se usó una escala cuantitativa conformada por 12 preguntas asignándoles de un 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a las incorrectas; con excepción de la pregunta de la pregunta N° 8, la cual cuenta con tres respuestas de 1 punto cada una con un puntaje de máximo de 14 puntos y mínimo de 0 puntos. Se categorizó el conocimiento en bueno, regular y malo en dependencia del puntaje obtenido:

Conocimiento bueno: 10 a 14 puntos.

Conocimiento regular: 5 a 9 puntos.

Conocimiento malo: 0 a 4 puntos.

Las actitudes se valoraron mediante el uso de una escala de likert, la cual contiene 6 preguntas con preposiciones negativas y positivas que oscilan en la dimensiones totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo en dependencia de la direccionalidad de la preposición, asignándose el valor máximo de 5 puntos y el mínimo de un 1 a cada respuesta. Se categorizó las actitudes según puntajes así:

Actitud Buena: 23-30 puntos.

Actitud Regular: 15-22 puntos.

Actitud Mala: 6-14 puntos.

Las prácticas se evaluarán mediante 5 preguntas a las cuales se le asignará 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a cada respuesta incorrecta, siendo el puntaje de 5 puntos como máximos y el mínimo de 0 puntos. Se categorizó las prácticas según el siguiente puntaje:

Prácticas Buenas: 5 puntos

Prácticas Regulares: 3-4 puntos

Prácticas Malas: 0-2 puntos.

Las variables del estudio serán las siguientes:

Edad

Escolaridad

Origen

Estado Civil

Paridad

Planificación Familiar

Religión

Conocimiento con Edad, Paridad, Escolaridad, Estado Civil y Origen

Actitudes / Edad, Paridad, Escolaridad, Estado Civil y Origen

Practicas / Edad, Paridad, Escolaridad, Estado Civil y Origen

## **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Edad: Son los numero de años cumplidos dela persona al momento de la encuesta.

Indicador: Números de años referidos por la paciente.

### **Escala: Menor de 15 años**

15 – 19 años

20 – 34 años

35 – 49 años

50 a más años

Escolaridad: Nivel de preparación académica dela persona.

Indicador: Nivel Escolar referido por la paciente.

Escala:	Analfabeta	Secundaria
	Primaria	Universitaria

Estado Civil: Situación de la mujer en relación al maridaje.

Indicador: Lo referido por la paciente.

Escala:	Soltera	Casada
	Acompañada	Viuda

Origen: Lugar de domicilio de la paciente.

Indicador: Lo referido por la paciente.

Escala:	Urbana	Rural
---------	--------	-------

Religión: Conjunto de creencias religiosas de la paciente.

Indicador: Lo referido por la paciente.

Escala: Católico                      Evangélico

Testigo de Jehová      Otras: \_\_\_\_\_

Paridad: Numero de hijos que ha procreado la paciente

Indicador: Lo señalado por la paciente.

Escala: Nulípara                      Dos Partos

Tres Partos                      Multíparas

Planificación Familiar: Uso de algún método para evitar los embarazos.

Indicador: Lo señalado por la paciente.

Escala: Gestágenos Orales                      DIU

Gestágenos Inyectables      Preservativos

Conocimiento sobre el Papanicolaou: Es el nivel de comprensión o entendimiento que la paciente tiene sobre el Papanicolaou.

Indicador: Puntaje obtenido al responder a la preguntas del cuestionario.

**Escala: Bueno: 10 – 14 Puntos**

Regular: 5 – 9 Puntos

Malo: 0 -4 Puntos

Actitudes sobre el Papanicolaou: Son las creencias en torno al Papanicolaou que predisponen a la paciente a reaccionar de una manera determinada.

Indicador: Puntaje obtenido en base a la respuesta del cuestionario.

**Escala: Buena: 21 – 30 Puntos**

Regular: 11 – 20 Puntos

Malo: 0 – 10 Puntos

Practicas sobre el Papanicolaou: Conducta hacia la prueba del Papanicolaou.

Indicador: Repuesta al Cuestionario.

Escala: Buena: 5 Puntos

Regular: 3 – 4 Puntos

Mala: 0 – 2 Puntos

## RESULTADOS

Durante el trimestre de Septiembre a Noviembre del 2006, en el que se realizó el presente estudio se ingresaron a sala de Ginecología un total de 524 pacientes, de las cuales se tomó el 50% de muestra obteniendo 262 pacientes para el estudio. Cuadro 1.

La distribución de la muestra de pacientes según el grupo etáreo se dio de la siguiente manera. El 12 % (31) correspondieron a pacientes menores de 19 años de edad; en el grupo de 20 a 34 años se obtuvo el 46 % (121), de 35 a 49 años se obtuvo un 28 % (74), y en el grupo de 50 a más se obtuvieron 14 % (36) . Cuadro 2.

Con relación a la procedencia de las pacientes encontramos que el 68 % (178) pertenecen al área urbana y el 32 % (84) al área rural. Gráfico 1

Al examinar la escolaridad de las pacientes encontramos que el 11 % (29) eran analfabetas, con educación primaria el 42 % (110) y el 28 % (73) tenían un nivel de secundaria, siendo de nivel universitario el 19 % ( 50) Gráfico 2.

Según el estado civil de las pacientes se obtuvo que el 13%(34) estaban solteras y el 51%(134) estaban acompañadas. El 34%(89) de las pacientes estaban casadas y el 2%(5) resultaron ser viudas. Cuadro 3. Según la paridad y gesta de las pacientes obtuvimos un 6%(16) que eran nulíparas; el 17 %(44) eran primíparas y con dos partos resultaron 35%(92) y un 23%(60) tenían ya 3 partos, el 19%(50) de las pacientes resultaron ser multíparas. Cuadro 4.

Con relación a la planificación familiar; obtuvimos que el 59%(155) usaban algún método de planificación y el 41%(107) no usaban ningún método de planificación familiar. Gráfico 3.

De las 262 pacientes estudiadas, el 42%(110) se habían realizado el papanicolau en los últimos 2 años, y el 58%(152) no se lo realizaron. Gráfico 4.

