

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS QUE AFECTAN LA TOMA
DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO.
AÑO 1999.**

ELSA CRISTINA ARENAS WHO

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

REPÚBLICA DE PANAMÁ

1999

T.1

13 ABR 2000

adv. del auto

324173

APROBACIÓN

TESIS TITULADA

FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS QUE AFECTAN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO. AÑO 1999.

Presentada por

ELSA CRISTINA ARENAS WHO

Trabajo de Graduación para optar al grado de Maestro en Salud Pública.

Jurado Calificador

Director de Tesis:

Leopoldo Saenz

Miembro del Jurado:

R. Quintana

Miembro del Jurado:

Tanzi

Representante de Vicerrectoría de Investigación y Postgrado:

Rodríguez La Serna

Fecha:

21 de diciembre de 1999

ÍNDICE GENERAL

	<u>Página</u>
TITULO	
APROBACIÓN	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
I. JUSTIFICACIÓN	6
II. OBJETIVO GENERAL	23
III. OBJETIVOS	24
IV. PROPÓSITOS DEL ESTUDIO	25
V. MARCO TEÓRICO	26
5.1 EL PAPANICOLAOU	26
(a) Historia de la citología (papanicolaou)	26
(b) Clasificación del papanicolaou	29
(c) El papanicolaou en Panamá	30
(d) La prueba de papanicolaou	32
(e) Programa y normas de control	47
(f) Factores que afectan la toma del papanicolaou	55
Otros métodos de diagnóstico	57
5.2 EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	62

(a)	Situación de cáncer cérvico uterino en Panamá	62
(b)	Descripción	71
(c)	Signos y síntomas	72
(d)	Información sobre las etapas	73
d.1	clasificación	74
d.1.a	clasificación de TNM	74
d.1.b	clasificación de la AJCC	76
d.1.c	clasificación de la FIGO	77
(e)	Tratamiento del cáncer cérvico uterino	78
(f)	Factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino	82
(g)	Situación del cáncer cérvico uterino en el mundo	85
(h)	Pronóstico	91
5.3	REGIÓN DE SALUD PANAMÁ ESTE	93
5.4	DISTRITO DE CHEPO	95
(a)	Antecedentes históricos	95
(b)	Generalidades del distrito de Chepo.	96
5.5	CORREGIMIENTO DE CHEPO	99
5.6	VARIABLES	101
(a)	Definición conceptual y operacional de variables	101
VI.	METODOLOGÍA	109
6.1	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	109
6.2	TIPO DE ESTUDIO	111

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA	112
(a) Universo	112
(b) Tamaño de la muestra	113
(c) Selección de la muestra	113
6.4 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	115
6.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	123
6.6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	125
6.7 PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	125
(a) Guía de procedimiento	125
(b) Cálculos estadísticos	127
(c) Esquema para el análisis de variables	127
(d) Cuadros para presentación de resultados	129
VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	130
7.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE	193
DISCUSIÓN	198
CONCLUSIONES	205
RECOMENDACIONES	208
BIBLIOGRAFÍA	210
ANEXOS	
GLOSARIO DE TÉRMINOS	218
MAPA DE CHEPO CABECERA	223
DISTRIBUCIÓN DE LOCALIDADES , ÁREAS Y MANZANAS. CHEPO CABECERA	224

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
I	NÚMERO DE TOMAS, POBLACIÓN Y PORCENTAJE DE COBERTURA, REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1980-1996	11
II	COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO 1995.	12
III	COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO 1996.	13
IV	COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO 1997	14
V	COBERTURAS, POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS Y NÚMERO DE TOMAS DE PAPANICOLAOUS, TOTALES Y NUEVAS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑOS 1995-1998.	18
VI	NÚMERO DE TOMAS DE PAPANICOLAOU EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE POR GRUPO DE EDAD. AÑOS 1994-1998	18
VII	DISTRIBUCIÓN DE PAPANICOLAOUS, TOMADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL Y EL CENTRO DE SALUD DE CHEPO, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. AÑO 1998.	19
VIII	NÚMERO DE MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE, DISTRITO DE CHEPO Y CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1998.	20
IX	CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES QUE SE HAN PRESENTADO PARA EL INFORME CITOLÓGICO DEL PAPANICOLAOU.	30
X	NÚMERO DE TOMAS DE CITOLOGÍAS, SEGÚN LUGAR DE LECTURA DEL PAPANICOLAOU. AÑOS 1992-1996.	31
XI	REDUCCIÓN CALCULADA DE LA INCIDENCIA ACUMULADA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO INVASOR CON DIFERENTES INTERVALOS DE DETECCIÓN, MUJERES DE 35-64 AÑOS	43

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
XII	PAÍSES DE HABLA HISPANA EN LAS AMÉRICAS QUE CUENTAN CON PROGRAMAS NACIONALES PARA EL CONTROL DEL CÁNCER Y TRATAMIENTOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO. AÑO 1998.	51
XIII	NÚMERO Y PORCENTAJES DE DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN LA DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. AÑOS 1992-1995.	63
XIV	NÚMERO Y TASAS DE DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS EN LA REPÚBLICA, SEGÚN LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES. AÑOS 1992-1995.	64
XV	NÚMERO Y TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR TUMORES MALIGNOS EN LA MUJER, SEGÚN SITIO ANATÓMICO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1991-1996.	64
XVI	NÚMEROS DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO IN SITU E INVASOR, EN MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1988-1996.	65
XVII	PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS REGISTRADOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR SITIO ANATÓMICO, SEGÚN SEXO Y CAUSA. AÑOS 1994 -1996.	67
XVIII	NÚMERO DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN AÑOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1985-1995.	69
XIX	NÚMERO DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO POR AÑO, SEGÚN PROVINCIAS. AÑOS 1990-1996.	70
XX	MORTALIDAD PROMEDIO POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO, AJUSTADAS POR EDAD EN 24 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS POR AÑO Y SUBREGISTROS ESTIMADOS. AÑOS 1975, 1985, 1990.	88

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
XXI	NÚMERO Y TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN PAÍS DE OCURRENCIA. AÑO ÚLTIMO AÑO REPORTADO.	90
XXII	RECURSO HUMANO QUE LABORA EN LAS INSTALACIONES DE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN SERVICIOS. AÑOS 1999.	95
XXIII	DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS Y TERRENOS BALDÍOS, SEGÚN CONGLOMERADOS. REGIÓN DE PANAMÁ ESTE. AÑO 1999.	109
XXIV	NÚMERO DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS, TERRENOS BALDÍOS Y HABITANTES SEGÚN LOCALIDADES. CONGLOMERADO DE CHEPO. AÑO 1999.	110
XXV	NÚMERO DE MUJERES EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE Y CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.	111
XXVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 30 AÑOS Y MÁS EN CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.	113
XXVII	NÚMERO DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS, PORCENTAJES DE VIVIENDAS Y NÚMERO DE ENCUESTAS SEGÚN LOCALIDADES. CONGLOMERADO DE CHEPO. AÑO 1999.	115
XXVIII	CUADRO COMPARATIVO DEL CENSO A NIVEL NACIONAL Y ENCUESTAS DE CHEPO CABECERA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS. AÑO 1999.	132
XXIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.	134
XXX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS. SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.	134
XXXI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.	135

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
XXXII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.	135
XXXIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.	136
XXXIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SU ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.	136
XXXV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABER REALIZADO EL PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ. CHEPO. AÑO 1999	138
XXXVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.	141
XXXVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.	142
XXXVIII	ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.	143
XXXIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.	144
XL	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.	145
XLI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.	146
XLII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 30 AÑOS Y MÁS ENCUESTADAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.	147

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
XLIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CHEPO. AÑO 1999.	152
XLIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN QUE SI SE REALIZARON EL PAPANICOLAOU Y LA EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	153
XLV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI SE HA REPETIDO EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	154
XLVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN TIEMPO DEL ÚLTIMO PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	154
XLVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN VOLVER A HACERSE UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	155
XLVIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.	156
XLIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZO. CHEPO. AÑO 1999.	157
L	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN TENER COMPAÑERO SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.	158
LI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. CHEPO. AÑO 1999.	159
LII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS, ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN. CHEPO. AÑO 1999.	161

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
LIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU QUE UTILIZAN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. CHEPO. AÑO 1999.	162
LIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999	164
LV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.	164
LVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.	165
LVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999	167
LVIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999	167
LIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN COMO SE ENTERÓ LO QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	167
LX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SENTIR TEMOR DE SENTIR DOLOR. CHEPO. AÑO 1999.	171
LXI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SENTIR TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES ÍNTIMAS. CHEPO. AÑO 1999.	171

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
LXII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SENTIR TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO. CHEPO. AÑO 1999.	174
LXIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE ALGO SOBRE USTED A OTROS. CHEPO. AÑO 1999.	174
LXIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO. CHEPO. AÑO 1999.	178
LXV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SI SU RELIGIÓN LE PROHÍBE REALIZARLO. CHEPO. AÑO 1999.	178
LXVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI HA ACUDIDO A UNA INSTALACIÓN DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO. CHEPO. AÑO 1999	185
LXVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN DE SALUD LE MENCIONARON LA PALABRA PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	186
LXIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABER TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU EN LA INSTALACIÓN DE SALUD. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.	188
LXX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HAN TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU SEGÚN LA INSTALACIÓN DE SALUD. CHEPO. AÑO 1999.	188

ÍNDICE DE CUADROS

NUMERO DE CUADRO	NOMBRE	PÁGINA
LXXI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN DONDE PREFIERE QUE LE HAGAN EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	189
LXXII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN EL SEXO DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	189
LXXIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON SI O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL TIPO DE PERSONA DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	192
LXXIV	PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA VARIABLES DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999.	195
LXXV	PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA FACTORES ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999	196
LXXVI	PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA TEMORES Y PROHIBICIONES ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999.	197

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
I	TOMA DEL PAPANICOLAOU-ESQUEMA	33
II	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAOU.	35
III	POBLACIÓN EN RIESGO, COBERTURA ÚTIL Y TOMAS DE PAPANICOLAOUS. PANAMÁ, AÑOS 1980-1997.	46
IV	MÉTODO DE DETECCIÓN ALTERNATIVO PARA EL PAPANICOLAOU CONOCIDO COMO <i>PAPNET</i> Y ALGUNAS IMÁGENES CONTENIDAS EN LA BASE DE DATOS.	53
V	COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO IN SITU E INVASOR Y TASAS DE MORTALIDAD. PANAMÁ AÑOS 1988-1966.	65
VI	FOTOS DE ÚTERO Y CÉRVIX.	71
VII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.	134
VIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS. SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.	134
IX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.	135
X	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.	135

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
XI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.	136
XII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SU ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.	136
XIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABERSE REALIZADO UN PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ. CHEPO. AÑO 1999.	138
XIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.	141
XV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.	142
XVI	ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.	143
XVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.	144
XVIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.	145
XIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.	146

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
XX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CHEPO. AÑO 1999.	152
XXI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN QUE SI SE REALIZARON EL PAPANICOLAOU Y LA EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	153
XXII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI SE HA REPETIDO EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	154
XXIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN VOLVER A HACERSE UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	155
XXIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.	156
XXV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZO. CHEPO. AÑO 1999.	157
XXVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN TENER COMPAÑERO SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999	158
XXVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. CHEPO. AÑO 1999.	159

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
XXVIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS, ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN. CHEPO. AÑO 1999.	161
XXIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU QUE UTILIZAN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. CHEPO. AÑO 1999.	162
XXX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN HABER LLEGADO Y LA EDAD DE LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.	164
XXXI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.	165
XXXII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.	168
XXXIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SABEN QUE ES EL PAPANICOLAOU SEGÚN COMO SE ENTERÓ. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.	168
XXXIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN TEMOR DE SENTIR DOLOR. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.	172

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
XXXV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN EL SENTIR TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES INTIMAS (PUDOR). CHEPO. AÑO 1999	173
XXXVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SENTIR TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO. CHEPO. AÑO 1999	175
XXXVII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE ALGO SOBRE USTED A OTROS. CHEPO. AÑO 1999.	176
XXXVIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO. CHEPO. AÑO 1999.	179
XXXIX	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SI SU RELIGIÓN LE PROHÍBE REALIZARLO. CHEPO. AÑO 1999.	180
XL	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI HA ACUDIDO A UNA INSTALACIÓN DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO. CHEPO. AÑO 1999	185
XLI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN DE SALUD LE MENCIONARON LA PALABRA PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	186

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
XLII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN DE SALUD LE OFRECIERON REALIZAR UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	187
XLIII	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HAN TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU SEGÚN INSTALACIÓN DE SALUD. CHEPO. AÑO 1999.	188
XLIV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN DONDE PREFIERE QUE LE HAGAN EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	190
XLV	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON SI O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SEXO DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	191
XLVI	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN EL TIPO DE PERSONA DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.	192

TITULO

**FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS QUE AFECTAN LA TOMA DEL
PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO. AÑO 1999.**

Factores de riesgo seleccionados que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

RESUMEN

En un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 195 mujeres que habitan en Chepo, se estudian algunas características socioculturales individuales y de la oferta, que se asocian a la demanda de la prueba del Papanicolaou por parte de estas mujeres. En la distribución de frecuencias encontramos que el 14.4% nunca se habían realizado una Papanicolaou, 49.7% prefiere que lo realice alguien de sexo femenino. 85.6% inicia vida sexual entre 10 y 19 años y solo el 25.7% realizó su primer prueba en este grupo de edad y 4.2% refirió que no volverá a realizarlo. El 90.9% de las mujeres sin escolaridad se había realizado la prueba. Las mujeres que alcanzaron primaria lo hicieron en un 45.5%. En su última visita a las instalaciones de salud al 35% no se les mencionó la palabra Papanicolaou, y a más del 40% no se les ofreció. Las mujeres aseguradas tienen 2.85 veces más probabilidad de realizarlo, (OR 2.85, LC 1.11-7.52). Las Solteras presentaron un riesgo 77% menor de realizarlo, (OR 0.23, LC 0.6-0.81). Las mujeres cuya primera relación sexual fue después de 30 años, presentó un riesgo 93% menor para hacerlo, (OR 0.07, LC 0.01-0.056). El no tener compañero sexual representó un riesgo 95% menor para realizarlo, (OR 0.05, LC 0.00-0.83). El grupo que refirió, no sentir temor a que le vean sus partes íntimas tiene 4.04 veces, más probabilidad de realizarlo. (OR 4.04, LC 1.48-11.67). Concluimos que las mujeres de Chepo aún desconocen la importancia que tiene la prueba del Papanicolaou y que no se está realizando correctamente su promoción y práctica por parte de los equipos de salud.

Selected risk factors that affect having a Pap smear in women older than 30 years. Chepo 1999.

SUMMARY

In a transversal descriptive study, with a sample of 195 women from Chepo, were examined some social and cultural factors, individuals and from the offer, associated with the cervical Pap smear demanded by them. In the distribution of frequencies we found that 14.4% had never made a cervical Pap smear, 49.7% prefer a female to made it, 85.6% star their sexual activity at 10 to 19 years of age but only 25.7% of them, got their cervical Pap smear in that group of age, and 4.2% told they will not made it again. In the group of women that told had never been at school, have had a Pap smear in a 90.9%. Women that reach elementary school, made it in 45.5%. In their last visit to a health site, 35% haven't heard about cervical Pap smear, and more than 40% does not receive the offer to make it. Women with social security access have 2.85 more probability to have a cervical Pap smear, (OR 2.85, CI 1.11 to 7.52). Single women have 77% less risk to make it, (OR 0.23, CI 0.6 to 0.81). Women who's first sexual activity was after 30 years of age got a risk 93% least to have it, (OR 0.07, CI 0.01 to 0.056). Not to have a sexual partner present a risk 95% least to made a Pap smear, (OR 0.05, CI 0.00-0.83). Women that refer not to feel being afraid of others watching, her private parts, have 4.04 more probabilities to have a cervical Pap smear, (OR 4.04, LC 1.48-11.67). Our conclusion is that women form Chepo doesn't know how important is cervical Pap smear and health group are not offering and practicing it correctly.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino (CaCu) constituye una patología de gran importancia epidemiológica, ya que se estima que cada año 400,000 mujeres en todo el mundo lo desarrollan y en la región de las Américas se presentan cada año cerca de 68,000 casos nuevos.