Al valorar el nivel de conocimientos de las pacientes sobre el papanicolau, según el grupo etareo, obtuvimos que el grupo de menores de 19 años tenían buenos conocimientos en un 26%(8),regular en el 32%(10),y malos conocimientos en el 42%(13).En el grupo de 20-34 años de edad se obtuvo 41%(49) de conocimientos buenos,37%(45) de conocimientos regular y 22%(27) de conocimientos malos. En el grupo de 35-49 años el 52%(38) resultaron con conocimientos buenos, y con valoración regular el 32%(24) de las pacientes. El conocimiento resulto ser malo en el 16%(12) de las pacientes. En el grupo de 50 a mas años se obtuvo 58%(21) de conocimientos buenos y los conocimientos regulares en un 33%(12) y el 9%(3) obtuvo conocimientos malos. De forma general el conocimiento fue bueno en el 44%(116) de pacientes. Cuadro 5.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre el papanicolau según la paridad de las pacientes se obtuvo de forma general 39%(102) con conocimientos buenos y el 36%(94) con conocimientos regulares, el 25%(66) con conocimientos malos. Entre las nulíparas el 8%(1)obtuvo buenos conocimientos y conocimientos regulares en el 30%(5) y el 62%(10) obtuvo conocimientos malos. Entre las primíparas el 16%(7) obtuvo buenos conocimientos regulares en un 38%(17) y el 46%(20) obtuvo conocimientos malos. Entre las pacientes con 2 partos el conocimiento fue bueno en el 41%(38),regular en el 39%(36) y malo en el 20%(18).En las pacientes con 3 partos obtuvimos 50%(30) de conocimientos buenos y el 32%(19) de conocimientos regulares, los conocimientos fueron malos en el 18%(11). En el grupo de pacientes múltíparas se observó 52%(26) de conocimientos buenos, el 34%(17) con conocimientos regulares y el 14%(7) con malos conocimientos. Cuadro 6.

El nivel de conocimientos del papanicolau según la escolaridad de las pacientes fue 39%(101) bueno, regular en un35%(92) y malo en el 26%(69) de

forma general. Entre las analfabetas el conocimiento fue bueno en el 11%(3); regular en el 32%(9) y malo en el 57%(17). Entre pacientes de escolaridad primaria el conocimiento bueno fue de 34%(37),regular en el 41%(45) y malo en el 25%(28).En las pacientes de secundaria el 47%(34) obtuvo conocimientos buenos, el 31%(23) conocimientos regulares y el 22%(16)obtuvo conocimientos malos. Entre las pacientes de nivel universitario se observo 54%(27) de conocimientos buenos, 30%(15) de conocimientos regulares y el 16%(8) de conocimientos malos. Cuadro 7.

De acuerdo al estado civil de las pacientes los resultados fueron los siguientes: las solteras obtuvieron 35%(12) de conocimientos buenos, 41%(14) de conocimientos regulares y 24%(8) de malos conocimientos. En las pacientes acompañadas el nivel de conocimientos fue bueno en el 42%(56),regular en 35%(47)y un 23%(31) con conocimientos malos. En las pacientes casadas el conocimiento fue bueno en el 41%(36), regular en el 37%(33) y malo en el 22%(20). Entre las viudas el conocimiento fue bueno en el 60%(3) y regular en el 40%(2) y ninguna con conocimientos malos. Cuadro 8.

Según el origen de las pacientes, las del área urbana obtuvieron conocimientos buenos en un 53%(95) y regular en el 30%(53),con un 17%(30) de conocimientos malos. Las pacientes del área rural obtuvieron conocimientos buenos en un 16%(13),el 40%(34) fueron regulares y el 44%(37) obtuvieron resultados malos. Cuadro 9.

En base a la planificación familiar, los conocimientos fueron buenos en el 47%(73) de las que planifican, regulares en el 34%(53) y malos en el 19%(29), las que no planifican obtuvieron buenos conocimientos en el 30%(32),regulares en el42%(45) y malo en un 28%(30). Cuadro 10.

En relación a las actitudes hacia la prueba del papanicolau según el grupo etareo observamos que en las menores de 19 años la actitud es buena en el 13%(4),regular en el 39%(12) y mala actitud se encontró en el 48%(15) de las pacientes. En el grupo de 20-34 años el 37%(45) demostraron buenas actitudes y el 35%(42) demostró actitudes regulares, y el 28%(34) presentaron malas actitudes. Las pacientes de 35-49 años demostraron buenas actitudes en el 49%(36) y un 35%(26), con un 12%(16) de actitudes malas. Las pacientes de 50 a más años el 47%(17) obtuvieron buenas actitudes, con un 39%(14) de actitudes regulares, y un 14%(5) con malas actitudes. De forma general las actitudes fueron buenas en un 39%(102), regulares en el 36%(94) y en el 25%(66) se demostró malas actitudes. Cuadro 11.

Al analizar las actitudes hacia el papanicolau según la escolaridad obtenemos que las analfabetas presentan 23%(7) de actitudes buenas, regulares en el 36%(10) y malas actitudes en el 41%(12). En el grupo de primaria la actitud buena se observó en el 30%(33) y las actitudes regulares en el 38%(42) y con malas actitudes en un 32%(35). A nivel de secundaria se observó actitud buena en el 48%(35) y la actitud regular en un 34%(25), con malas actitudes resultaron 18%(13).Las pacientes de nivel universitario lograron 54% (27) de actitud buena, regular en un 37%(19) y malas actitudes en el 9%(4). Cuadro 12.

Al evaluar la actitud de las pacientes con respecto a su procedencia encontramos que las de origen urbano obtuvieron 46%(82) de buenas actitudes, regular en el 33%(59) y malas actitudes en un 21%(37). Las pacientes de origen rural lograron buena actitud en el 44%(37), actitudes regulares en el 37%(31) y las malas actitudes se dieron en un 19%(16). Cuadro 13.

Con respecto al estado civil de las pacientes la actitud de las solteras fue buena en el 24%(8),regular en un 29%(10) y malas actitudes en el 47%(16).Las pacientes acompañadas obtuvieron buenas actitudes en el 36%(48),regulares en

el 41%(55) y malas actitudes en el 23%(31),En el grupo de pacientes casadas se observó 35%(31) de actitudes buenas, actitudes regulares en el 43%(38),y malas actitudes se dieron en un 22%(20).Las pacientes viudas demostraron buenas actitudes en un 20%(1),regulares en el 60%(3) y malas actitudes en el 20%(1).