Los tumores, en nuestro país se han mantenido dentro de las dos primeras causas de muerte entre las mujeres, aumentando con la edad. Dentro de los tumores malignos, como causa de muerte, el cáncer cérvico uterino se presenta como la quinta causa de muertes, con una tasa de 3.7 para 1995, última cifra con la que pudimos contar. Las provincias más afectadas han sido Chiriquí, Darién y Panamá.

Si tomamos en cuenta que el cáncer cérvico uterino presenta un lento proceso de crecimiento, y lo que es más importante, este se puede detectar y tratar oportunamente, es decir en una etapa pre-invasora, a los 30 o a los 20 años, con solo acceder un programa de detección oportuna.

Ya que desde hace más de 50 años se cuenta con la tecnología necesaria para su detección y tratamiento oportunos a través de una técnica que fuera implementada por George N. Papanicolaou, médico nacido en Coumi, Grecia en 1883, quien llegó a este continente en 1913 quien estudiando los cromosomas y su determinación sexual, observó cambios citológicos que ocurrían en las descargas vaginales de las cerdas de guinea en los ciclos ovárico uterinos, aplica sus conocimientos en la mujer y logra revolucionar las cifras de muerte por este cáncer. La prueba del Papanicolaou, como se la llama, o

examen de citología, es uno de los métodos más eficaces para detectar alteraciones atípicas de las células epiteliales pre cancerosas así como cambios malignos de las mismas, desde las etapas iniciales. Esta es una prueba sencilla, rápida y barata y mediante esta prueba, es posible ver con un microscopio si hay células anormales antes que la mujer tenga síntomas

En Canadá y Estados Unidos, una vez implementada la técnica se redujeron significativamente, sin embargo en Panamá no hemos logrado impacto con su implementación. En Panamá existe un programa para la detección y control de este cáncer que está inmerso y es parte de las actividades desarrolladas dentro del sub programa Maternal a cargo del Programa Materno Infantil. En las Normas Técnico Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer, en donde se determinan claramente los objetivos y se dictan normas similares a aquellos grandes países, es obligatorio tanto para la mujer como para el personal de salud en su ejecución al igual que gratuito.

Con esta disponibilidad, resulta importante determinar los motivos por los cuales no estamos llegando a todas las mujeres, como está planteado ya que los porcentajes de coberturas para las diferentes regiones y el nivel nacional, fluctuantes, con 14.2% en 1995, 16.9 para 1996 y 12.4 en 1997 y no hay un evidente aumento.

En Panamá, no se sabe a ciencia cierta si la información está llegando a todas, igualmente no podemos estar seguros sobre cuanto saben, nuestras mujeres, sobre el Papanicolaou, sobre el cáncer y su tratamiento y si en realidad es suficiente con lo que se hace por parte de los equipos de salud para llegar a ellas. Este es aún, en Panamá, un problema prioritario, que se debe abordar no solo institucionalmente sino por todas

aquellas entidades que son capaces de enviar un mensaje de salud y de vida, lo que hace de este, un problema de interés y responsabilidad general. La norma nacional para la toma del Papanicolaou incluye a todas las mujeres que realizan vida sexual activa desde el inicio de la misma hasta el término de sus vidas pero no estamos llegando a todas las mujeres en el ámbito nacional y tal vez tampoco estamos dando igual oportunidad del acceso a esta prueba a todas las mujeres. El presente trabajo pretende explorar algunos de los motivos que puedan estar incidiendo en la población femenina, para realizarse o no un Papanicolaou.

Los objetivos están definidos entre los primeros puntos y apuntan hacia ambos lados, a la usuaria del programa y al equipo ofertor del mismo. Nos dedicamos al grupo de mujeres con edad igual o mayor de 30 años debido a que es esta una edad en la que la mujer aumenta los riesgos de adquirir este cáncer. O termina la paridad, o tiene muchos niños que cuidar, o siente que ya no va a ser necesario pues desconoce que el riesgo aumenta con dicha edad. Por parte de los equipos de salud tenemos que al disminuir, la mujer su asistencia por la declinación de la paridad la olvida o no la busca para que cumpla con su toma, o está tan agobiado de trabajo que poco tiempo tiene para dedicarle a labores extramuros.

En el marco teórico se da una breve reseña sobre la historia del Papanicolaou, su clasificación, el desarrollo y evaluación del programa en Panamá así como un pantallazo de los otros métodos que se están utilizando en el mundo, para la lectura y mejoramiento de esta prueba. Se detallan algunos factores de riesgos, ya conocidos que inciden en la presentación de este cáncer y factores que afectan la toma del mismo por parte de la mujer.

Se detallan aspectos relevantes del Cáncer Cérvicouterino, que aunque no es el objetivo de la tesis, esta no podría estar completa si no se hiciera. Se revisan tanto signos y síntomas como información de las etapas, su tratamiento, algunos de los factores de riesgos conocidos y una visual de su situación en el mundo.

Se detallan aspectos importantes sobre la región de salud de Panamá Este, que es en donde se realizó este estudio, con énfasis en el distrito, corregimiento y cabecera de Chepo, esta última, el lugar exacto donde se realizaron las encuestas. Luego reseñamos las variables que se exploraron en dicha encuestas como fueron el temor a sentir dolor, temor a que se le ocasione algún daño, el temor a que los miembros de los equipos de salud comenten con otros, sus intimidades, las prohibiciones que se pudieran dar por parte de los compañeros o la religión que profesen, así como las preferencias del lugar, sexo de la persona y tipo de especialidad quien les gustaría o gusta que le tome dicha prueba.

A partir del tercer inciso del sexto capítulo se detalla todo lo referente al estudio, en sus aspectos técnico administrativos como, universo y muestra, metodología de recolección de los datos y el detalle de los análisis estadísticos que dieron como resultados las encuestas.

I. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvico uterino es uno de los cánceres más comunes en el mundo, es el tipo más frecuente de cáncer entre las mujeres panameñas, consiste en cambios neoplásicos epiteliales del cuello uterino que incluyen estados progresivos de displasia (leve, moderada y severa), los cuales evolucionan hacia el carcinoma in situ, a la micro invasión profunda y a distancia en un período promedio de 10 a 20 años. En la región de las Américas se presentan cada año cerca de 68,000 casos nuevos. Lo más importante es que se puede curar si se detecta y trata de forma oportuna. Robles (1996). En Panamá, en 1996 se dieron 115 muertes para una tasa de mortalidad de 8.7 y 97 en 1995 con tasa de 7.5 por 100,000 mujeres. En 1990 Canadá reportó tasas de 1.4 y Estados Unidos de 1.7, Colombia, 4.7 y Costa Rica 9.2. La tasa de incidencia en Panamá, fue de 76.9 por 100,000 mujeres mayores de 15 años en 1995. Las tasas de mortalidad cruda por cáncer cérvico uterino para 1992 fue 3.0 y 3.6, 3.8, y 3.7 para 1993 a 1995. (Cuadro XIV, pág. 60) Las tasas de mortalidad ajustadas por población femenina (100,000 mujeres), se elevan a más del doble, para 1992 la tasa es de 6.1; para 1993 7.3, en 1994 es 7.5 y en 1995 tuvimos 7.5 por 100,000 mujeres; ello nos indica, que nos encontramos, entre los países con tasas medias altas con respecto al resto del mundo. (Cuadro XV, pág. 60).

Los tumores malignos continúan dentro de las dos primeras causas de muerte en nuestro país. Dentro de los tumores malignos, como causa de muerte, el cáncer cérvico

uterino se presenta como la quinta causa de muertes, con una tasa de 3.7 para 1995. Las provincias más afectadas son Chiriquí, Darién y Panamá. Los grupos de edad más afectados lo constituyen los de 40 años y más. Si tomamos en cuenta que el cáncer cérvico uterino presenta un lento proceso de crecimiento, estas muertes se pudieron haber detectado y tratado oportunamente, es decir en una etapa pre-invasora, a los 30 o a los 20 años, con solo acceder al programa de detección precoz.

El cáncer del cuello del útero puede prevenirse tratando las primeras manifestaciones de riesgo, y es posible curarlo si se detecta en sus inicios. Desde hace más de 50 años se cuenta con la tecnología necesaria para su detección y tratamiento oportunos, el PAP.

En América Latina y el Caribe, a pesar de contar con programas establecidos para dicha detección, su aplicación ha sido poco exitosa desde el punto de vista de la Salud Pública. "En los países de América Latina y el Caribe la mortalidad por cáncer cérvico uterino no ha disminuido en los últimos 30 años y las tasas de incidencia son de las más altas del mundo. Pese a la creencia de que este tipo de cáncer, afecta exclusivamente a mujeres de mayor edad, 60% de los cánceres invasores de cuello de útero, ocurre entre mujeres de 35 y los 60 años. Sin embargo, la mayor parte de las citologías cervicales se hacen en mujeres menores de 30 años, cuyo riesgo es más bajo. Las actividades de tamizaje se dirigen, a un grupo mayoritario de mujeres con un riesgo bajo, por lo tanto, no tienen el impacto esperado." Alleyne (1996)

En la mayor parte de los países de las Américas, el Papanicolaou como prueba de detección precoz se implementó en los años cincuenta. En América Latina, aún no se logra disminuir la mortalidad de manera significativa mientras que en Estados Unidos y Canadá se disminuyó a razón de 5% por año. Canadá organizó su primer programa en la

provincia de Columbia Británica y en 30 años se lograron observar reducciones evidentes en la incidencia y la mortalidad por cáncer cérvico uterino y hoy cuenta con coberturas casi de 100 por ciento, mientras que en la mayoría de la América hispana no se ha logrado implementar adecuadamente la norma. En muchos países de Centro América y el Caribe no cuentan con un programa nacional de control para el cáncer cérvico uterino adecuado o según normas establecida por la Organización Mundial para la Salud.

La prueba del Papanicolaou o examen de citología, es uno de los métodos más eficaces para detectar alteraciones atípicas de las células epiteliales pre cancerosas así como cambios malignos de las mismas, desde las etapas iniciales. Esta es una prueba sencilla, rápida y barata. Mediante la prueba, es posible ver con un microscopio si hay células anormales antes que la mujer tenga síntomas.

En Panamá existe un programa para la detección y control de este cáncer que está inmerso y es parte de las actividades desarrolladas dentro del sub programa Maternal a cargo del Programa Materno Infantil. En las Normas Técnico Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer de 1995, el XIV capítulo Atención Ginecológica indica como una de las actividades la Detección de cáncer ginecológico, que se aplicarán las normas de Patología Cervical y Colposcopia, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y seguimiento de lesiones pre invasoras del cuello uterino, en todas las regiones del país.

Entre las actividades anotadas se indica que el médico, la enfermera u otro personal de salud capacitado tomará el Papanicolaou a toda mujer que asista por cualquier motivo a consulta en las Instalaciones de Salud. Indica que debe llevarse una tarjeta de control, citas posteriores, y visita domiciliaria y localización a la que no regrese por su

resultado. Lo cierto es que en realidad no a todas las mujeres que acuden a las Instalaciones de Salud, se la orienta sobre lo que es el Papanicolaou, se les explica sus ventajas y se le ofrece realizar la prueba.

Otra realidad es que existe una gran cantidad de resultados que reposan en las oficinas del programa o en archivos de instalaciones que no han sido recogidos por sus generadoras, y que debieran ser conocidos y comentados por las interesadas, ya que el estar negativo o con patología leve, en el momento no la excluye del riesgo latente de adquirir este mal. Además, este problema es un trazador de la mucha o poca importancia que, en general, le da la mujer a este problema. Importante es resaltar el hecho de que en los niveles locales de nuestro sistema de Salud, el personal realiza intensos esfuerzos para localizar a aquellas mujeres cuyas pruebas resultan positivas por patologías.

La norma de patología cervical y colposcopia, para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones pre invasoras del cuello del útero (1992), en su IV capítulo sobre actividades de detección de cáncer cérvico uterino mediante citología exfoliativa (Papanicolaou) indica que la detección debe realizarse en la población de mayor riesgo con una periodicidad anual. Las coberturas óptimas deben ser iguales o superiores al 60% de la población en riesgo de 15 años y más". Será en su revisión 1997 cuando dirá el 80%, que es el porcentaje considerado como óptimo par lograr disminuir la incidencia de este importante tipo de cáncer. En esta revisión se establece la concentración anual de la toma del PAP, pero incluye la posibilidad de espaciar la misma a cada tres años, en el caso de mujeres con al menos dos Papanicolaous negativos en dos años consecutivos, sin otros factores de riesgos y tomando en consideración la calidad de la toma y de la lectura de la citología.

Desde 1980 nuestras coberturas no han excedido al 32.2 % en 1995 y para 1996 solo alcanzó en 16.9%. En 1997 se cuenta con cifras preliminares. (Cuadro I, pág. 11). Ello nos está indicando que debe haber algún tipo de problema con el programa. Este problema puede estar tanto en la oferta como en la demanda del servicio. No hemos podido encontrar estudios o escritos sobre evaluación integral del programa que expliquen los motivos por los que las coberturas persisten año tras año sin superar el 30%. Cada año se plantean metas y se tratan de alcanzar y mejorar, según nos cuenta el Coordinador Materno Infantil de la Región de Panamá Este y cada año se repite la intención. La doctora Magaly de Cevallos (Coordinadora Nacional Del Programa Maternal. MINSA) nos indica al respecto que: la explicación es muy sencilla y se basa en el crecimiento de la población en riesgo (medio millón en 1980 a un millón en 1997), esto hace que a pesar del aumento numérico del PAP (80,000 a 280,000) las coberturas proporcionalmente se mantienen bajas ya que los recursos humanos y materiales continúan siendo insuficientes.

En los cuadros II, III y IV se pueden observar los porcentajes de coberturas para las diferentes regiones y el nivel nacional, en los tres años presentados las coberturas se mantiene fluctuantes, con 14.2% en 1995, 16.9 para 1996 y 12.4 en 1997. Si bien en algunas de las regiones no se cuentan con las cifras de PAP's tomados por las instalaciones de la Caja de Seguro Social, lo que no nos permitiría realizar un análisis objetivo y real, podemos decir que en regiones como Bocas del Toro, Colón, Darién y Panamá Este, en donde sí se cuenta con dichas cifras, contrario a lo esperado en vez de aumentar las coberturas cada año, se mantienen o disminuyen. Desconocemos si se deba a error de registro, a sobre estimación de la población femenina o al poco impacto real

del programa pues no encontramos explicaciones para que suceda, pero lo cierto es que no se logra ver un aumento evidente.

CUADRO I NÚMERO DE TOMAS DE PAPANICOLAOU, POBLACIÓN Y PORCENTAJE DE COBERTURA, REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1980-1996

AÑO	TOMAS DE PAP	POBLACION *	%
1980	80,164	559,398	14.3
1981	108,929	577,957	18.8
1982	153,347	597,054	25.6
1983	156,058	616,650	25.3
1984	166,492	636,751	26.1
1985	192,085	657,298	30.1
1986	194,564	677,521	28.7
1987	197,254	698,134	27.5
1988	206,423	730,834	28.2
1989	216,303	752,414	28.7
1990	233,794	774,302	30.2
1991	237,430	788,470	30.1
1992	217,184	808,355	26.8
1993	245,640	828,713	29.6
1994	246,820	850,000	29.0
1995	280,194	871,226	32.2
1996	267,633	891,423	30.0
1997	137,956	913,085	15.1 P/

* Población femenina mayor de 15 años estimada para la mitad de cada período.

P/ = preliminar

Fuentes: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Si comparamos los porcentajes de cobertura reportados en el Cuadro I y los de los Cuadros II, III y IV, observamos que los porcentajes del Cuadro I, resultan mayores a los brindados por el departamento de estadística del Ministerio de Salud, los cuatro cuadros son generados por el mismo departamento pero el cuadro I se basa en la totalidad de las citologías reportados de los centros donde se realizan las lecturas de Papanicolaous y los

CUADRO II COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD.
AÑO 1995.

REGIÓN DE SALUD	TOMA DE PAP			
	TOTAL	NUEVAS	CONCEN- TRACIÓN	% 1/
TOTAL	146,874	124,211	1.2	14.2
BOCAS DEL TORO	5,884	4,437	1.3	14.2
COCLÉ	6,969	5,632	1.2	9.8
COLÓN	9,313	6,885	1.4	11.6
CHIRIQUÍ 2/	15,505	12,875	1.2	10.0
DARIÉN	4,708	2,179	2.2	15.9
HERRERA 2/	7,017	5,023	1.4	14.9
LOS SANTOS 2/	4,153	2,277	1.8	8.1
PANAMÁ	73,458	68,903	1.1	15.6
ESTE	3,344	3,274	1.0	12.7
OESTE 2/	16,438	15,684	1.0	20.5
METROPOLITANA 2/	34,846	32,721	1.1	16.4
SAN MIGUELITO 2/	18,830	17,224	1.1	12.3
VERAGUAS	15,730	13,214	1.2	20.9
SAN BLAS	4,137	2,786	1.5	22.9

1/ Cálculo por cada 100 mujeres de 15 y más años

2/ No incluye establecimientos de la Caja de Seguro Social

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud,
Ministerio de Salud.

**CUADRO III COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD.
AÑO 1996.**

REGIÓN DE SALUD	TOMA DE PAP			
	TOTAL	NUEVAS	CONCENTRACIÓN..	% 1/
TOTAL	187,442	150,959	1.2	16.9
BOCAS DEL TORO	3,716	2,558	1,4	8.4
COCLE	11,606	9,216	1,2	15.7
COLÓN	7,936	5,541	1,4	9.2
CHIRIQUÍ	27,559	22,825	1.2	21.8
DARIÉN	4,116	1,706	2.4	11.8
HERRERA	9,930	7,466	1.3	21.8
LOS SANTOS	7,682	4,793	1.5	16.9
PANAMÁ	97,517	83,039	1.2	18.3
ESTE	3,414	2,718	1.2	10.3
OESTE	19,959	18,257	1.1	23.1
METROPOLITANA	48,395	41,188	1.2	20.2
SAN MIGUELITO	25,749	20,876	1.2	14.3
VERAGUAS	14,182	11,547	1.2	18.4
SAN BLAS	3,198	2,268	1.4	18.3

1/ Cálculo por cada 100 mujeres de 15 y más años

2/ No incluye establecimientos de la Caja de Seguro Social

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud,
Ministerio de Salud.

Población de 15 años y más: 891.423 (33.3%)

CUADRO IV COBERTURA Y CONCENTRACIÓN DE TOMA DE PAPANICOLAU
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD.
AÑO 1997

REGIÓN DE SALUD	TOMA DE PAP			
	TOTAL	NUEVAS	CONCENTRACIÓN	% 1/
TOTAL	137,956	113,339	1.2	12.4
BOCAS DEL TORO	4,289	2,657	1.6	7.7
COCLE 2/	7,836	6,010	1.3	10.0
COLÓN	10,845	8,966	1.2	14.6
CHIRIQUÍ 2/	19,999	16,698	1.2	12.3
DARIÉN	4,147	2,505	1.6	16.5
HERRERA 2/	6,882	5,176	1.3	14.9
LOS SANTOS 2/	4,055	2,128	1.9	7.5
PANAMÁ	66,605	58,344	1.1	12.5
ESTE	3,944	3,129	1.3	11.3
OESTE	17,416	16,306	1.3	20.1
METROPOLITANA 2/	19,356	18,081	1.1	8.7
SAN MIGUELITO 2/	25,889	20,828	1.2	13.9
VERAGUAS 2/	9,875	8,043	1.2	12.4
SAN BLAS	3,423	2,812	1.4	22.2

1/ Cálculo por cada 100 mujeres de 15 y más años

2/ No incluye establecimientos de la Caja de Seguro Social

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud,
Ministerio de Salud.

Otros tres se basan en los informes recibidos de las diferentes regiones de salud del país, sobre el número de citologías realizadas (tomadas) por los diferentes niveles de salud en dichas regiones. Es necesario mencionar que este tipo de discrepancias se deben aclarar ya que las cifras estadísticas publicadas o brindadas en salud son utilizadas como referencias por propios y extraños. De cualquier forma las coberturas en uno u otros son bajas y reflejan un real problema de coberturas.

Los datos oficiales dados por el Ministerio de salud sobre coberturas de tomas de Papanicolaou para la región de Salud de Panamá Este de 1995 a 1997 se calcularon en 12.7%, 10.3%, y 11.3%, muy por debajo del promedio de la República.

En la Región de Salud de Panamá Este, existen 40 instalaciones de salud, un Hospital y una policlínica que responden a la caja de Seguro Social, nueve centros de salud que responden al Ministerio de Salud y 29 Puestos de Salud, para atender a la población de los distritos de Chepo, Chimán, Balboa y a los corregimientos de Cerro Azul, San Martín, y una parte del de Pacora. Estos dos últimos pertenecen al distrito de Panamá y Cerro Azul al de San Miguelito (la población estimada para 1999 es de 60,512 habitantes). La atención que se brinda es Integrada, o sea en todas se atienden personas aseguradas y no aseguradas sin negarles el derecho a la atención. Al asegurado no se le cobra en ninguna de las instalaciones de nuestra región, al no asegurado se le cobra 50 centavos la consulta médica, en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, y los medicamentos se le brindan a precios simbólicos. La atención por Programas de Salud es totalmente gratuita, o sea que la toma y el proceso de un Papanicolaou es gratis en todas las instalaciones de la región y del país.

Hasta noviembre de 1997, la instalación más cercana, para la atención a la comunidad de Chepo cabecera, era el Hospital Regional. En esa fecha se inaugura el Centro de Salud de Chepo, e inicia su atención al público en enero de 1998. Esto viene a resolver la dificultad que pudiera haber existido entre la población no asegurada de utilizar o no el Hospital, ya que los centros de salud son de atención abierta a todos.

En la Región se atiende a una población estimada al 1 de julio de 1998, de 56,143 personas de las que el 48.6 % son mujeres. No se cuenta con un citotecnólogo, (la norma dice que se necesita el procesamiento de 10,000 pruebas por año para cada uno, sin ser necesariamente la condición para que se cuente o no con uno, en una región), por lo que es necesario referir las muestras tomadas, tanto en las instalaciones del Ministerio de Salud como las tomadas en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, al Hospital Santo Tomás, ANCEC (Asociación Nacional Contra el Cáncer) o a APLAFA, cosa que dificulta en parte la actividad.

En la Región, han fallecido a causa de este cáncer, dos en 1995, dos en 1996, una en 1997 y dos en 1998. Desde 1996 hasta 1998 se han presentado muertes procedentes de Chepo cabecera para cada año. La tasa de mortalidad específica para el cáncer cérvico uterino en 1996 fue 21.2, para 1997 fue de 20.3 y en 1998 fue de 20.1 por 100 mil mujeres. En la república, para 1994 y 1995 las tasas fueron de 7.5 y 7.6 por 100 mil mujeres en 1966 la tasa fue de 8.7 por 100 mil mujeres. Según las cifras registradas en los pasados años, el riesgo de morir por Cáncer Cérvico Uterino, en Chepo es, tres veces mayor que el de la República.

Si usamos como denominador sólo las mujeres de 15 años y más, dichas tasas se elevan dando tasas ajustadas de 31.3, 32.6 y 30.8 por 100 mil mujeres mayores de 15

años, estimadas a la mitad de periodo, para los tres años (1996-1998). Estas tasas no son tan elevadas pero sí constantes, e importante por tratarse de una comunidad específica. Las tasas ajustadas para el grupo mayor de 15 años en 1966 se calculó en 66.1 y para 1994 y 1995 fue de 73.8 y 76.9.

Con los PAP que se han realizado en 1995 al 1998, se alcanzaron coberturas de 12.7%, 10.3%, 11.3% y 6.8% respectivamente. En el Hospital Regional de Chepo, se han realizado de 1994 a 1997, 916, 1110, 1366 y 1261 tomas de Papanicolaou, cifras en las que se ve claramente que para 1997 disminuyeron en número a pesar de que la población aumentó. (Cuadro V, pág. 18). En 1998 se tomaron 1,170 pero en el centro de Salud de Chepo, se tomaron 466, situación que pudiera explicar la disminución del número de pruebas, pero ya del 96 al 97 se observó una disminución. Región de Salud Panamá Este (1999). Lo cierto es, como nos explican varias enfermeras supervisoras del área, que existe cierta tendencia de los médicos que atienden en la consulta externa, a no realizar estas pruebas, atribuyendo la responsabilidad al equipo de materno-infantil y a los ginecólogos que atienden en dicho Hospital. Actualmente solo cuentan con dos ginecólogos.

Para tener una aproximación a la cobertura real de Papanicolaou en mujeres de la población de Chepo según la instalación a ellas asignadas, se depuraron las citologías según la procedencia de las usuarias. El objetivo era determinar el número de mujeres procedentes de fuera del área, así como cuantificar cuántas de las usuarias del área buscan atención en otras instalaciones.

En 1994 y 1995 se realizaron 2,134 y 3,274 Papanicolaous respectivamente, sin lograr llegar a más del 20% de coberturas. Los datos obtenidos de tomas por grupos de

edad, se desglosan en grupos de < de 15 años, 15-19 años, 20-59 años, y 60 y +años. No pudimos conocer como fue la cobertura en el grupo de 29-29, 30-39, 40-49 y 50-59 años. Información que nos ayudaría a saber cómo se distribuyeron realmente las tomas en especial en las mujeres mayores de 30 años, expuestas a un riesgo mayor. Los grupos de 60 y más, presentaron las cifras más elevadas. (Cuadro VI).

CUADRO V COBERTURAS, POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS Y NÚMERO DE TOMAS DE PAPANICOLAOUS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑOS 1995-1998.

AÑOS	% COBERTURA	POBLACION > 15 AÑOS	TOTAL	
			TOTAL	NUEVAS
1995	12.7	25,744	3344	3274
1996	10.3	26,465	3414	2718
1997	11.3	27,592	3994	3129
1998	6.8	28,385	4376	1933

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Región de Salud.

CUADRO VI NÚMERO DE TOMAS DE PAPANICOLAOU EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE POR GRUPO DE EDAD. AÑOS 1994-1998.

AÑOS	TOTAL		- 15	15-19	20-59	60 Y +
	TOTAL	NUEVAS	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
1994	2520	2134	10	211	2,208	91
1995	3344	3274	11	143	1271	63
1996	3414	2718	19	284	2938	173
1997	3994	3129	15	391	3338	200
1998	4376	1933	25	389	3735	157

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Región de Salud.

Este ejercicio se realizó en las dos instalaciones que prestan servicio en el corregimiento de Chepo Cabecera, tomando los datos directamente de los libros de registro de tomas de Papanicolaou del Hospital Regional y el Centro de Salud de Chepo. (Cuadro VII). Se realizaron 843 tomas de Papanicolaou en mujeres procedentes de este corregimiento. Al calcular el nuevo porcentaje es de 8.3 % utilizando la población estimada de mujeres de 15 años y más en el distrito de Chepo, que es de 10,164. (Cuadro VIII).

CUADRO VII DISTRIBUCIÓN DE PAPANICOLAOUS, TOMADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL Y EL CENTRO DE SALUD DE CHEPO, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. AÑO 1998.

PROCEDENCIA	TOTAL	HOSPITAL REGIONAL DE CHEPO	CENTRO DE SALUD DE CHEPO
TOTAL	2,688	1,156	532
Cañitas	41	29	12
Cerro Azul	3	3	0
Chepo cabecera	843	561	282
Chimán	14	8	6
Chinina	4	2	2
Darién	14	12	2
Desconocido	116	98	18
El Llano	95	62	33
Las Margaritas	100	65	35
Pacora	174	116	58
Panamá (resto de prov.)	211	149	62
San Martín	63	49	14
San Miguelito	10	2	8

Fuente: Libros de registro de toma de PAP del Hospital y el Centro de Salud de Chepo.

En el ejercicio logramos contar las tomas por grupos de edades y llegamos a la conclusión que el 75 por ciento de todas las pruebas se realizaron a mujeres menores de 40 años.

Indagamos con las autoridades del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social para tratar de conocer los costos en los que se incurre para lograr desarrollar el programa y no pudimos encontrar la información.

CUADRO VIII NÚMERO DE MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE, DISTRITO DE CHEPO Y CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1998.

GRUPO DE EDAD	REG. DE SALUD PANAMÁ ESTE	DISTRITO DE CHEPO	CHEPO CABECERA
TOTAL	19,069	10,164	3,249
15-19	2,528	1,615	454
20-24	2,602	1,483	439
25-29	2,479	1,300	451
30-34	2,168	1,223	397
35-39	1,536	964	314
40-44	1,163	688	201
45-49	1,199	739	239
50-54	1,089	740	236
55-59	743	499	157
60 Y +	1,535	913	361

Población estimada al 1 de julio de 1998

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Región de Salud.

No encontramos estudios sobre costo beneficio del programa ni de la actividad de la toma del Papanicolaou en la República, ni sobre costos por años vida perdido por causa del cáncer cérvico uterino. En México se hizo un estudio para determinar el costo beneficio del programa de toma de Papanicolaou y se encontró que "El costo unitario de operación por citología, obtención, fijación, el traslado al centro de lectura, su tinción e

interpretación y la notificación de resultados se estimó en USD\$ 11.6." HERNÁNDEZ et.al. (1997). Este precio resulta realmente bajo, si tomamos en cuenta que la ganancia en vida potencial de una mujer, no importa a la edad que pudiera morir como consecuencia de este mal, no tiene cálculo estimado para sus familiares y la sociedad. "Tan solo en la Unión Europea, el programa redujo hasta en 70% los años de vida perdidos prematuramente entre las mujeres de 25 a 65 años de edad. El programa resulta costo-efectivo, pues el costo de la detección oportuna y el tratamiento temprano de las alteraciones cervicales equivale, al menos, a la mitad del requerido para tratar el cáncer invasor". Op. Cit.

El proceso ideal cuando se busca introducir una estrategia preventiva en la población en general, es evaluar su eficacia y efectividad mediante ensayos clínicos aleatorios. A la larga los análisis de costo-efectividad o costo beneficio proporcionarían la información que permite juzgar si la estrategia propuesta es más valiosa que otras opciones. Las recomendaciones políticas suelen hacerse antes de conocer por pruebas científicas, que la intervención, no resulta, más dañina que beneficiosa.

Los estudios de casos y controles evalúan el proceso en el plano individual, calidad de prueba, diagnóstico o el tratamiento, pero no llegan a examinar el impacto colectivo de un programa organizado, se necesitan indicadores que examinen coberturas, acatamiento del programa, y las prácticas que se dan para el diagnóstico y tratamientos. Anónimo (1996).

En Panamá no se han realizado estudios sobre las razones que puedan tener las mujeres panameñas para no acudir a realizarse un Papanicolaou, pero somos conscientes de que existen y que deben ser medidos.

Conversando con señoras de la comunidad de Chepo sobre el t3pico, logramos recabar algunos de los motivos o razones que se manejan o a los que les atribuyen el fen3meno, como son:

- No les gusta que les observen sus partes intimas
- Les preocupa que el personal sea de la misma comunidad y comente con otros.
- Temen que les resulte doloroso.
- Que el esposo y la religi3n no lo permitian.
- Hay que cuidar a ni1os menores, con los que es difi3cil acudir al centro de salud o al hospital.