Cuadro 14

En relación a la paridad, las actitudes de las nulíparas fueron buenas en el 10%(2), regulares en el 32%(5) y con mala actitud el.58%(9).Las pacientes primíparas lograron buenas actitudes en el 14%(6), regulares en un 45%(20) y mala actitud en el 41%(18).Con las pacientes que tenían 2 partos se obtuvo buena actitud en el 31%(29)y el 50%(46) presentaron actitudes regulares, siendo de actitudes malas el 19%(17). Las pacientes con 3 partos lograron 37%(22) de buenas actitudes, el 48%(29) demostró actitudes regulares y el 15%(9) resultaron con malas actitudes. Las multíparas lograron 40%(20) de buenas actitudes, el 46%(23) actitudes regulares y el 14%(7) demostraron malas actitudes. Cuadro 15.

En cuanto a la planificación familiar, las pacientes que planifican lograron buenas actitudes en el 47%(73), el 30%(46) con actitudes regulares y el 23%(36) con malas actitudes. Las pacientes que no planifican obtuvieron 32%(34) de actitudes buenas, regulares en el 27%(72) y malas actitudes en el 32%(83). Cuadro 16.

Con relación a las practicas sobre el papanicolau; por grupos etareos, en el grupo de menores de 19 años se observó buenas practicas en el 27%(8),practicass regulares en el 31%(10), y malas practicas en el 42%(13).En el grupo de 20-34 años de edad se obtuvo buenas practicas en el 33%(40),practicass regulares en el 37%(45) y malas practicas en el 30%(36).Con el grupo de 35-49 años se observaron buenas practicas en el 46%(34), practicas regulares en el 35%(26), y malas practicas en el 19%(14). Al grupo de 50 años a más se le

observó prácticas buenas en el 48%(17) y 36%(13) resultaron con prácticas regulares, siendo de malas prácticas un 26%(69). Cuadro 17.

En base a la escolaridad de las pacientes, las prácticas de las analfabetas resultaron buenas en el 31%(9), regulares en un 29%(8), y malas en el 40%(12). Las pacientes de escolaridad primaria obtuvieron buenas prácticas en el 38%(42), prácticas regulares en el 42%(46) y el 20%(22) presentó prácticas malas. Las pacientes de secundaria presentaron buenas prácticas en el 45%(33), prácticas regulares en el 41%(30), y malas prácticas en el 14%(10). Entre universitarias las buenas prácticas se dieron en el 44%(22), prácticas regulares en el 47%(23), y un 9%(5) mantuvo prácticas malas. Cuadro 18.

En base a la procedencia de las pacientes, se observó en las de procedencia urbana un 50%(89) con buenas prácticas, 32%(57) con prácticas regulares y un 18%(32) con malas prácticas en relación al papanicolau. Las pacientes del área rural mantuvieron buenas prácticas en el 24%(20), prácticas regulares en el 29%(24), y malas prácticas en el 47%(40). Cuadro 19.

En relación al estado civil de las pacientes, observamos en las solteras un 26%(9) con buenas prácticas, regulares en el 36%(12) y con malas prácticas el 38%(13). Las pacientes acompañadas presentaron buenas prácticas en un 41%(55), prácticas regulares en el 38%(51) y el 21%(28) demostró malas prácticas. En las pacientes casadas se observó buenas prácticas en el 40%(36), prácticas regulares en un 37%(33), y malas prácticas en el 23%(20). Las pacientes viudas presentaron buenas prácticas en el 20%(1), regulares prácticas en el 60%(3) y malas prácticas en el 20%(1). Cuadro 20.

Con respecto a la planificación familiar, las pacientes que planifican obtienen buenas prácticas en el 46%(71), prácticas regulares en el 31%(48) y malas

prácticas en un 23%(36).Las pacientes que no planifican obtuvieron buenas prácticas en un 29%(31), prácticas regulares en el 36%(39), y malas prácticas en un 35%(37). Cuadro 21.

Según la paridad de las pacientes se observa que las nulíparas presentan 12%(2) de prácticas buenas, prácticas regulares en el 34%(5), y malas prácticas en el 54%(9). En las pacientes primíparas, las buenas prácticas se observaron en el 18%(8), prácticas regulares en un 43%(19), y las malas prácticas se dieron en un 39%(17). En pacientes con 2 partos se observó buenas prácticas en el 26%(24), prácticas regulares en un 43%(40),y las malas prácticas se dieron en un 31%(28). Las pacientes con 3 partos presentaron buenas prácticas en un 30%(18),prácticas regulares en el 49%(29),y malas prácticas en un 21%(13).Entre pacientes múltiparas se obtuvieron buenas prácticas en el 32%(16),prácticas regulares en el 48%(24) y el 20%(10) obtuvo malas prácticas . Cuadro 22.

### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Entre las pacientes estudiadas existen altos porcentajes de ellas que no se han realizado el papanicolau en los últimos 2 años (58%), lo cual es muy preocupante. Solo una minoría el 42% (110) se lo había realizado, sin embargo este resultado es superior a los datos encontrados por PROFAMILIA en 1993, donde solo el 34% de las mujeres se habían realizado la prueba del papanicolau, Pero en la ciudad de León se encontró que solo el 20% de las pacientes no se había realizado el test del papanicolau, lo cual supera a nuestros hallazgos. En el departamento de Nueva Guinea los niveles de realización del test del papanicolau fueron inferiores a los nuestros 30.2%.

En el Hospital Bertha Calderón se realizó un estudio con las pacientes el 53.5% de las pacientes no se habían realizado el papanicolau, lo cual refleja de forma general que

nuestra población femenina no se ha acostumbrado a la realización periódica del test del papanicolau.

El nivel de conocimientos sobre el examen del papanicolau en la población estudiada es insuficiente, menos del 50% obtuvieron conocimientos buenos (44) lo cual se ha observado en otras poblaciones como en Chile, donde el 60% de la población de un estudio resultó con conocimientos insuficientes sobre el papanicolau. En el estudio realizado en León se obtuvo 74% de conocimientos inadecuados, en el departamento de Rivas se realizó un estudio donde los niveles de conocimientos buenos fueron muy bajos: 2.6%.

Al analizar el nivel de conocimientos según la edad, encontramos que el conocimiento del test del papanicolau es menor entre las pacientes más jóvenes, manteniéndose mejores niveles de conocimientos y bastante similares en las edades de 20-34 años y las de 35-49 años, las cuales obtuvieron conocimientos más altos que las jóvenes menores de 19 años.