Como estas pueden haber otras m1s. Este estudio pretende explorar estas y algunas otras razones que est3n afectando la toma del Papanicolaou en la comunidad de Chepo cabecera.

El corregimiento de Chepo es el corregimiento m1s grande del distrito en cuanto a densidad de poblaci3n. Seg3n el censo de 1990 cuenta con 48 localidades habitadas con un total de 2,083 viviendas de las cuales el 64.4% (13,429) se encontraban en la cabecera del corregimiento. La poblaci3n era de 8,971 habitantes, con el 66.4% (5,959) concentrada en la cabecera de corregimiento, como podemos observar la mayor parte de las viviendas y la poblaci3n se encuentran concentradas en la cabecera del corregimiento, por lo que nos concentraremos en esta 1rea para realizar este estudio.

Cifras actualizadas al presente a1o, recabadas por el equipo del SNEM (Sistema Nacional para la Erradicaci3n de la Malaria), hoy parte del equipo de Salud P3blica nos brindan las siguientes cifras, 11 localidades, 25 conglomerados, 122 manzanas, 2,898 viviendas, 236 lotes bald3os y 15,134 habitantes.

II. OBJETIVO GENERAL

Identificar algunos factores de riesgo seleccionados en las mujeres mayores de 30 años, que afectan la toma del Papanicolaou, en Chepo cabecera.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si algunos factores socioculturales influyen en las mujeres mayores de 30 años de Chepo, para tomarse o no un Papanicolaou.
2. Conocer algunos factores de la oferta para la toma del Papanicolaou en los servicios de salud de Chepo que afectan esta toma en las mujeres mayores de 30 años en esa área.

IV. PROPÓSITO

Señalar algunas características que afectan el realizarse el Papanicolaou en las mujeres mayores de 30 años residentes de Chepo cabecera, para propiciar una intervención por parte del equipo de salud, sobre dichas características, que ayude a mejorar las coberturas existentes.

Brindar al equipo de salud una herramienta que contribuya mejorar su actividad diaria en la promoción de la toma de Papanicolaou con bases en la realidad sentida por la mujer.

Ser un vehículo de estímulo para que se realicen investigaciones de este tipo en otras comunidades y en el ámbito nacional y así contribuir con la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y con la disminución de las tasas mortalidad por este cáncer.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 EL PAPANICOLAOU

(a) Historia de la citología (Papanicolaou)

La citología va de manos con la historia de la lucha contra el cáncer. De hecho es el cáncer, sus precursores, y la motivación, los que hacen que los investigadores se preocupen por conocer los cambios que se dan en las células alteradas, siempre con el afán de poder encontrar sus orígenes, su explicación y su posible control o cura. El cáncer cérvico uterino es uno más de los tumores que afectan al ser humano, restándoles años de vida productiva por su aparición, en muchas ocasiones en forma temprana, atacando a jóvenes y viejas, a ricos y pobres sin importar condición social o religión. Se conoce de su existencia desde los primeros tiempos de la medicina.

Desde 1550 a.c. se mencionan los tumores en los papiros de Ebers. En 460 a.c. Hipócrates ya habla de ellos y su tratamiento. En 131 Galeno escribe un tratado sobre tumores y en 1517 Ambrosio Paré los describe semejándolos a un Cangrejo. En el siglo XIX, Virchow, Thiersch y Remak estudian la histopatología de los tumores malignos. A inicio de este siglo se dan las primeras conferencias organizadas sobre el tema. La primera reunión de médicos e investigadores dedicados al cáncer fue en la ciudad de Heidelberg en 1906, la segunda en París y la tercera en Bruselas en 1913. En 1913 se funda en Estados Unidos la Sociedad Americana para el control del Cáncer. En 1933 se reúne en París el primer Congreso del Cáncer, y surge de allí la conformación de la

Unión Internacional Contra el Cáncer (U.I.C.C.) ya para entonces se conocía sobre la existencia de la citología como una alternativa de detección de anomalías en las células descamadas hacia la vagina de la mujer. Avilés (1981).

Hacia 1920, en Alemania, Von Franqué planteó que el cáncer cérvico uterino no surgía totalmente desarrollado, sino que iniciaba como una lesión precursora con un período de crecimiento variable. Se asigna a Heiselmann el estudio de las lesiones cervicales, este esperaba descubrir un foco muy pequeño de cáncer, pero a simple vista le era imposible, por lo que en 1925 inventa el colposcopio para facilitar la observación y logra observar algunos precursores de este cáncer. De Gracia. (1997).

Cronológicamente la primera publicación sobre el método y el valor de la citología en el diagnóstico del cáncer de cérvix la realizó el patólogo rumano Doctor Aurel A. Babés. En su artículo *Diagnosis of Cancer of the Uterine Cervix by Smears*, publicada en "La Press Médicale", publicado el miércoles, abril 11, 1928 (36:451-454), el doctor Babés describe hallazgos histopatológicos de las células recogidas de las lesiones cancerosas de veinte de sus pacientes con cáncer cérvico uterino. "La descripción de los cambios citológicos observados" entonces "es marcadamente completa y difícilmente se pueden mejorar hoy día" (Douglas 1967 En: Daniels, 1928).

Otros nombres como |Ordorico Viana, Dejean, Scalabrino, Favilli también son asociados con el trabajo de lograr detectar precozmente este cáncer realizando estudios sobre los cambios histológicos de áreas en y cerca de la lesión cancerosa y utilizando tinciones de Giemsa y Maygrunwald para mejorar las observaciones. (Douglas 1970 En: La clínica obstétrica. 1928).

En América, George N. Papanicolaou, médico nacido en Courmi, Grecia en 1883, quien llega a este continente en 1913 y siendo asistente de Charles Stocard en el Colegio Médico de Cornell, estudiando los cromosomas y su determinación sexual, observa entonces, los cambios citológicos que ocurrían en las descargas vaginales de las cerdas de guinea en los ciclos ovárico uterinos, aplica sus conocimientos en la mujer.

Observando las diferencias de las células vaginales durante los diferentes periodos del ciclo, el 1923 descubre que la mujer con cáncer uterino presentaba células anormales visibles, deformadas y con el núcleo hipercrómico. En esos años la comunidad científica no le brindó importancia al hallazgo de Dr. Papanicolaou, considerando que no había nada que sumar a lo ya conocido sobre el diagnóstico del cáncer cérvico uterino. ASCP (1998).

Es en 1939 Herbert F. Trout, ginecólogo, se une al doctor Papanicolaou y en 1943 publican el libro: Diagnóstico del cáncer uterino por medio de la citología vaginal. En él demostraron como la lesión podía ser detectada desde su fase pre-invasora, cuando era posible brindar un manejo oportuno. Se establece entonces el sistema simple de clasificación del Papanicolaou, de I al V.

El Papanicolaou o PAP, como desde entonces se reconoció mundialmente a la citología exfoliativa, se convirtió en una prueba de detección temprana aceptada y utilizada, logrando colocar esta mortal enfermedad del primero al tercer lugar como forma mortal para los años 60. Esta técnica no se mantuvo solo para la determinación de patología cérvico uterina, sino que se extendió a los aparatos respiratorios, urinarios y gastrointestinales. Op.Cit.

En 1953, Reagan introduce el concepto de “displasia” como patrón descriptivo en la clasificación del Papanicolaou, y en 1967, Richard propone la denominación de “neoplasia intraepitelial cervical” (NIC), para este estudio. En 1988, se adopta una nueva clasificación que se conoce como Sistema Bethesda. Op.Cit.

Otro pionero de la citología para la detección del este cáncer es el checoslovaco George Weid, contribuyó con la citopatología construyendo una nueva tecnología a través de sistemas computarizados, es el creador de los “thinpap o monolayer”o preparación delgada, monolaminar de células epiteliales. Cytopathnet. (1998).

(b) Clasificación del Papanicolaou

Como ya mencionamos en 1953, Reagan introduce el concepto de “displasia” como patrón descriptivo en la clasificación del Papanicolaou, mejorando así la inespecificidad de la clasificación original. En 1967, Richard populariza la teoría de un espectro de la enfermedad que va desde la displasia hasta el cáncer invasor y propone la denominación de “neoplasia intraepitelial cervical” (NIC), para este estudio.

En 1988, en un esfuerzo por estandarizar el manejo del cáncer cérvico uterino, en la ciudad de Bethesda, la sociedad Americana de Cáncer (ACS), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la Asociación Médica Americana (AMA) y el instituto Nacional del Cáncer (NIC) adoptan una nueva clasificación que se conoce como Sistema Bethesda, es desarrollado para reflejar los avances que se habían dado en el conocimiento sobre él y su correlación con la terminología histológica. El Cuadro IX resume la comparación entre las diferentes clasificaciones que se han presentado para el informe citológico del Papanicolaou.

CUADRO IX CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES QUE SE HAN PRESENTADO PARA EL INFORME CITOLÓGICO DEL PAPANICOLAOU.

ORIGINAL	DESCRIPTIVA	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL AL CERVICAL	SISTEMA BETHESDA
Clase I Benigna	Negativo por células malignas		Negativo por células malignas, dentro de los límites normales (WNL) o cambios celulares asociados con infección/inflamación o Células atípicas de significado indeterminado (ASCUS) o Células atípicas con cambios producidos por IVPH/LIEBG ó LIEBG (LSIL)
Clase II Benigna atípica	Negativo por células malignas con inflamación específica/atrófica y/o inflamación inespecífica y/o IVPH		
Clase III sospechosa	Alteraciones displásicas leve o moderada o severa, con ó sin IVPH	NIC I NIC II NIC III	LIEAG (HSIL) LIEAG LIEAG
Clase IV altamente sospechosa	Cáncer in situ	NIC III	
Clase V conchuyente	Cáncer invasor o Adenocarcinoma		Carcinoma
LIEBG	Lesión Intraepitelial de Bajo Grado.		
LIAG	Lesión Intraepitelial de Alto Grado.		
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical.		
WNL	del inglés Negative or Within Normal Limits (Negativo o dentro de límites normales).		
ASCUS	del inglés Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (Células escamosas atípicas o indeterminadas).		
LSIL	del inglés Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions (Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado).		
HSIL	del inglés High Squamous Intraepithelial Lesions (Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado).		

(c) El Papanicolaou en Panamá

En Panamá, "Aunque desde 1939 ya contaba el Hospital Santo Tomás con el instituto Radiológico Juan Demóstenes Arosemena, que se dedicaba al tratamiento de neoplasias malignas, no existía el ambiente oncológico necesario para hablar de

“diagnósticos precoces”. Allí acudían pacientes con resultados generalmente malos”. En los años 50 a 60, con un 73.8% del total de las neoplasias malignas en la mujer y el 34% de los de ambos sexos, el cáncer cérvico uterino es presentado a las autoridades como un “grave y complejo problema de salud pública”. Rojas (1986)

CUADRO X NÚMERO DE TOMAS DE CITOLOGÍAS, SEGÚN LUGAR DE LECTURA DEL PAPANICOLAOU. AÑOS 1992-1996.

REGIÓN DE SALUD/HOSPITALES	1992	1993	1994	1995	1996
REPÚBLICA	217,184	245,640	246,820	280,194	267,633
BOCAS DEL TORO	5,542	6,110	7,182	7,920	10,047
COCLÉ	8,323	9,640	5,286	10,091	7,244
COLÓN	10,748	12,208	12,490	12,294	14,322
CHIRIQUÍ	26,158	22,604	22,641	27,534	23,608
AZUERO	10,068	13,715	9,286	7,017	8,427
PANAMÁ OESTE	12,939	14,400	15,643	15,985	16,772
HOSPITAL SANTO TOMÁS	48,575	73,189	78,884	88,381	80,236
HOSPITAL ONCOLÓGICO	23,948	20,784	20,384	25,999	23,167
CAJA DEL SEGURO SOCIAL	57,421	58,636	61,080	69,236	71,228
VERAGUAS	13,462	14,354	13,944	15,730	12,582

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud.

En 1960 se funda la Liga Contra el Cáncer. En marzo 1965 se funda la Asociación Nacional para al Prevención del Cáncer en la Mujer (A.N.P.C.A.M.), ésta en poco tiempo logra fundar clínicas de detección precoz del cáncer. El 29 de noviembre de 1966 se creó la Campaña Nacional Contra el Cáncer y el decreto 759 la hace dependencia del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. En 1968 se crea el primer curso de formación de Citotecnólogos, que duró un año; en la actualidad se están formando 19 nuevos profesionales.

Hoy contamos con centros de diagnósticos citológicos en Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Azuero, Panamá Oeste. Hospital Santo Tomás, Hospital Oncológico,

Caja del Seguro Social y Veraguas, los cuales en total realizan lecturas por encima de las 250,000 placas por año. (Cuadro X).

(d) La prueba de Papanicolaou

La prueba Papanicolaou, es el método más eficaz para detectar a tiempo el cáncer cérvico uterino y tener la oportunidad de ser curada.

La citología con la coloración de Papanicolaou o Papanicolaou a secas permite agregar en la descripción vaginal el nivel estrogénico, que es abundante si hay muchas células con núcleo pequeño. Si hay predominio luteínico abundantes células con núcleos más grandes y si hay carencia de estrógenos, con células de núcleos muy grandes y células pequeñas.

Las normas panameñas sobre la materia contemplaba que debía hacerse esta prueba una vez al año a partir de los 15 años de edad con examen ginecológico si ha iniciado relaciones sexuales. En caso de obtener un frotis sospechoso debe repetirse a los seis meses. Aún si se le ha realizado histerectomía (extirpación de matriz) o esta en la menopausia, debe seguirse haciendo la prueba Papanicolaou. Las nuevas "Normas Integrales para la Población el Ambiente", que se están implementando en el ámbito nacional, y en Panamá Este, desde 1999 contempla su inicio a partir de los 20 años. Para el grupo de quince años, con vida sexual activa, no se explicita la realización del mismo. En el capítulo V, acápite A, para el universo de las adolescentes de 10 a 19 años, padres y madres de familia se indica la atención de la morbilidad obstétrica y ginecológica.

Si se detecta alguna anormalidad, el médico debe tomar una biopsia para saber si existe la presencia de células cancerosas. Una vez detectado el cáncer uterino, se deben

hacer varias pruebas para determinar si el tumor se encuentra localizado en el cuello uterino o se ha diseminado a otras partes del cuerpo (éste proceso se conoce como clasificación por etapas, necesario para planificar el tratamiento y lo trataremos más adelante).

La técnica: el procedimiento NO DUELE

En posición ginecológica, antes de cualquier otro procedimiento o exploración, se coloca un espejo vaginal SIN LUBRICANTE ya que éste puede interferir con el estudio de las células. La toma se hace de 3 sitios diferentes:

- porción externa del cuello
- porción interna del cuello
- parte superior y lateral de la vagina.

FIGURA I TOMA DEL PAPANICOLAOU



Lo importante es la toma de la unión escamosa columnar (ectocervix). La presencia de células del endocervix asegura que se tomó una muestra de éste, lo que es importante en pacientes menopáusicas, cuando la unión escamo columnar se internaliza. - para

recoger las células se utilizan instrumentos muy sencillos; desde espátulas de madera, (tipo Ayre), hisopos, cepillos milimétricos o espirales plásticas que suavemente recogen las células.

- En un trabajo realizado en la población mexicana en más de 9,000 casos, los investigadores reportaron que los mejores resultados se obtienen con estos cepillos y espirales. Di Castro (1996).

- ocasionalmente después de la toma puede presentarse un ligero sangrado, que cede en forma espontánea

- las células recogidas deben extenderse cuidadosamente para que se adhieran sobre un delgado vidrio, llamado laminilla o portaobjeto

- de inmediato, antes que el extendido empiece a secarse, el portaobjeto se sumerge en alcohol al 70% o se rocía con algunos líquidos especiales, llamados en conjunto, fijadores, ya que evitan la destrucción normal de las células cuando son separadas de nuestro organismo

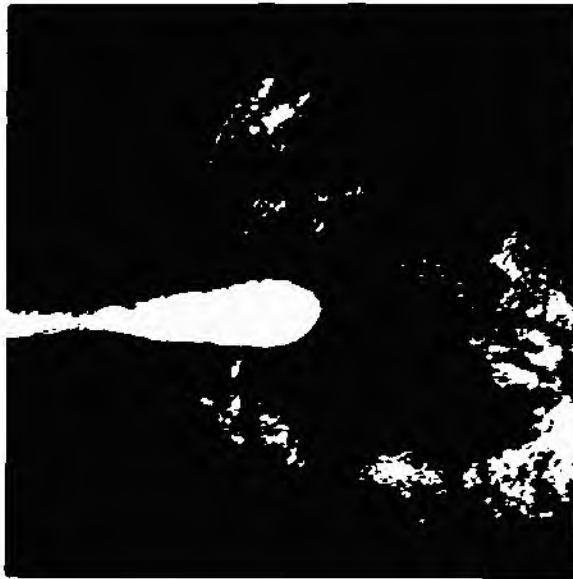
- la laminilla se introduce en un sobre o se envuelve en un papel para su manejo y envío. Es importante que la laminilla o el sobre estén identificados con el nombre de la paciente

- es esencial que la muestra se acompañe de la mayor cantidad de datos clínicos para una correcta y más completa evaluación

- la muestra debe enviarse al laboratorio en un plazo no mayor de una semana.

A continuación presentamos algunas vistas de diferentes instrumentos utilizados para la recolección de muestras para Papanicolaous y el sitio donde debe recolectarse dicha muestra.

FIGURA II INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAOU



Toma de muestra con hisopo con algodón



Toma de muestra con espátula de Ayre



Toma de muestra con espirales plásticas "cytobrush"



Toma de muestra con cepillos milimétricos "cervex-brush"

Tomado de Schuman J, O'Connor D M, Covell J L, Greening S E. Pap Smear Collection Devices. Diagn Cytopathol 1992; 5:492-503

Presentamos parte del contenido de la norma más reciente a la que tuvimos acceso.

**NORMAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO
Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRE-INVASORAS DEL CUELLO UTERINO.**

**Capítulo IV. ACTIVIDADES DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO
UTERINO (CaCu) MEDIANTE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.**

La detección del cáncer cérvico uterino consiste en la realización de exámenes clínicos ginecológicos la toma de muestra de citología exfoliativa (PAP) a la población femenina, en busca de lesiones neoplásica cervicales asintomáticas en fase de displasia (NIC) y CaCu EO.

La detección debe realizarse especialmente a la población de mayor riesgo con una periodicidad anual.

La cobertura óptima debe ser igual o superior al 80% de la población en riesgo de 15 años y más. Las evidencias citológicas de las lesiones pre-invasoras que se obtienen mediante el examen de citología exfoliativa, deben confirmarse mediante estudios histopatológicos, usando el colposcopio para la realización de la biopsia dirigida en aquellas instituciones donde se cuente con el recurso.

Toda paciente detectada o con diagnóstico histopatológico confirmado de NIC debe ser referida a Unidades de Patología Cervical y Colposcopia para su tratamiento y seguimiento, o a los Hospitales con Servicio de Ginecología, si necesita tratamiento quirúrgico.

Las muestras de citología exfoliativa se obtendrán en su mayoría en el primer nivel de atención de las Instituciones de Salud, integradas a las actividades habituales de los Programas Maternales y de Salud de Adulto. También en campañas, especialmente en

comunidades apartadas. Se debe exigir el resultado de esta prueba a toda mujer objeto de cualquier tipo de atención en las instalaciones de salud, incluyendo las hospitalizaciones.

Deberá establecerse un sistema de coordinación con los servicios de Patología Cervical y Colposcopia que garanticen un buen seguimiento de los casos con citología anormal (PVH-NIC-CaCu) en donde se hará el examen colposcópico y se decidirá la conducta a seguir.

Cada citotecnólogo es responsable de la lectura de un promedio de 50 placas de Papanicolaou por día, para un total de 10,000 citologías exfoliativas por año.

Los citotecnólogos trabajan bajo la jefatura de un patólogo quien los supervisará, habrá estrecha coordinación y colaboración con el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

Las pacientes que presentan cuadros clínicos anormales que sugieren la existencia de un cáncer de cuello uterino (sangrado post coito o intermenstrual, lesión cervical sospechosa o tumor visible), deben ser referidas de inmediato a la Unidad de Patología Cervical porque el carcinoma invasor puede dar lugar a citologías con resultados falsos negativos (detritus, citólisis, hematíes).

Cualquiera que sea el resultado de la citología, si clínicamente hay sospechas fundadas en CaCu, debe prevalecer el criterio clínico para determinar la conducta a seguir. Tómese la biopsia y de no existir el recurso, referir a las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.

A. TOMA DE PAPANICOLAOU:

1. MATERIAL Y EQUIPO ESPECIFICO:

1.1. Porta Objeto

- 1.2. Espátula de madera (Ayre, cepillo endocervical)
 - 1.3. Fijador aerosol (citospray), alcohol etílico al 95%. En caso de no contar con los fijadores anotados, se sugiere como alternativa fijador de cabello sin laca y sin olor, previa consulta con personal especializado de los laboratorios de citología .
 - 1.4. Guantes
 - 1.5. Espéculo
 - 1.6. Lápiz de cera o marcador especial (edding 3,000)
 - 1.7. Cajillas para portar las placas fijadas con aerosol.
 - 1.8. Tarjetas para la prevención del cáncer cérvico uterino (C.G.1)
 - 1.9. Formularios de solicitud de citodiagnóstico (C.G.2)
 - 1.10. Formularios de control de citodiagnóstico (C.G.3)
 - 1.11. Cuaderno especial para el registro de la placa.
2. IDENTIFICACIÓN DE LA LAMINA (PORTA OBJETO)
- La placa será identificada con el mismo número de la historia clínica de la paciente, seguro social o cédula de identidad personal. Esta identificación se hará a lápiz de cera o marcador especial, directamente sobre el porta-objeto. Deberá evitarse el uso de esparadrapo para la identificación.
3. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA PARA TOMAR LA MUESTRA.
- 3.1. Instruya a la paciente sobre el examen que se le realizará.
 - 3.2. Coloque a la paciente en posición ginecológica (debe orinar antes del examen).
 - 3.3. Introduzca el espéculo sin lubricar y visualice el cuello.
 - 3.4. En caso de vaginitis atrófica o muy poca lubricación, moje un poco la punta del espéculo con solución salina normal o agua corriente.

- 3.5. Para recoger la muestra use espátula de Ayre, de Rubios o depresor de lengua, citobrush y cuando no se dispone de estos materiales use hisopo de algodón.
- 3.6. Recójase la muestra de la unión escamosa columnar (ectocérvix) y fondo de saco vaginal posterior.
- 3.7. El raspado se hará con un movimiento giratorio 360° alrededor del orificio cervical que será mezclado con la muestra del fondo de saco vaginal posterior.
- 3.8. Cuando existe un "ectropión" y que es a ese nivel que se debe tomar la muestra usando la parte roma de la espátula.
- 3.9. El material obtenido se depositará en el porta-objeto limpio, previamente rotulado. Se distribuirá de manera uniforme y fina con la misma espátula o depresor.
- 3.10. Debe fijarse inmediatamente con un fijador adecuado. Es de importancia fijar el extendido cérvico-vaginal en el menor tiempo posible a fin de evitar que se seque el material para estudio citopatológico y no permita realizar el examen microscópico.
- 3.11. Si no hay spray se colocará la lámina en un frasco que contenga alcohol etílico al 95%; el alcohol debe quedar por encima del extendido. En el borde de las laminillas se colocará un "clip" para evitar que se adhieran unas a otras. Estos frascos deben transportarse cerrados. Los frotis deben permanecer en el líquido fijador media hora antes y no más de dos semanas. No se deben sacar las placas del líquido fijador, esto lo hará el citotecnólogo en el momento de la tinción. Las concentraciones de alcohol hasta el 90% son pobres medios de fijación; no debe usarse éter como procedimiento de fijación. Debe evitarse los alcoholes que no

sean el etílico, por ejemplo el metílico y el isopropílico, por las deformaciones morfológicas que producen y que impiden ver el detalle nuclear de las células exfoliadas que se analizan. Esta característica, de los núcleos es muy importante para determinar si una célula es normal, inflamatoria, displásica o maligna.

B. ENVIO DE LAS MUESTRAS DE PAPANICOLAOU A LOS LABORATORIOS DE CITOLOGIA

La institución de salud que toma los Papanicolaou, enviará las muestras debidamente fijadas y embaladas al laboratorio de citología en un tiempo no mayor de dos días, acompañadas de los correspondientes formularios de Solicitud de Citodiagnóstico (C.G.2), con el cuaderno especial para registro de las placas enviadas. Las instituciones de Salud de zonas lejanas podrán enviar las muestras cada semana.

C. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE PAPANICOLAOU Y SU INTERPRETACIÓN

La clasificación utilizada en el informe de la prueba de PAP, es la recomendada por la OPS/OMS en el manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer del Cuello Uterino (Manual Científico N° 284, del año 1972). Algunos Ejemplos son:

Muestra negativa por células malignas.

Lesiones inflamatorias específicas o inespecíficas.

Diagnóstico citológico compatible con displasia leve, moderada o severa (NIC I, II, III).

Diagnóstico citológico compatible con carcinoma insitu.

Diagnóstico citológico compatible con carcinoma invasor (epidermoide o adenocarcinoma).

Diagnóstico citológico compatible con células neoplásicas de otro origen.

D. RECIBO DEL RESULTADO DE LA MUESTRA

El laboratorio de citología devolverá en un tiempo no mayor de una semana el resultado del Papanicolaou, (C.G.2) el cual se transcribirá a la tarjeta de control de citas para toma de PAP (C.G.3). El formulario (C.G.2) se archivará en la Historia Clínica de la paciente.

En los casos de frotis inadecuados, el PAP deberá repetirse lo antes posible."

La época para hacer el Papanicolaou: Con respecto al momento de la toma, tenemos que durante el ciclo menstrual de la mujer, la mucosa cérvico vaginal sufre cambios que permite tener idea del nivel de maduración celular y el estado hormonal en que se encuentra. Una mujer en edad fértil va a tener 40% de células intermedias y 60% de células en fase de pre ovulación. En la fase post ovulatoria el porcentaje será inverso, el estudio del comportamiento de estas células permite establecer la diferencia entre la normalidad y la normalidad de las mismas, por esto el Papanicolaou es más adecuado cuando el examen se lo hace entre el periodo menstrual o periodo fértil Lázaro (1998). Es importante no tener o haber realizado el coito ó haber usado alguna medicina vaginal, lubricantes, duchas o productos anticonceptivos 48 horas antes de la toma.

Sobre la edad de inicio entre cada prueba tenemos que la mayoría de los ginecólogos recomiendan que el Papanicolaou se debe hacer anualmente, empezando a la edad de los

18 años, ó antes si las pacientes están sexualmente activas, en Panamá se inicia a los 15 años o antes en igual circunstancias.

Existen tremendas controversias sobre la periodicidad de la toma. En 1982 el comité Walton, en Canadá, propuso que debía tomarse anualmente a toda mujer entre 18 y 35 años y cada 5 años entre los 35 y 60 y que luego de los 60 ya no era necesario. En Estados Unidos, en 1972 se recomendó el frotis cada año a todas las mujeres mayores de 20 años y en aquellas menores de 20 con factores de riesgo. En 1980 se propuso que luego de dos resultados negativos consecutivos la frecuencia de la toma se alargue a cada tres años hasta los 65 años y discontinuarse después. Finalmente en el sistema Bethesda, se propuso que se inicie a los 18 años o antes si se inicia vida sexual, se repita cada año y luego de tres frotis normal se realice con menos frecuencia a criterio médico. De Gracia (1997).

La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination recomienda que la realización de la prueba de Papanicolaou se inicie con la actividad sexual o a partir de los 18 años, con una periodicidad de 3 años hasta los 35 años y cada 5 años hasta los 75. La U. S. Preventive Services Task Force recomienda la realización de esta prueba desde el inicio de la actividad sexual o a partir de los 18 años y hasta los 65, con una periodicidad de 1 a 3 años en función del perfil de riesgo. Gálvez 1998 en PAPPS-semFYC.

“Existe una clara evidencia que demuestra la mayor eficiencia que se logra entre mayor sea la cobertura del Papanicolaou; por ejemplo, aunque el número total de tomas sea igual cuando se examinan 10,000 mujeres una vez, el efecto es mejor cuando se examinan 100 mujeres 10 veces. Contando con los recursos adecuados, idealmente, la

citología debería iniciarse a la edad de 20-25 años y dado un resultado negativo continuar con los exámenes de control cada tres años hasta la edad de 60 años." OPS (1990).

El cuadro XI nos muestra como las tasas acumuladas de incidencia de cáncer cérvico uterino no disminuyen significativamente si el Papanicolaou se toma cada 2 años o si se hiciera cada 3, siendo la diferencia 93.3 a 91.4, sin embargo el número de Papanicolaou que se tendía que hacer cada mujer en el período de 35-64 años sería el 50% y el 33% menos, lo que reduciría el costo sustancialmente.

Cuando la frecuencia de los exámenes se redujo a cada tres años, el beneficio disminuyó ligeramente, pero se ocupó solamente una tercera parte de los recursos y la reducción porcentual de las tasas de incidencia no cambia mucho si la frecuencia del examen se reduce y el trabajo se concentra en mujeres de mayor edad. La mayor parte del beneficio se obtiene cuando las pruebas se practican en mujeres de 35 años y más, después de esa edad se produce un aumento en la incidencia del cáncer y es en esa edad en que las mujeres suelen abandonar el programa de detección porque salen del período en que acuden a los servicios materno infantil. Miller (1996).

CUADRO XI REDUCCIÓN CALCULADA DE LA INCIDENCIA ACUMULADA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO INVASOR CON DIFERENTES INTERVALOS DE DETECCIÓN, MUJERES DE 35-64 AÑOS.

Intervalo de detección	Porcentaje de reducción de la tasa acumulada**	Número de exámenes citológicos
1 año	93.3	30
2 años	93.3	15
3 años	91.4	10
5 años	83.9	6
10 años	64.2	3

Fuente: Screening for cancer of the uterine cervix. En OPS (1990)

** Asumiendo que la detección sea a la edad de 35 años y que haya tenido la mujer citología previa negativa.

Se observa que el beneficio obtenido al realizar los exámenes a intervalos menores de 3 años es muy pequeño. Los beneficios obtenidos con periodicidad de 5 años son notables, teniendo en cuenta la reducción en número de pruebas necesarias a lo largo de la vida de una mujer. La decisión debe tener en cuenta los recursos disponibles y el grado de prioridad concedido a la intervención, sobre el que pesa la incidencia de la enfermedad en cada población. Gálvez (1998).

Una encuesta reciente conducida en parte por el Instituto Nacional del Cáncer (NIC, por sus siglas en inglés) muestra que las mujeres de 65 años de edad o mayores subestiman enormemente su riesgo de desarrollar cáncer del cuello del útero, desconocen con qué frecuencia se deben hacer el Papanicolaou (prueba Pap), y seguramente no se lo hacen con regularidad. NIC (1998a).

"Estos hallazgos son particularmente preocupantes debido al riesgo continuo de desarrollar cáncer del cuello del útero entre las mujeres mayores", declaró la doctora Diane Solomon, alta funcionaria del Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud. La doctora Solomon citó datos que indican que cerca de un 25 por ciento de los casos de cáncer del cuello del útero y un 41 por ciento de las muertes por cáncer del cuello del útero ocurren en mujeres de 65 años de edad y mayores.