También se observó mayores niveles de conocimientos del papanicolau en pacientes con mayor paridad, teniendo mejores conocimientos del papanicolau las pacientes con 2 ó más partos con relación a las nulíparas y las primíparas lo cual se puede deber a las frecuentes visitas a las unidades de salud en cada embarazo.

La escolaridad de las pacientes demostró ser un factor importante en el conocimiento del test del papanicolau, esto se determinó también en el estudio chileno donde se concluyó que hay mayores conocimientos del papanicolau a mayor nivel educativo de las mujeres. 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.

El estado civil de las pacientes entre casadas y acompañadas no es determinante en el nivel de conocimientos del papanicolau ya que ambos grupos obtienen datos similares, sin embargo se aprecian menos conocimientos en las pacientes solteras. Los datos de las viudas no son significativos por ser un grupo muy pequeño (2%).

En las pacientes de origen urbano el conocimiento resultó ser superior con relación a las de origen rural y los promedios de malos conocimientos fueron superiores en las pacientes del área rural (44%) contra (17%). Esto puede deberse a que en el campo prevalece altos niveles de analfabetismo y menor acceso a las unidades de salud.

La planificación familiar resultó estar asociada a mayores niveles de conocimientos del papanicolau, ya que obtuvimos mayores porcentajes de conocimientos del papanicolau en las pacientes que planifican (47%) y los mayores niveles de conocimiento malos se dieron en pacientes que no planifican (28%) esto también se había demostrado en la encuesta familiar de PROFAMILIA en 1993.

Las actitudes hacia la prueba del papanicolau resultó ser buenas en la mayoría de las pacientes (39%) pero con promedios muy bajos, por lo que no estamos satisfechos con estos resultados, ya que pueden y deben mejorarse por la salud de nuestras pacientes.

Notamos que las actitudes mejoran progresivamente con la edad de las pacientes, así observamos actitudes buenas mayormente en las de 20-34 años que en las menores de 19 años, y las de 35-49 años también demostraron mejores actitudes los grupos más jóvenes. Asimismo los promedios de malas prácticas aumentaron a menor edad de las pacientes. Esto es de importancia para la implementación de un trabajo dirigido a influenciar más a jóvenes para desarrollar en ellas hábitos del autocuidado de la salud. También se aprecia mejores actitudes hacia el papanicolau a mayor nivel de escolaridad, las pacientes de secundaria y universitarias demostraron mejores actitudes que las de primaria y las analfabetas, lo cual está en relación directa con su nivel de conocimientos generales y sobre el papanicolau específicamente.

La procedencia de las pacientes también influyó en sus actitudes acerca del papanicolau, no correlacionándose en la misma proporción que obtuvieron con los conocimientos, lo que nos deja a un grupo de pacientes con buenos conocimientos pero con malas o regulares actitudes, esperábamos mejores promedios de actitud buena que las encontradas en las pacientes urbanas (46%). Con relación al estado civil, se aprecia mejores actitudes de las pacientes casadas y acompañadas que en las solteras, las actitudes de las casadas y acompañadas no variaron de manera significativa, lo cual indica que el estado civil no es un factor determinante para las actitudes hacia el papanicolau.

Aquí tenemos otra visión equivocada entre las pacientes al estar pensando probablemente que el papanicolau se lo deben de realizar solamente las mujeres con parejas estables. La actitud hacia el papanicolau se notó que mejoró con el aumento de la paridad, siendo mayores los promedios de buenas prácticas en el grupo de multiparas (40%) que entre nulíparas (10%), así mismo las malas prácticas se dieron más entre nulíparas (58%) que en las multiparas (14%). Probablemente esto sea el resultado de las múltiples visitas de las pacientes a las unidades de salud con cada embarazo, los CPN y los partos.

También se encontró mejores prácticas con la prueba del papanicolau entre las pacientes usuarias de algún método de planificación familiar, que a su vez son las de mejores conocimiento de esta prueba. Las que planifican lograron buenas prácticas para un (47%) contra (32%) en las que no planifican. Así mismo se detectan mayores porcentajes de mala practica entre las que no planifican (44%) contra (23%). De aquí se desprende que aumentando las coberturas de planificación se logran mejoras en las metas de realización del papanicolau, ya que cada vez que la mujer asiste a la consulta de planificación es una oportunidad para realizarle el papanicolau..

En el estudio del INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER y el COLEGIO AMERICANO DE GINECOOBSTETRAS realizado en 1991, se demostró que no hay relación directa entre el conocimiento del papanicolau y su importancia para la salud de las mujeres y las prácticas de estas.

Nosotros encontramos que las prácticas de las pacientes hacia la prueba del papanicolau mejoran con la edad, con resultados más satisfactorios en el grupo de 35-49 años de edad (46%) y el grupo de 50 a más años (48%) con relación a las más jóvenes, que a su vez fueron las que presentaron menores conocimientos del papanicolau y las de mayores actitudes malas.

El nivel de escolaridad se correlacionó directamente con las mejores prácticas hacia el papanicolau y con mejores conocimientos de la prueba. Entre las pacientes de secundaria y las universitarias no se aprecian diferencias significativas en las prácticas buenas (45%) contra (44%) respectivamente. Entre las pacientes analfabetas y las de primaria las prácticas fueron malas.

Las pacientes de origen urbano demostraron mejores prácticas con relación al papanicolau (50 %), que el área rural ( 24 %), y mayoritariamente malas ( 47 %) las prácticas en las del área rural, lo que puede relacionarse al menor nivel de escolaridad y poco acceso a unidades de salud en el campo. En cuanto al estado

civil de las pacientes y sus prácticas sobre el papanicolau encontramos mejores prácticas en las acompañadas (40 %) y casadas (41 %), mientras que las solteras presentaron 38 % de malas prácticas con relación a las casadas con 23 % y acompañadas 21 %.

La planificación familiar se asocia a buenas practicas sobre el papanicolau obteniendo el 46 % entre las que planifican y un 29 % entre las que no planificaban, mientras que las malas practicas se observaron entre las que no planifican en mayores porcentajes, 35 % contra 23 % en las que si planifican.

Con relación a la paridad observamos que al igual que los conocimientos y actitudes las prácticas mejoraron con el aumento de la paridad sin embargo en nuestro estudio se obtuvieron prácticas en promedios menores que en relación a los conocimientos, reflejando que no siempre el conocimiento se traduce en acciones dirigidas a conservar la salud.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes ingresadas a sala de ginecología en el hospital Alemán Nicaragüense en el período de estudio no se han realizado la prueba de Papanicolau.
2. El nivel de conocimiento de las pacientes sobre el Papanicolau es insuficiente.
3. Las actitudes y las prácticas de las pacientes con relación al papanicolau fueron buenas en su mayoría, pero con niveles muy bajos.
4. El nivel de conocimientos sobre papanicolau mejora con la escolaridad, la planificación familiar, la procedencia del área urbana, la paridad y mayor edad.
5. El nivel de escolaridad, la planificación familiar y la multiparidad son factores que mejoran las practicas y actitudes con relación al Papanicolau.

## RECOMENDACIONES

1. Establecer metas mensuales para la toma del Papanicolau, entre las pacientes atendidas por consulta externa (Ginecología, CPN y Planificación).
2. Establecer como norma la toma de Papanicolau a pacientes ingresadas en sala de Ginecología.
3. Aumentar la captación de pacientes para el programa de planificación familiar de consulta externa entre las pacientes atendidas por emergencia y las que llegan a parir.
4. Promover la toma de Papanicolau entre las pacientes atendidas por emergencia ofertando la prueba y refiriéndola a consulta externa de ginecología.
5. Estimular al personal médico y de enfermería que brinda atenciones ginecológicas el interés por aumentar las coberturas del papanicolau ofreciendo la prueba constantemente a todas las pacientes.
6. Mantener constante educación en salud a pacientes, sobre la importancia de la toma del papanicolau para la detección temprana del cáncer cervicouterino.

***ANEXOS***

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuadra, Ricardo – Salud Reproductiva. Salud y Familia No. 5 P.6 Octubre 1994
2. Fonseca Orozco, Maria Antonieta y Cerrato Díaz, Fátima del Socorro. Conocimientos y actitudes en relación al Papanicolao de mujeres ingresadas en el HEODRA S.P. 1996. Monografía, León.
3. Instituto Nacional de Cáncer (Estados Unidos); Colegio Americano de Ginecoobstetricia. Conocimiento actitud y conducta de las mujeres frente al análisis del papanicolaou. The Female Patient, diciembre de 1991.
4. Páez A. Gloria, Reyes. “ Evaluación del conocimiento sobre el papanicolaou como método de pezquisa del cáncer de cuello uterino. Boletín del hospital San Juan de Dios. Octubre 1990
5. Cedeño. Arlen Maria, Conocimiento actitudes y practicas sobre utilidad del papanicolau en El Cua, Nueva Segovia. 2004
6. Car, Oscar Rene. Conocimiento, actitudes y practicas sobre el papanicolaou en usuarios con vidas sexual activa en el servicio ginecoobtetricia del hospital Jacinto Hernández de Nueva Guinea.. 1999
7. Jones III Et al. Tratado de Ginecología de Novak. Edición XII México Macgraw Hill.
8. Nicaragua, Ministerio de salud. Manual de salud sexual y reproductiva. 1<sup>ra</sup> edición 1996.
9. Encuesta sobre salud familiar, Nicaragua 1993 Pro familia, Nicaragua
10. Piura, Julio. Metodología de la investigación II edición. 2006
11. Day, Roberts. Como redactar y escribir trabajos monográficos. OPS II edición 2003.

## ENCUESTA

La presente encuesta pretende valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el frotis de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil que demandan atención ginecológica en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de septiembre, octubre y noviembre del 2006.

Fecha:

No. De encuesta:

### I.- DATOS GENERALES.

#### a. Factores Sociodemográficos:

- Edad
- Escolaridad
  - 1. Analfabeta
  - 2. Alfabetizada
  - 3. Primaria incompleta
  - 4. primaria completa
  - 5. Secundaria incompleta
  - 6. Secundaria completa
  - 7. Técnica
  - 8. Universitaria
- Estado civil
  - 1. Soltera
  - 2. casada
  - 3. Acompañada
  - 4. separada/divorciada
  - 5. Viuda
  - 6. Otro.
- Procedencia
  - 1. Urbana
  - 2. Rural
- Ocupación
  - 1. Ama de Casa
  - 2. Estudiante
  - 3. Profesional
  - 4. Trabajadora domestica
  - 5. Técnica.
  - 6. Otros
- Religión
  - 1. Católica
  - 2. Ninguna
  - 3. Evangélica
  - 4. Otras.

#### b. Nivel Socioeconomico:

1. ¿ De que tipo de recurso de agua depende?
  - \* Agua de paja dentro de casa
  - \* Paja de patio
  - \* Puesto publico
  - \* Pozo publico
  - \* Pozo privado
  - \* Agua de lluvia
  - \* Rios, lagos, manantial, etc.

2. Cuantos cuartos tiene su casa?  
(No incluye cocina, baño, ni los usados con fines comerciales)

#### c. Que clase de servicios sanitarios tiene?

1. Inodoro
3. Letrina



**Cuadro 1.**

**Universo y Muestra. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolau en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. H.A.N Septiembre a Noviembre 2006.**

<b>POBLACION</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>UNIVERSO</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>
<b>MUESTRA</b>	<b>262</b>	<b>50%</b>

Fuente: Expediente Clínico.

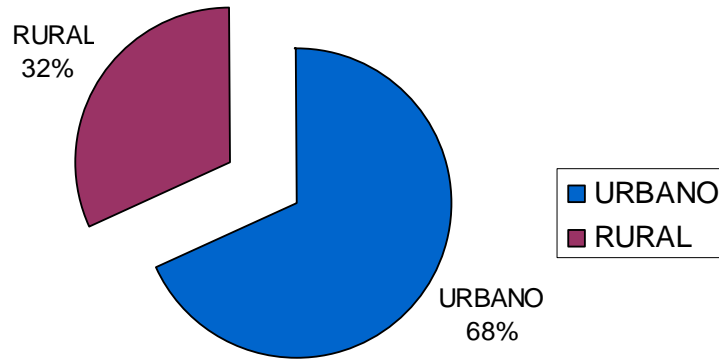
**Cuadro 2.**

**Edades de las pacientes. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas  
Sobre el Papanicolau en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. H.A.N  
Septiembre a Noviembre 2006.**