Según la encuesta de "Healthstyle", realizada durante la primavera de 1997 con 1,489 mujeres (384 de las cuales tenían 65 años de edad o más), sólo el 34 por ciento de las mujeres de 65 años de edad o mayores indicó que sabía que a medida que la mujer envejece, su riesgo de desarrollar cáncer del cuello del útero continúa. Además, sólo el 21 por ciento de las mujeres de 65 años de edad o mayores indicó que les preocupaba desarrollar cáncer del cuello del útero.

Los datos relacionados con el cáncer del cuello del útero obtenidos del "National Health Interview Survey" (NHIS), y del "NIH Consensus Statement on Cervical Cancer" han sido similares. Sin embargo, estos datos reflejan la inconsistencia en las recomendaciones sobre los exámenes de detección de cáncer del cuello del útero, dentro de la comunidad médica. Por ejemplo:

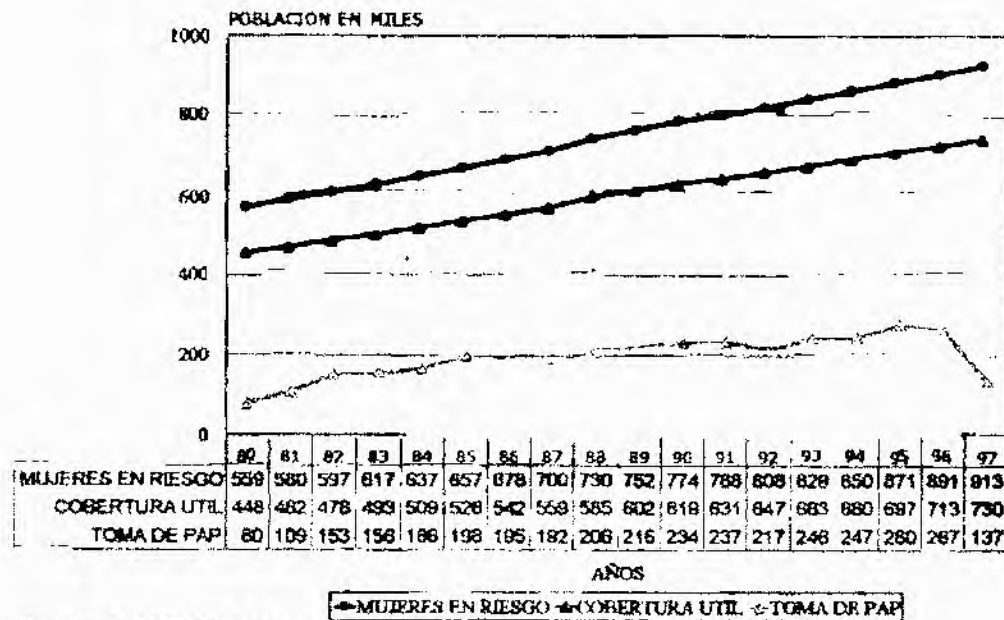
Veintiuno por ciento de las mujeres de 65 años de edad o mayores manifestaron no estar seguras de cuán a menudo deben hacerse el Papanicolaou. Más de la mitad (51 por ciento) de todas las mujeres de 65 años de edad o mayores informaron no haberse hecho un Papanicolaou en los últimos tres años. NIC (1998b). Agregan que de algún modo en medio de todos los consejos de salud diarios que bombardean a las mujeres, necesitamos ampliar nuestros mensajes acerca del cáncer de cuello uterino, no solo recalcar la importancia de los exámenes de detección, sino también la necesidad de hacerse exámenes de seguimiento.

Todo lo referido para el grupo de mujeres mayores de 65 años es aplicable a nuestra población ya que las mujeres panameñas pudieran encontrarse en igual situación. No se sabe a ciencia cierta si la información está llegando a todas, igualmente no podemos estar seguros sobre cuanto saben sobre el Papanicolaou, sobre el cáncer y su tratamiento y si en realidad es suficiente con lo que se hace por parte de los equipos de salud para llegar a ellas. Este es aún, en Panamá, un problema prioritario, que se debe abordar no solo institucionalmente sino por todas aquellas entidades que son capaces de enviar un mensaje de salud y de vida, lo que hace de este, un problema de interés y responsabilidad general. La norma nacional para la toma del Papanicolaou incluye a todas las mujeres que realizan vida sexual activa desde el inicio de la misma hasta el

término de sus vidas pero no estamos llegando a todas las mujeres en el ámbito nacional y tal vez tampoco estamos dando igual oportunidad del acceso a esta prueba a todas las mujeres.

En la figura I podemos observar el comportamiento de las tomas de Papanicolaous con respecto al número de mujeres en riesgo y el resultado de esta intervención esperado, expresado en cobertura útil necesaria, es evidente que en Panamá, nos falta incrementar sustancialmente las acciones o buscar nuevas estrategias para lograr mayores coberturas que nos aseguren la disminución del cáncer cérvico uterino. Las cifras exactas se pueden consultar en el cuadro I, página 11.

FIGURA III POBLACIÓN EN RIESGO, COBERTURA ÚTIL Y TOMAS DE PAPANICOLAOUS. PANAMÁ, AÑOS 1980-1997*



*Tomas de PAP 1997 Cifras Preliminares

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

(e) **Programas y normas de control**

PROGRAMAS

La prueba de Papanicolaou ha estado disponible en la Argentina por más de 30 años, hay pocos programas organizados y centralizados que motiven, impulsen e inviten a la población femenina a someterse a la prueba. En la labor diaria, se realizan por demanda espontánea o por indicación del personal de salud que atiende a la paciente, según criterios personales, de allí que no se disponga de información fidedigna sobre la cobertura. Klimovsky y Matos (1996).

En Perú, aún o se ha podido crear un programa para la detección poblacional del cáncer de cuello uterino. Según un informe del Ministerio de Salud, la atención del aparato reproductor del cuello uterino ha estado vinculada directamente con el embarazo parto y puerperio. La escasez de fondos no ha permitido estructurar un programa en el nivel central y nacional. Midzuaray (1996).

Los siguientes datos han sido tomados del informe del taller centroamericano sobre la detección del cáncer cérvico uterino, celebrado en noviembre de 1995. Miller y Robles (1996).

En Nicaragua, cada año se presentan de 500 a 1000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, pero no hay registros de cáncer. Entre las mujeres atendidas en el centro de salud se encontró una tasa de cobertura con citología de 50%, pero esta se redujo cuando se empezó a cobrar por el frotis. En general, la toma de Papanicolaou es desorganizada y repetitiva. La pobreza constituye una barrera para el tamizaje, más en zonas rurales y la poca asistencia de la mujer de edad avanzada es un problema.

Las actividades de detección en **Panamá**, se realizan principalmente en las Policlinicas, los Centros de Salud. Del total de mujeres a quienes se le toma el Papanicolaou cada año, apenas el 25% son mayores de 24 años. Aunque los médicos han señalado que también se diagnostican casos de cáncer en menores de 25 años, es indispensable reorientar las actividades de detección par cubrir la población en mayor riesgo, mujeres de 30 a 65 años, y adquirir recursos para lograr un mayor grado de concienciación en torno a esta necesidad. El método habitual consiste en hacer un examen anual hasta obtener resultados negativos en un mínimo de tres frotis y exámenes cada 2 años de ahí en adelante. Se determinó, sin embargo, que ello representaba una utilización excesiva de recursos para beneficio de muy pocas mujeres. Por ende es imprescindible educar al público y a los profesionales a fin de vencer la resistencia a hacer las pruebas con menos frecuencia, y velar por la cobertura del grupo de mayor edad. (El texto sobre Panamá, fue copiado completamente). Op. Cit.

Haití no tiene una política nacional para la detección del cáncer cérvico uterino. Para siete millones de habitantes, solo tienen siete citotecnólogos en el sector privado y uno en el público, si cuentan con personal médico par exámenes y colposcopia. Refirieron no poder dar prioridad a éste por tener otros problemas de salud, particularmente infecciosos, además de falta de fondos y escasez de laboratorios de diagnósticos. Los servicios de radioterapia del Instituto Nacional de Cáncer han dejado de funcionar.

En **República Dominicana** las mujeres participan en el tamizaje en edad reproductora, no existe un registro de cáncer y los datos de morbilidad son limitados, sin

embargo hay algunos dispensarios y laboratorios con infraestructura adecuadas para establecer un programa.

En Guatemala la norma actual es hacer la prueba cada año, es un país eminentemente rural, con una población indígena con fuerte resistencia a la prueba de Papanicolaou, hace poco se inició un proyecto de control destinado a informar y ampliar coberturas. Se espera lograr coordinación entre esa zona y la zona metropolitana de la capital.

En Honduras existen grandes barreras culturales y sociales y se necesita el apoyo del estado para lograr programas normalizados de control de la calidad en los laboratorios. Carece de un programa nacional, y está proponiendo dar la responsabilidad a las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).

Entre las conclusiones del taller se coincidió que las mujeres que entran en contacto con los servicios de salud en plena edad reproductora, cuando acuden por planificación, o atención prenatal o infantil, otras tienen altas coberturas en mujeres mayores de 65 años, poco útiles para identificar mujeres en riesgo mayor (35-64 años). Es conveniente tener sistemas de vigilancia para las mujeres con anomalías aparentemente leves. El programa debe tener un informe sobre la capacidad técnica de las instalaciones de tratamiento accesible a la población y que halla un consenso en los protocolos del tratamiento.

Se concluye también que es necesario tener información sobre los conocimientos actitudes y prácticas que prevalecen en determinados medios culturales para lograr que cada grupo o etnia participen en los programas de detección, esto nos trae a otra reflexión, sobre si estaremos llegando en realidad a todas las mujeres panameñas con nuestro mensaje sobre detección primaria del cáncer. En Panamá existen diversas etnias

con manera de comunicación diferentes, y desconocemos si les está llegando el mensaje. Otro comentario es la necesidad de reconocer que el personal de salud forma parte del medio cultural y que tiene ciertas actitudes y creencias en común, por lo que hacen falta programas educativos para propiciar cambios dentro del propio personal encargado de desarrollar o ejecutar las actividades del programa, así como asegurarnos que en la transmisión de los conocimientos no hay desviaciones por creencias o apreciaciones personales.

El siguiente cuadro fue tomado del documento para un proyecto regional en cuidado paliativo del cáncer en Latinoamérica y el Caribe, cuyos objetivos principales eran: que todos los países cuenten con legislación y regulación que garantice a toda persona que lo necesite, acceso a cuidados paliativos; crear el acceso a la morfina en área de atención primaria para el enfermo del cáncer y disminuir la utilización de hospitales y cuartos de urgencias por personas con cáncer avanzado, con la idea de que sirva para como parámetro de comparación del desarrollo de los programas de control de cáncer que existe entre los países de habla hispana, que son comparables con Panamá.

En el se evidencia que en Panamá solo se cuenta con el programa, desarrollado en forma parcial, pues como ya hemos indicado, se limita muchas veces a ser ejecutado dentro del programa materno infantil o por libre demanda en la atención y no por búsqueda activa según la realidad de la necesidad de la mujer panameña.

Lo interesante para este estudio o propuesta es el hecho de que en América se cuenta con las pruebas de detección temprana desde hace más de 30 años y aún muchos de los países de habla hispana, no cuentan con programas establecidos de acuerdo a normas.

CUADRO XII PAÍSES DE HABLA HISPANA EN LAS AMÉRICAS QUE CUENTAN CON PROGRAMAS NACIONALES PARA EL CONTROL DEL CÁNCER Y TRATAMIENTOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO. AÑO 1998.

PAÍS	CON UN PNCC* DE ACUERDO A OMS	EL PNCC INCLUYE TRATAMIENTO PALIATIVO	INICIATIVA PRIVADA PARA TRATAMIENTO PALIATIVO
ARGENTINA	SÍ	NO	SÍ
BOLIVIA	PARCIAL	NO	SÍ
CHILE	SÍ	SÍ	SÍ
COLOMBIA	NO	SÍ	SÍ
COSTA RICA	SÍ	SÍ	NO
CUBA	SÍ	SÍ	NO
REPÚBLICA DOMINICANA	NO	SÍ	NO
ECUADOR	NO	NO	SÍ
GUATEMALA	NO	NO	SÍ
HONDURAS	SÍ	NO	SÍ
NICARAGUA	NO	NO	SÍ
MÉXICO	NO	SÍ	SÍ
PANAMÁ	PARCIAL	NO	NO
PARAGUAY	SÍ	SÍ	NO
PARÚ	PERU	EN PROYECTO	NO
SALVADOR	NO	NO	NO
URUGUAY	PARCIAL	NO	NO
VENEZUELA	SÍ	NO	SÍ

*(PNCC) Programa Nacional para el control del cáncer de acuerdo a las normas de la organización mundial para la salud,

Fuente: OMS, 1998. Framework for a regional project on cancer palliative care in LatinAmerica and the Caribbean.

NORMAS

La Organización Panamericana de la Salud, dentro de su serie PALTEX (Programa Ampliado de Libros de Textos y Materiales de Instrucción), editado en 1990, el Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino como una guía

para la formulación e implementación de los programas de atención primaria en los países miembros, uno de ellos Panamá.

En esta publicación se definen las actividades que se deben desarrollar dentro de un programa de detección, y se aclara que deberá adecuarse a cada país según sus propias experiencias. Cabe repasar el Capítulo IV sobre Organización de un programa efectivo. OPS (1990:31-35).

Objetivos y organización

Los programas efectivos de citología para disminuir la morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer. La prevención primaria del cáncer de cuello uterino es posible aún y no existe una recomendación específica para lograrla. En cambio, la prevención secundaria, por medio de la citología exfoliativa está diseñada para detectar la enfermedad durante su desarrollo temprano, en el momento que su progreso y complicaciones asociadas puedan ser detenidos con éxito. Para que el programa sea efectivo, hay que detectar la enfermedad antes de la aparición de los síntomas y de las anomalías clínicas, y someter a las pacientes al diagnóstico y tratamiento adecuados.

La organización de un programa efectivo requiere de varios pasos: planificación, capacitación de personal, identificación de la población objeto, o de las participantes, toma de muestras para citología exfoliativa, examen citológico, seguimiento de las pruebas anormales (diagnóstico histológico y evaluación clínica), tratamiento, seguimiento sistemático después del tratamiento y evaluación continua del programa. Para todos los pasos es indispensable el registro y procesamiento de datos.

Las normas que rijan la periodicidad con que deba hacerse la citología, así como la conducta a seguir, deben divulgarse ampliamente entre el personal de salud que atiende los servicios generales para lograr coberturas amplias y la educación de la comunidad.

Planificación

Es posible que un programa estándar de control del cáncer de cuello uterino no sea adecuado para todas las poblaciones. La importancia del cáncer de cuello uterino en salud pública debe ser determinada y balanceada frente a los costos del programa de control a los recursos de salud pública y a la morbilidad y mortalidad que causa en la población de mujeres.

Para el desarrollo de un programa, deben considerarse específicamente los siguientes puntos:

- Conocimientos que se tiene sobre el cáncer de cuello uterino, en esta población.
- Si no existe un registro de cáncer general, el tipo de registro que se establecerá y para qué población.
- Los grupos específicos de alto riesgo.
- El nivel local, provincial, o nacional donde el programa funcionará.
- Las actividades que se han hecho en el pasado respecto al control del cáncer de cuello uterino.
- La suficiencia de citopatólogos y citotecnólogos en la comunidad.
- Las facilidades hospitalarias disponibles para tomar biopsias y para cirugía y radioterapia.
- Los fondos específicos que se dispone par un programa de control del cáncer de cuello uterino.

- El tipo de adiestramiento que sería necesario para el buen funcionamiento del programa.
- La existencia de un compromiso a largo plazo para mantener el programa.

Se menciona la necesidad de que es necesario un respaldo activo y entusiasta de la comunidad a través de motivación y educación a la población.