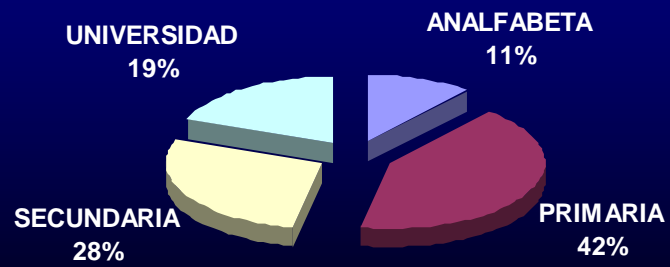
<b>EDADES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
< 19 años	31	12%
20 a 34 años	121	46%
35 a 49 años	74	28%
50 a más	36	14%
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Gráfico 1. Procedencia de las Pacientes. Estudio C.A.P.Sobre el Papanicolau,H.A.N. Septiembre a Noviembre. 2006**



**Gráfico 2. Escolaridad de las Pacientes. C.A.P. Ingresadas a sala de Ginecología, H.A.N. Septiembre a Noviembre.2006**



**Cuadro 3.**

**Estado Civil de las pacientes. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. H.A.N Septiembre a Noviembre 2006.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SOLTERA</b>	<b>34</b>	<b>13%</b>
<b>AVOMPAÑADAS</b>	<b>134</b>	<b>51%</b>
<b>CASADAS</b>	<b>89</b>	<b>34%</b>
<b>VIUDAS</b>	<b>5</b>	<b>2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente Clínico.

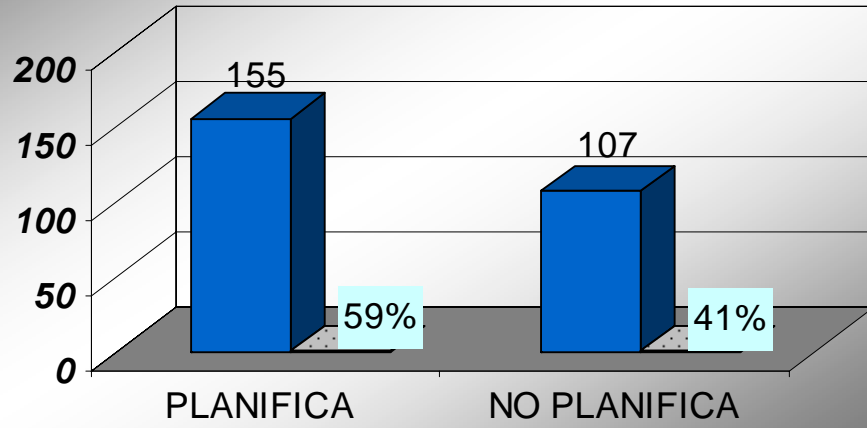
**Cuadro 4.**

**Paridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología.  
Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau  
H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>PARIDAD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NULIPARAS</b>	<b>13</b>	<b>6%</b>
<b>PRIMIPARAS</b>	<b>44</b>	<b>17%</b>
<b>BIGESTAS</b>	<b>92</b>	<b>35%</b>
<b>TRIGESTAS</b>	<b>60</b>	<b>23%</b>
<b>MULTIPARAS</b>	<b>50</b>	<b>19%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Gráfico 3. Planificación Familiar en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolau, H.A.N. Septiembre a Noviembre 2006.**



**Cuadro 5.**

**Nivel de Conocimientos según Edades de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>EDADES</b>	<b>CONOCIMIENTOS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>&lt; 19 Años</b>	<b>8 ( 26 % )</b>	<b>10 ( 32 % )</b>	<b>13 ( 42 % )</b>	<b>31</b>
<b>20 a 34 años</b>	<b>49 ( 41 % )</b>	<b>45 ( 37 % )</b>	<b>27 ( 22 % )</b>	<b>121</b>
<b>35 a 49 años</b>	<b>38 ( 52 % )</b>	<b>24 ( 32 % )</b>	<b>16 ( 12 % )</b>	<b>74</b>
<b>&gt; 50 años</b>	<b>21 ( 58 % )</b>	<b>12 ( 33 % )</b>	<b>3 ( 9% )</b>	<b>36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116 ( 44 % )</b>	<b>91 ( 35 % )</b>	<b>55 ( 21 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 6.**

**Nivel de Conocimientos según la Paridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>PARIDAD</b>	<b>CONOCIMIENTOS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>NULIPARAS</b>	<b>1 ( 8 % )</b>	<b>5 ( 30 % )</b>	<b>10 ( 62 % )</b>	<b>16</b>
<b>PRIMIPARAS</b>	<b>7 ( 16 % )</b>	<b>17 ( 38 % )</b>	<b>20 (46 %)</b>	<b>44</b>
<b>BIGESTA</b>	<b>38 ( 41 % )</b>	<b>36 ( 39 % )</b>	<b>18 ( 20 % )</b>	<b>92</b>
<b>TRIGESTA</b>	<b>30 ( 50 % )</b>	<b>19 ( 32 % )</b>	<b>11 (18% )</b>	<b>60</b>
<b>MULTIGESTA</b>	<b>26 ( 52 % )</b>	<b>17 ( 34 % )</b>	<b>7 (14 % )</b>	<b>50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>102 ( 39 % )</b>	<b>94 ( 36 % )</b>	<b>66 ( 25 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 7.**

**Nivel de Conocimientos según la Escolaridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>CONOCIMIENTOS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>ANALFABETA</b>	<b>3 ( 11% )</b>	<b>9( 32 %)</b>	<b>17 ( 57%)</b>	<b>29</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>37 ( 34 % )</b>	<b>45( 41 % )</b>	<b>28 (25%)</b>	<b>110</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>34 ( 47 % )</b>	<b>23( 31 % )</b>	<b>16( 22 %)</b>	<b>73</b>
<b>UNIVERSIDAD</b>	<b>27 ( 54 % )</b>	<b>15 ( 30 % )</b>	<b>8 (16% )</b>	<b>50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>101( 39 % )</b>	<b>92 ( 35% )</b>	<b>69 ( 26 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 8.**

**Nivel de Conocimientos según Estado Civil de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

ESTADO CIVIL	CONOCIMIENTOS			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
SOLTERA	12 ( 35% )	14 ( 41% )	8 ( 24% )	34
ACOMPAÑADAS	56 ( 42 % )	47( 35 % )	31 (23%)	134
CASADA	36 ( 41 % )	33 ( 37 % )	20 ( 22 % )	89
VIUDAS	3 ( 60 % )	2 ( 40 % )	0 ( 0 % )	5
<b>TOTAL</b>	<b>107( 41 % )</b>	<b>96 ( 37% )</b>	<b>59 ( 22 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 9.**

**Nivel de Conocimientos según Procedencia de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PROCEDENCIA	CONOCIMIENTOS			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
URBANO	95 ( 53% )	53( 30 %)	30( 17%)	178
RURAL	13 ( 16 % )	34( 40 % )	37 (44%)	84
<b>TOTAL</b>	<b>108( 41 % )</b>	<b>87 ( 33% )</b>	<b>67( 26 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 11.**

**Actitudes sobre el Papanicolau según la Edad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>EDADES</b>	<b>ACTITUD</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>&lt; 19 Años</b>	<b>4( 13 % )</b>	<b>12( 39 % )</b>	<b>15( 48%)</b>	<b>31</b>
<b>20 a 34 años</b>	<b>45 ( 37 % )</b>	<b>42( 35 % )</b>	<b>34 (28%)</b>	<b>121</b>
<b>35 a 49 años</b>	<b>36 ( 49 % )</b>	<b>26( 35 % )</b>	<b>12( 16 %)</b>	<b>74</b>
<b>&gt; 50 años</b>	<b>17 ( 47 % )</b>	<b>14 ( 39 % )</b>	<b>5 (14%)</b>	<b>36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>102( 39 % )</b>	<b>94 ( 36%)</b>	<b>66 ( 25 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 12.**

**Actitudes sobre el Papanicolau según la Escolaridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

ESCOLARIDAD	ACTITUD			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
ANALFABETA	7( 23% )	10( 36 %)	12 ( 41%)	29
PRIMARIA	33 ( 30 %)	42( 38%)	35 (32%)	110
SECUNDARIA	35( 48 %)	25( 34 %)	13( 18 %)	73
UNIVERSIDAD	27 ( 54 %)	19 ( 37 %)	4 (9% )	50
<b>TOTAL</b>	<b>102( 39 %)</b>	<b>96( 37%)</b>	<b>64( 24%)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 10.**

**Nivel de Conocimientos según Planificación de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PLANIFICACION	CONOCIMIENTOS			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
SI	73( 47% )	53( 34 %)	29 ( 19%)	155
NO	32 ( 30 % )	45( 42 % )	30 (28%)	107
<b>TOTAL</b>	<b>105( 40 % )</b>	<b>98 ( 37% )</b>	<b>59 ( 23 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

### Cuadro 13

**Actitudes sobre el Papanicolau según la Procedencia de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PROCEDENCIA	ACTITUD			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
URBANO	82 ( 46% )	59( 33 %)	37 ( 21%)	178
RURAL	37 ( 44 % )	31( 37 % )	16 (19%)	84
<b>TOTAL</b>	<b>119 ( 45.4 % )</b>	<b>90 ( 34.3% )</b>	<b>53( 20.2 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 14.**

**Actitud sobre el Papanicolau según el Estado Civil de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

ESTADO CIVIL	ACTITUD			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
SOLTERA	8 ( 24% )	10( 29 %)	16 ( 47%)	34
ACOMPañADA	48 ( 36 % )	55( 41 % )	31 (23%)	134
CASADA	31 ( 35 % )	38( 43 % )	20 ( 22 %)	89
VIUDA	1 ( 20 % )	3 ( 60 % )	1 (20%)	5
<b>TOTAL</b>	<b>88 ( 33.6% )</b>	<b>106 ( 40.4% )</b>	<b>68 ( 26 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 15.**

**Actitudes sobre el Papanicolau según la Paridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PARIDAD	ACTITUD			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
NULIPARA	2 ( 10% )	5( 32 % )	9 ( 58% )	16
PRIMIPARA	6 ( 14 % )	20( 45 % )	18 ( 41% )	44
BIGESTA	29 ( 31 % )	46( 50 % )	17( 19 % )	92
TRIGESTA	22 ( 37 % )	29 ( 48 % )	9 (15% )	60
MULTIPARA	20 ( 40 % )	<u>23 ( 46% )</u>	7 ( 14 % )	50
<b>TOTAL</b>	<b>79 ( 30 % )</b>	<b>123( 47 % )</b>	<b>60 ( 23 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 16.**

**Actitud Sobre el Papanicolau segun Planificación en las pacientes ingresadas a sala de Ginecologia. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PLANIFICACION	ACTITUD			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
SI	73 ( 47% )	46( 30 % )	36 ( 23%)	155
NO	34 ( 32 % )	26( 24 % )	47(44%)	107
<b>TOTAL</b>	<b>107( 41 % )</b>	<b>72 ( 27% )</b>	<b>83( 32 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 17.**

**Prácticas en relación al Papanicolau según la Edad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>EDAD</b>	<b>PRACTICAS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>&lt; 19 Años</b>	<b>8 ( 27% )</b>	<b>10( 31 % )</b>	<b>13 ( 42%)</b>	<b>31</b>
<b>20 a 34 Años</b>	<b>40 ( 33% )</b>	<b>45( 37 % )</b>	<b>36 (30%)</b>	<b>121</b>
<b>35 a 49 Años</b>	<b>34 ( 46 % )</b>	<b>26 ( 35 % )</b>	<b>14( 19 % )</b>	<b>74</b>
<b>&gt; 50 Años</b>	<b>17 ( 48 % )</b>	<b>13 ( 36 % )</b>	<b>6 ( 16% )</b>	<b>36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>99 ( 38 % )</b>	<b>94 ( 36% )</b>	<b>69 ( 26 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 18.**

**Prácticas sobre el Papanicolua según la Escolaridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>PRACTICAS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>ANALFABETA</b>	<b>9 ( 31% )</b>	<b>8 ( 29 % )</b>	<b>12 ( 40% )</b>	<b>29</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>42 ( 38 % )</b>	<b>46( 42 % )</b>	<b>22 ( 20% )</b>	<b>110</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>33( 45 % )</b>	<b>30 ( 41 % )</b>	<b>10 ( 14 % )</b>	<b>73</b>
<b>UNIVERSIDAD</b>	<b>22 ( 44 % )</b>	<b>23 ( 47 % )</b>	<b>5 ( 9% )</b>	<b>50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>106 ( 40 % )</b>	<b>107 ( 41% )</b>	<b>49 ( 19 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 19.**