Necesidad de personal

Es importante que cada trabajador de salud en el programa reciba el adiestramiento y la orientación que le permitan desarrollar sus funciones apropiadamente. Si el personal no está adiestrado u motivado no puede esperarse éxito en el programa.

Seguimiento sistemático

Toda mujer que entre al programa debería ser seguida, aún cuando su resultado sea negativo. La recomendación más generalizada es que se tome una segunda muestra un año después y si persiste negativo, se repitan cada tres a cinco años.

El Registro en los sitios de ejecución del programa, se sugiere, sea a través de tarjeteros ordenados por mes y año de toda mujer del programa, un archivo de pacientes con biopsias y uno para aquellas con confirmación de cáncer.

Hasta aquí, estamos en condición de comentar que no se cumplen con las recomendaciones dadas ya que en entrevistas al personal encargado de la ejecución del programa, pudimos percatarnos de que el seguimiento de pacientes es limitado solo a patologías reportadas. No siempre el personal que realiza la prueba ha pasado por entrenamiento supervisado. La planificación no se realiza sobre la base de realidades conocidas, sobre la comunidad y las necesidades. Podríamos concluir que el sistema requiera de una revisión, para evaluar las acciones que se desarrollan.

(f) Factores que afectan la toma del Papanicolaou

En la revisión de la literatura son muy pocos los artículos que hablan sobre condiciones que impiden o intervienen en la solicitud de la toma del Papanicolaou en las mujeres.

“El pudor femenino, heredado por generaciones, impide a muchas mujeres asistir a la prueba pues sienten que su intimidad se ve expuesta. En estos casos es necesario evaluar, y hacer entender la importancia de su salud frente a la de su intimidad. (1998)

En el estudio que se hizo en Centro América por la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), de las 958 mujeres que participaron en el estudio, 434 registró no haberse practicado un Papanicolaou antes del diagnóstico de cáncer cérvico uterino, en 228, el 67% de ellas no se obtuvo una razón específica del motivo, y 132, el 31%, exteriorizaron temor al examen, temor al dolor o temor a la enfermedad. Sobre la actitud hacia quien debe tomar el Papanicolaou el 58 por ciento preferiría que sea el médico, y sobre el sexo, solo el 6.7 prefería que fuera un varón. Raymundo y Cascante (1996).

En una investigación hecha en Santiago de Chile, en 1993, a 299 mujeres seleccionadas en un muestreo aleatorio en consultorios de atención primaria, en donde recibían mujeres referidas con pruebas de Papanicolaous atrasados y con resultados positivos se recogió información sobre conocimientos y temores en la toma del Papanicolaou. Los resultados sobre los temores en torno a la prueba fueron, el 60.2 % de las mujeres reportaron temor a que se las amonestara por no acudir a tiempo a solicitar la prueba, el 60.2 % de las mujeres reportaron temor a que se las amonestara por no acudir

a tiempo a solicitar la prueba. 25% expresaron temor a que se le extrajera el dispositivo intrauterino, el 38.5%, declaró temor a quedar adoloridas, el 20% temor a quedar sangrado. Y el 14 %, manifestó temor a quedar sin un pedazo de útero.

En este estudio se exploró la escolaridad y el conocimiento acerca del Papanicolaou, obteniendo lo siguiente: el 27.8% tenía un conocimiento aceptable, el 57.9, medianamente aceptable, el 10 % malo y un 4.3 % desconocía completamente lo que era. El 42.6 del grupo que había asistido a secundaria y mayor nivel de educación tenía un aceptable conocimiento sobre el Papanicolaou y un 9.8 % malo. Llama la atención que se trata de mujeres a las que ya se le había realizado al menos una prueba. “Si la información que poseen las mujeres sobre dicha información se toma como un indicador de la eficacia con el que el personal de salud transmite el conocimiento, la conclusión es que el personal no está comunicando bien o las mujeres no asimilar la información. Lamadrid (1996).

“La investigación ha permitido identificar varias actitudes que llevan a las mujeres a no querer usar los servicios de tamizaje: creen que la ausencia de dolor significa que están sanas; que las necesidades de atención en salud de los niños u otras personas de la familia son más importantes que las suyas y que la citología exfoliativa de cuello uterino es pecaminosa y se dirigen principalmente a prostitutas. Muchas no comprenden que la enfermedad se puede prevenir. Otras no tiene tiempo para acudir a los servicios de salud y consideran que el examen ginecológico es humillante y doloroso.”. Miller y Robles (1996).

(g) Otros métodos de diagnóstico

Existen otros métodos utilizados de prueba de detección del cáncer cérvico uterino, desde hace años se inician intentos por automatizar la lectura de las láminas fijadas. Para lo que se han venido desarrollando diversos aparatos con este fin.

El primer sistema automatizado que se creó, en los Estados Unidos, fue el *Cytoanalyzer* fue diseñado para detectar células malignas o pre-malignas según el tamaño y densidad del núcleo celular, pero ante la dificultad para distinguir entre los cambios artificiales creados por la manipulación y las células malignas, resultó inefectivo.

Por esos años se creó el sistema *Vickers*, en el que las células se transmitían a una cinta transparente, montada sobre ruedas y finalmente por un escáner o aparato de rastreo, fue desechado por presentar muchos problemas, se habla de los citómetros de flujo, que tampoco resultaron.

En Europa y Japón, se iniciaron proyectos computarizados para realizar análisis de imágenes, en un inicio resultaban poco precisos. Para los años 80 la precisión había aumentado pero ni en Japón, ni en Europa se comercializaron debido a la presión ejercida por los citopatólogos. En Estados Unidos. En 1987 se produjo un aumento de demandas por error en las lecturas de los Papanicolaous, por parte de los citotecnólogos, esto dio empuje para que se mejorara el implementar métodos computarizados de alta precisión. Weissbrod et. al. (1996).

El PAPNET

Entre las tecnologías computarizadas, sistematizadas de lectura existe un método de detección alternativo para el Papanicolaou conocido como PAPNET. Se trata de un escáner que produce 128 imágenes de grupos de células por cada frotis, una estación de

revisión para la evaluación interactiva y un *CD-writer* opcional para el *escaneado* de terceras partes. Este escáner puede procesar tanto frotis convencional como *monolayers* (láminas de capa delgada), sin tener que efectuar ningún cambio en el muestreo rutinario. Está basado en una tecnología patentada de redes neurales, una rama de la inteligencia artificial diseñada específicamente para asemejar la estructura del cerebro. Neuromedical System Institute. NSI (1999).

FIGURA IV MÉTODO DE DETECCIÓN ALTERNATIVO PARA EL PAPANICOLAOU CONOCIDO COMO PAPNET Y ALGUNAS IMÁGENES CONTENIDAS EN LA BASE DE DATOS



Tomado de NSI 1999. NEUROMEDICAL SYSTEM, INC. Papnet on cyt, sistema automatizado de cribaje de frotis cervicales. España. <http://www.aepcc.org/acpcc/papcyte.htm>.

Se logra una mayor sensibilidad que el realizado solamente de manera manual. Ello permite la detección precoz de lesiones precancerosas a veces hasta tres años antes del diagnóstico de lesiones de alto grado y carcinoma in situ.

Existen estudios que han demostrado la alta precisión del sistema, tanto positivos verdaderos como negativos verdaderos, se logra una mayor sensibilidad que el realizado solamente de manera manual. Ello permite la detección precoz de lesiones precancerosas a veces hasta tres años antes del diagnóstico de lesiones de alto grado y carcinoma in situ.

NSI op. cit.

Posee la capacidad de distinguir entre las imágenes normales y las anormales, cambios artificiales producidos por la manipulación, microorganismos extracelulares o infectadas. La revisión de cada laminilla toma de 45 segundos a dos minutos. Pero su nivel de certeza depende igualmente en la muestra tomada.

AUTOPAP 300 QC

El AutoPap 300 QC es otro método en el que las laminillas fijadas son re-analizadas utilizando un microscopio computarizado y comparados con una base de datos.

BUSCADOR DE PISTAS POR COMPUTADORAS - PATHFINDER

En éste método la computadora mapea las áreas de la laminilla que han sido identificadas por el citólogo e identifica áreas que se le pueden haber pasado por examinar, este permite medir el tiempo que tomará en escanear toda la laminilla. En los Estados Unidos se utiliza para reexaminar los Papanicolaou sin costo extra.

DETECTOR OPTOELECTRÓNICO - POLARPROBE

El polarprobe es un instrumento optoelectrónico designado para que se obtengan datos inmediatos sobre la condición del cuello del útero. Tiene la forma de una pluma conectada a una computadora, se coloca en la superficie del cuello del útero captando las imágenes con un electrodo con fuente lumínica que transmite las imágenes a la

computadora, dichas imágenes son comparadas con el banco de datos inmediatamente, dando un informe al momento de la prueba. Este método está aún en prueba.

THINPREP TEST- MONOLAYER

En 1996 surge este nuevo método como una promesa para aquellos resultados que resultaban ambiguos en su interpretación. En este método, las células obtenidas del cuello uterino son inmersas en un vial liquido para evitar que dichas células se deshidraten par luego ser filtradas y colocadas y fijadas en el portaobjeto y ser observadas en el laboratorio.

Este método "se estima que mejore la detección de células anormales en un 65%, en comparación con el tradicional Papanicolaou, el precio estimado sería de 20 dólares, en Estados Unidos, en donde un Papanicolaou puede costar entre 10 y 40 dólares." Christensen (1996).

Con el método ThinPrep una "... muestra cervical es tomada de la paciente de manera usual" comentaron el Dr. Kenneth R. Lee del Brigham and Women's Hospital en Boston, Massachusetts y un grupo multicéntrico de médicos, en la edición de Agosto de la publicación *Obstetrics and Gynecology*. " Sin embargo, en lugar de hacer recolección de la muestra sobre un portaobjeto de cristal, esta última es depositada en un vial (recipiente o medio de transporte) que contiene una solución preservadora amortiguadora de alcohol. ..Y se envía posteriormente al laboratorio de citología, donde un portaobjeto especial se encuentra preparado para recibir las células en suspensión. El grupo del Dr. Lee obtuvo 7360 muestras cervicales en las que realizaron un " estudio clínico doble ciego de muestreo repetido (uno para el vial ThinPrep y otro con el método convencional de extensión del material sobre una laminilla) para cada paciente. En este estudio, el

método ThinPrep para preparar las muestras, condujo al diagnóstico citológico de más anomalías que el método convencional. Reuters (1997).

Entre las ventajas que tiene, las células se pueden separar del resto de sangre o pus que pudiera haber en la muestra y las desventajas son, que hay mayor dificultad para transportar un medio líquido y que el número de células para fijar y observar es menor que en un Papanicolaou normal. Pap-Screen Victoria (1999).

CERVICOGRAFIA

Es un nuevo método para la Detección Temprana de Anomalías Cervicales. Fue desarrollado por el Dr. Adolf Staff del Colegio Médico de Wisconsin; consiste en la toma de fotografías del cuello uterino con una cámara especial llamada CERVISCOPIO. Las fotografías (CERVIGRAM) son tomadas por el médico o enfermera en su consultorio, durante el examen pélvico y previa colocación de ácido acético o bisulfito en el cérvix y luego son enviadas a un laboratorio especializado donde son reveladas e interpretadas por un médico colposcopista idóneo y con autorización para servir como evaluador en cervicografía. Un reporte escrito regresa al médico consultor con la interpretación de la cervicografía y las recomendaciones para el manejo y tratamiento de la paciente.

Este nuevo método de diagnóstico provee documentación objetiva y permanente de los patrones cervicales normales y anormales y es comparable con el examen colposcópico; fue desarrollado como un procedimiento alternativo para usar junto con la citología para reducir el porcentaje de falsos negativos.

La cervicografía es un sistema de tamizaje que utiliza imágenes fotográficas estáticas (cervigrama) del ectocérvix tomados con una cámara especial (Cerviscope® camera). No se utiliza como un reemplazo al Papanicolaou sino como un examen complementario,

que brinda información en casos poco definidos, al ser una observación directa de un área donde el médico no puede observar. Tampoco pretende desplazar la Colposcopia, pero a captar imágenes, estas pueden ser revisadas nuevamente. Kostecki (1999).

5.2 EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

(a) Situación del cáncer cérvico uterino

En Panamá los tumores malignos se han mantenido como una de las dos primeras causas de muerte en la República, en 1992 y 1993 ocupan el primer lugar con 15.2 y 15.4 por ciento de la totalidad de muertes reportadas para esos años, y en 1994 y 1995 bajan a segundo seguidos luego por los accidentes, suicidios homicidios otras violencias, con 14.1 y 15.1 por ciento. (Cuadro XIII).

Dentro de los tumores malignos, como causa de muerte, el cáncer cérvico uterino se presenta como la quinta causa con una tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes, es de 3.7 para 1995. Lo anteceden el de estómago con 7.3, próstata con 6.9, tráquea bronquios y pulmón con 5.5, y la leucemia con 3.8. En 1992 y 1993 este tipo de cáncer ocupa el sexto lugar como causa de mortalidad por cáncer y en 1994 el cuarto. (Cuadro XIV).

Si se ajustan las tasas con la población femenina total, la tasa de mortalidad por este cáncer se eleva a más del doble y así vemos que para 1992 cambia de 3.0 a 6.1; para 1993 aumenta de 3.6 a 7.3, en 1994 de 3.8 a 7.5 y en 1995 aumenta a algo más del doble y de 3.7 se eleva 7.5 por 100,000 mujeres. Ocurre lo mismo para el resto de las patologías

femeninas, comparando los cuadros XV y XVI. El cuadro XV utiliza como denominador la población total y el XVI solo el número de mujeres mayores de 15 años.

CUADRO XIII NÚMERO Y PORCENTAJES DE DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN LA DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. AÑOS 1992-1995.

CAUSA	DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR MÉDICOS *							
	1992		1993		1994		1995	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	8,748	100.0	9,253	100.0	9,650	100.0	9,752	100.0
Accidentes, suicidios homicidios y otras violencias.	1,300	14.9	1,339	14.5	1,457	15.1	1,533	15.7
Tumores malignos.	1,334	15.2	1,428	15.4	1,365	14.1	1,473	15.1
Enfermedades cerebro vascular.	963	11.0	974	10.5	1,097	11.4	1,045	10.7
Infarto agudo al Miocardio.	843	9.6	732	7.9	741	7.7	740	7.6
Ciertas afecciones originadas en < 1 año	515	5.9	492	5.3	482	5.0	473	4.9
Otra enfermedad isquémica del corazón.	364	4.2	481	5.2	439	4.5	417	4.3
Diabetes Mellitus.	305	3.5	337	3.6	355	3.7	395	4.1
Enfermedad de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	266	3.0	266	2.9	324	3.4	309	3.2
Anomalías congénitas.	261	3.0	293	3.2	284	2.9	279	2.9
Neumonías.	222	2.5	300	3.2	279	2.9	221	2.3
Las demás causas.	2,375	27.1	2,611	28.2	2,827	29.3	2,867	29.4

* Excluyen las defunciones fetales

Fuente: Panamá en cifras, 1992-1996. Contraloría Nacional de la República.

Entre los tumores malignos que afectan solo a la mujer como causa de muerte, podemos observar como el cáncer cérvico uterino constituye un problema prioritario a tratar, ya que no deja de ser el primer cáncer que está matando al grupo femenino en la república. En el cuadro XV, se puede observar el comportamiento de los diferentes tipos de tumores malignos que han sido causa de defunción entre las mujeres panameñas desde 1992 a 1996, años en los que solo para 1992, el cáncer cérvico uterino, no fue la primera causa de mortalidad femenina.

CUADRO XIV NÚMERO Y TASAS DE DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS EN LA REPÚBLICA, SEGÚN LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES. AÑOS 1992-1995.