**Prácticas sobre el Papanicolau según la procedencia de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PROCEDENCIA	PRACTICAS			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
URBANO	89 ( 50% )	57 ( 32 %)	32 ( 18%)	178
RURAL	20 ( 24 %)	24 ( 29 %)	40 ( 47%)	84
<b>TOTAL</b>	<b>109 ( 42 %)</b>	<b>81 ( 31%)</b>	<b>72 ( 27 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 20.**

**Prácticas sobre el Papanicolau según Estado Civil de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>PRACTICAS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>SOLTERA</b>	<b>9 ( 26% )</b>	<b>12 ( 36 % )</b>	<b>13( 38%)</b>	<b>34</b>
<b>ACOMPAÑADA</b>	<b>55 ( 41 % )</b>	<b>51( 38 % )</b>	<b>28 (21%)</b>	<b>134</b>
<b>CASADA</b>	<b>36 ( 40 % )</b>	<b>33 ( 37 % )</b>	<b>20 ( 23 % )</b>	<b>89</b>
<b>VIUDA</b>	<b>1 ( 20 % )</b>	<b>3 ( 60 % )</b>	<b>1 ( 20%)</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>101( 38 % )</b>	<b>99 ( 38% )</b>	<b>69 ( 26 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 21.**

**Prácticas sobre el Papanicolau según Planificación en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>PLANIFICACION</b>	<b>PRACTICAS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>	
<b>SI</b>	<b>71 ( 46% )</b>	<b>48 ( 31 %)</b>	<b>36 ( 23%)</b>	<b>155</b>
<b>NO</b>	<b>31 ( 29 %)</b>	<b>39 ( 36 %)</b>	<b>37 ( 35%)</b>	<b>107</b>
<b>TOTAL</b>	<b>102 ( 39 %)</b>	<b>87 ( 33%)</b>	<b>73 ( 28 %)</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

**Cuadro 22.**

**Prácticas sobre el Papanicolau según la Paridad de las pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

PARIDAD	PRACTICAS			TOTAL
	BUENO	REGULAR	MALO	
NULIPARA	2 ( 12% )	5 ( 34% )	9 ( 54% )	16
PRIMIPARA	8 ( 18 % )	19 ( 43 % )	17 ( 39% )	44
BIGESTA	24 ( 26 % )	40 ( 43 % )	28 ( 31% )	92
TRIGESTA	18 ( 30 % )	29 ( 49 % )	13 (21% )	60
MULTIPARA	16 ( 32% )	24 ( 48% )	10 ( 20 % )	50
<b>TOTAL</b>	<b>68 ( 26 % )</b>	<b>117( 45 % )</b>	<b>77 ( 29 % )</b>	<b>262</b>

Fuente: Encuesta.

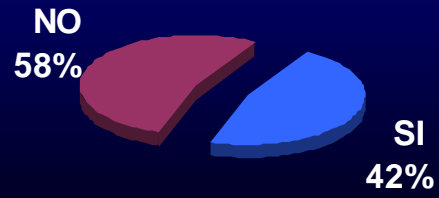
**Cuadro 23.**

**Realización del Papanicolau en los últimos dos años en pacientes ingresadas a sala de Ginecología. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sobre el Papanicolau. H.A,N. Septiembre a Noviembre.2006.**

<b>PAPANICOLAU</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	<b>110</b>	<b>42%</b>
<b>NO</b>	<b>152</b>	<b>58%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>262%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Gráfico 4.**  
**Realización de Papanicolau en dos años**  
**previos en pacientes ingresadas a sala de**  
**Ginecología. H.A.N. Septiembre a**  
**Noviembre 2006.**



# ENCUESTA

La presente encuesta pretende valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el frotis de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil que demandan atención ginecológica en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de septiembre, octubre y noviembre del 2006.

Fecha:

No. De encuesta:

## I.- DATOS GENERALES.

### e. Factores Sociodemográficos:

- Edad
- Escolaridad
  - 1. Analfabeta
  - 2. Alfabetizada
  - 3. Primaria incompleta
  - 4. primaria completa
  - 5. Secundaria incompleta
  - 6. Secundaria completa
  - 7. Técnica
  - 8. Universitaria
- Estado civil
  - 1. Soltera
  - 2. casada
  - 3. Acompañada
  - 4. separada/divorciada
  - 5. Viuda
  - 6. Otro.
- Procedencia
  - 1. Urbana
  - 2. Rural
- Ocupación
  - 1. Ama de Casa
  - 2. Estudiante
  - 3. Profesional
  - 4. Trabajadora domestica
  - 5. Técnica.
  - 6. Otros
- Religión
  - 1. Católica
  - 2. Ninguna
  - 3. Evangélica
  - 4. Otras.

### f. Nivel Socioeconomico:

1. ¿ De que tipo de recurso de agua depende?
  - \* Agua de paja dentro de casa
  - \* Paja de patio
  - \* Puesto publico
  - \* Pozo publico
  - \* Pozo privado
  - \* Agua de lluvia
  - \* Rios, lagos, manantial, etc.
2. Cuantos cuartos tiene su casa?  
(No incluye cocina, baño, ni los usados con fines comerciales)

### g. Que clase de servicios sanitarios tiene?

1. Inodoro
2. No tiene
3. Letrina
4. Otros

- h. ¿Tiene en su casa los siguientes servicios?
- |                  |              |
|------------------|--------------|
| 1. Luz eléctrica | 4. Radio     |
| 2. Refrigerador  | 5. Televisor |
| 3. Vehículo      | 6. Teléfono  |

## II.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

- Numero de embarazos
- Numero de partos
- Numero de abortos
- A que edad inicio sus relaciones sexuales
- Numero de compañeros sexuales
  
- Que método de planificación familiar utiliza?

1. Gestagenos orales	3. Otros
2. Gestagenos inyectados	4. Ninguno
  
- Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si	No
----	----

¿Cual?
  
- Si su respuesta es afirmativa a la pregunta anterior, especifique si usted recibió tratamiento para dicha patología.

Si	No.
----	-----

## III.- CONOCIMIENTOS SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU:

3. ¿ Ha oido hablar del examen de papanicolaou?
- |    |    |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
4. ¿ Para que cree que sirve el Papanicolaou?
- a) Para detectar Cáncer en General
  - b) Para saber si hay Cáncer en el pecho
  - c) Para detectar Cáncer del cuello Uterino o de la Matriz
  - d) Para detectar el SIDA