LOCALIZACIÓN	DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS							
	1992		1993		1994		1995	
	No.	T	No.	T	No.	T	No.	T
TOTAL	1,464	58.8	1,532	60.4	1,479	57.3	1,601	60.9
Tumor maligno de estómago	172	6.9	160	6.3	191	7.4	193	7.3
Tumor maligno de la próstata	142	5.7	152	6.0	152	5.9	182	6.9
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	174	7.0	174	6.9	155	6.0	144	5.5
Leucemia	80	3.2	56	3.4	87	3.4	99	3.8
Tumor maligno del cuello del útero	75	3.0	91	3.6	97	3.8	97	3.7
Tumor maligno del colon	67	2.7	62	2.4	78	3.0	82	3.1
Tumor maligno de la mama de la mujer	89	3.5	90	3.6	85	3.3	79	3.0
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	43	1.7	53	2.1	48	1.9	53	2.0
Los demás tumores malignos	622	25.0	664	26.2	586	22.7	672	25.5

Tasa por 100,000 habitantes, estimados en la mitad de cada periodo.

Fuente: Panamá en cifras, 1992-1996. Contraloría Nacional de la República.

CUADRO XV NÚMERO Y TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR TUMORES MALIGNOS EN LA MUJER, SEGÚN SITIO ANATÓMICO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1991-1996.

SITIO ANATÓMICO	1992		1993		1994		1995		1996*	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
TOTAL	672	54.7	652	52.1	674	52.8	686	52.7	773	58.4
Cérvico uterino	75	6.1	91	7.3	97	7.6	97	7.5	115	8.7
Otros digestivos y del peritoneo	79	6.4	67	5.3	60	4.7	83	6.4	81	6.1
Mama femenina	89	7.2	90	7.2	85	6.7	79	6.1	94	7.1
Estómago	62	5.0	55	4.4	84	6.6	68	5.2	60	4.5
Tráquea, faringe y pulmón	52	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	48	3.6
Cólon	0	0.0	0	0.0	40	3.1	42	3.2	0	0.0
Órgano génito urinario	0	0.0	57	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Demás causas.	315	25.6	29.2	23.3	308	24.2	317	24.4	375	28.3

Tasa por 100,000 mujeres (calculada, con la población femenina total)

*Cifra preliminar

Fuente: Estadísticas vitales, Contraloría Nacional de la República.

CUADRO XVI NÚMEROS DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO IN SITU E INVASOR, EN MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1988-1996.

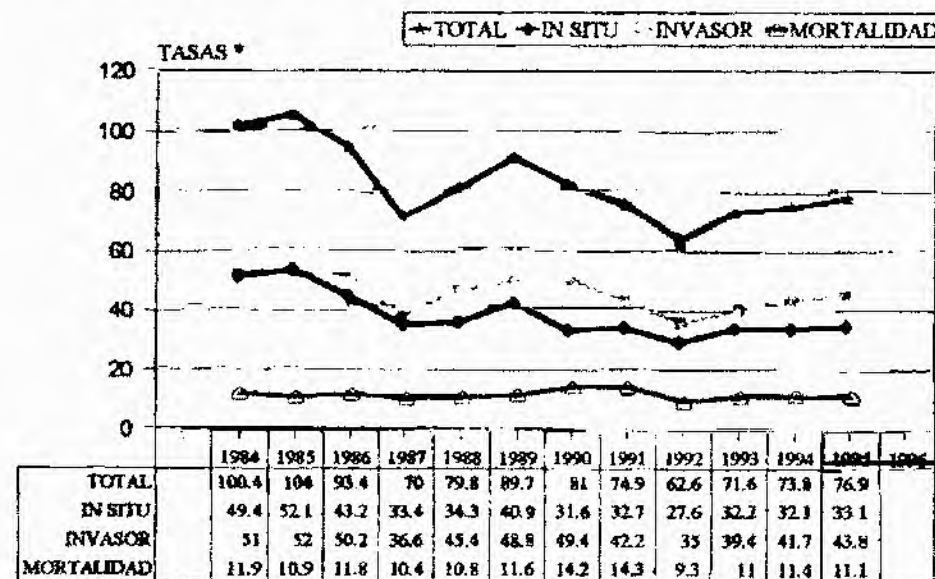
AÑO	TOTAL		IN SITU		INVASOR	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1988	583	79.8	251	34.3	332	45.4
1989	675	89.7	308	40.9	367	48.8
1990	623	81.0	243	31.6	380	49.4
1991	591	74.9	258	32.7	333	42.2
1992	506	62.6	223	27.6	283	35.0
1993	593	71.6	267	32.2	326	39.4
1994	627	73.8	273	32.1	354	41.7
1995	670	76.9	288	33.1	382	43.8
1996 *	589	66.1	-	-	-	-

* Cifras preliminares

Tasas por 100, mujeres mayores de 15 años

Fuentes: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

FIGURA V COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO IN SITU E INVASOR Y TASAS DE MORTALIDAD. PANAMÁ AÑOS 1988-1996



* POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

El cuadro XVI y la figura IV recogen y nos muestran la información sobre números de casos y tasas de cáncer cérvico uterino total y por diagnóstico histopatológico in situ e invasor, en mujeres de 15 años y más en la República de Panamá en los años 1988-1996, podemos apreciar que existe una discreta tendencia a la disminución de los casos totales aunque de 1992, la tendencia va en aumento. Llama la atención que el cáncer invasor se mantiene por encima del cáncer in situ, en todos los años aún con la intervención de la toma del Papanicolaou, con la que se esperaría que se invirtiera el resultado. No se han dado cambios evidentes el comportamiento de las tasas de mortalidad por este tipo de cáncer en más de una década, lo que hace evidente la necesidad de retomar este sistema de prevención.

El cuadro XVII nos permite hacer un análisis de morbilidad por sexo y sitio anatómico del cáncer, el cáncer cérvico uterino se mantiene, durante los tres años presentados, como la principal causa de tumores malignos que afecta a la población femenina, presentando tasas de incidencia de 73.8, 76.9 y 66.1 en 1994, 1995 y 1996 respectivamente. Lo sigue el de próstata en el hombre con tasas de 36.6, 43.5 y 34.2 para el mismo período; el de mama femenina con 28.1, 34.0, y 30.7; el de estómago para ambos sexos con 11.2, 6.0 y 6.2; el cáncer de piel con 9.6, 12.6 y 14.3; el de piel para ambos sexos, con 9.6, 12.6 y 14.3; el de tráquea, bronquios y pulmón igualmente para ambos sexos, con 7.0, 2.7, y 3.0; el de ovarios con 6.9, 4.4 y 4.7, cuerpo de útero con 5.5, 3.8 y 5.4; el de ganglios linfáticos con 4.04, 4.1 y 3.6 y el de los sistemas hematopoyético y reticuloendotelial con 4.8, 1.3, y 1.2.

CUADRO XVII PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS REGISTRADOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMA POR SITIO ANATÓMICO, SEGÚN SEXO Y CAUSA. AÑOS 1994 -1996

SITIO ANATOMICO	1994						1995						1996					
	TOTAL		HOMBRE		MUJER		TOTAL		HOMBRE		MUJER		TOTAL		HOMBRE		MUJER	
	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas
Total en la Rep.	3,472	134.4	151.2	115.8	1960	153.6	3571	142.5	1639	123.2	2112	162.3	2853	106.7	1180	87.3	1673	126.5
Cuello de útero	627	73.8			627	73.8	670	76.9	—	—	670	76.9	589	66.1	—	—	589	66.1
Gland. prostática	315	36.6	315	36.6			400	43.5	400	43.5	—	—	308	34.2	308	34.2	—	—
Mama femenino	239	28.1			239	28.1	297	34.0			297	34.0	274	30.7	—	—	274	30.7
Estómago	290	11.2	171	13.1	119	9.3	159	6.0	92	6.9	67	5.2	167	6.2	111	8.2	56	4.2
Piel	248	9.6	124	9.5	124	9.7	332	12.6	157	11.8	175	13.4	382	14.3	203	15.0	179	13.5
Tráquea, bronquios pulmón.	181	7.0	143	10.9	38	2.9	73	2.7	51	3.8	22	1.7	81	3.0	50	3.7	31	2.3
Ovarios	59	6.9			59	6.9	38	4.4	—	—	38	4.4	42	4.7	—	—	42	4.7
Cuerpo del útero	47	5.5			47	5.5	33	3.8	—	—	33	3.8	45	5.4	—	—	45	5.4
Anglios linfáticos	114	4.4	61	4.7	53	4.2	109	4.1	60	4.5	49	3.8	101	3.8	49	3.6	52	3.9
Leucemias mielomatópoyético y sarcoma endotelial	123	4.8	58	4.4	65	5.1	35	1.3	20	1.5	15	1.2	33	1.2	15	1.1	18	1.4

Tasa masculina por 100,000 hombres estimados a la mitad del período

Tasa femenina por 100,000 mujeres mayores de 15 años estimadas a mitad del período.

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

Por grupo de edad desde 1985 a 1994 el grupo más afectado es el de 70 años y más alcanzando tasas de 206.3 en 1990, le sigue el de 60-69 con su mayor grado de incidencia en 1991, 165.3 por 100,000 mujeres mayores de 15 años, luego el de 50-59 y el de 40-49. El grupo mayor de 40 constituye el de los de mayor riesgo de presentar esta patología. (Cuadro XVIII).

La mayor cantidad de casos se observa en las mujeres de 40 años y más en donde se concentra cerca del 80 % de todos así mismo las mayores tasas de morbilidad se dan en estos grupos de edades (40-49, 50-59, 60-69 y 70 y más en el cuadro).

En el análisis por provincia, de 1993 a 1996 las provincias más afectadas son Chiriquí, Darién y Panamá, en 1995 Darién presentó una tasa mayor que las reportadas en estas dos provincias. Cabe mencionar que en 1992 la provincia de Los Santos alcanzó una tasa de 104.4 por 100,000 mujeres mayores de 15 años. En 1979 ocurrió lo mismo en Herrera (79.1 por 100,000 habitantes). En ese entonces se estudiaron factores de riesgo que lo pudiera explicar y se encontró significancia estadística en el hecho de tener varios compañeros sexuales y las infecciones previas por el Herpes Simple 2. Reeves (1984).

En febrero de 1984 un grupo de trabajo realizó estudios en Pocrí de Los Santos donde de 113 mujeres atendidas, el 41% resultó como grupo de Alto Riesgo Oncológico. Garrido (1997). Sin embargo en Chiriquí y Darién han presentado igualmente, tasa elevadas, pero no se han realizado estudios para tratar de darle explicación. (Cuadro XIX).

CUADRO XVIII NÚMERO DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN AÑOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1985-1995.

AÑO	TOTAL		15-19		20-24		25-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70 y +	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1985	694	104.0	4	3.3	37	35.0	100	113.4	207	157.5	144	162.2	79	128.4	61	146.7	41	137.4
1986	643	93.4	10	8.1	22	20.3	86	94.0	181	132.9	131	142.9	94	148.2	58	135.8	48	154.4
1987	497	70.0	2	1.6	21	18.8	70	74.0	134	94.9	92	96.7	74	113.4	51	115.9	34	104.8
1988	583	79.8	2	1.6	17	14.8	61	62.3	162	110.7	132	134.0	84	125.1	58	128.2	52	153.6
1989	675	89.7	6	4.7	30	25.5	60	59.3	189	124.7	151	147.3	96	138.9	74	158.9	59	167.2
1990	623	81.0	2	1.6	23	19.5	47	45.5	158	100.5	150	140.8	91	131.6	65	135.9	81	206.3
1991	591	74.9	2	1.6	16	13.4	60	56.7	149	91.4	133	120.2	83	115.1	81	165.3	51	125.3
1992	506	62.6	3	2.4	26	21.4	55	50.8	139	82.3	113	98.3	66	87.7	49	97.6	44	104.8
1993	593	71.6	4	3.1	14	11.4	63	56.8	162	92.6	132	110.6	87	110.9	56	108.8	69	159.2
1994	627	73.8	3	2.4	16	12.8	63	55.5	179	98.7	139	112.2	98	119.8	57	108.0	64	143.2
1995	670	76.9	0	0.0	17	13.4	54	46.4	207	110.1	148	114.9	91	106.8	77	142.3	66	143.6

Tasa femenina por 100,000 mujeres mayores de 15 años estimadas a mitad del periodo.

Fuente: Departamento de Registros médicos y estadísticas de salud. Ministerio de Salud.

CUADRO XIX NÚMERO DE CASOS Y TASAS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO POR AÑO, SEGÚN PROVINCIAS.
AÑOS 1990-1996

PROVINCIA	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996*	
	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas
REPUBLICA	623	81.0	591	74.9	506	62.6	593	71.6	627	73.8	670	76.9	589	66.1
B. del Toro	13	52.0	9	34.3	4	14.5	12	41.6	12	40.0	10	31.8	7	21.2
Coclé	44	84.8	33	62.3	24	44.3	26	47.1	25	44.3	32	55.6	28	47.7
Colón	43	66.1	46	69.4	23	34.0	16	23.2	30	42.8	28	47.3	30	49.7
Chiriquí	131	113.0	127	106.9	95	78.1	159	127.7	113	88.7	142	109.8	129	96.9
Darién	11	101.2	20	174.9	11	91.7	12	95.6	18	137.2	24	175.4	4	27.7
Herrera	21	66.3	19	59.2	10	30.7	17	51.6	9	27.0	18	53.2	13	38.0
Los Santos	10	36.4	8	29.0	29	104.4	13	46.6	15	53.5	11	39.0	16	35.3
Panamá	298	77.8	297	75.4	283	69.9	299	71.7	341	79.5	356	80.5	329	72.6
Veraguas	52	89.5	32	54.1	27	44.9	39	63.7	64	75.2	47	74.2	37	57.8
San Blas					---	---			---	---	2	14.4	2	16.1

*Cifras Preliminares

Tasa: por 100,000 mujeres mayores de 15 años estimadas a mitad del período.

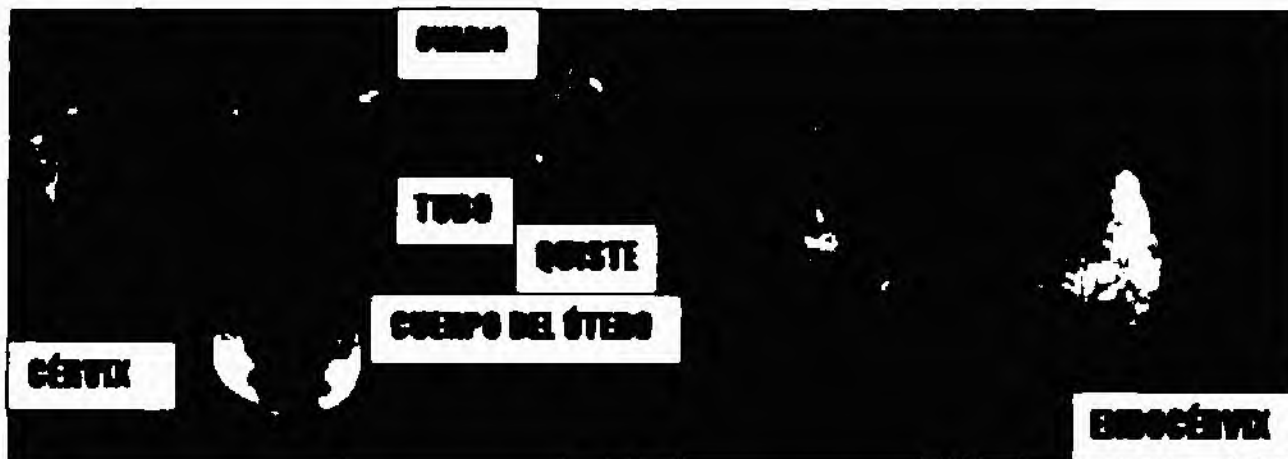
Fuente: Informe del Registro Nacional del Cáncer, 1994, 1996, 1998. Ministerio de Salud.

En Panamá, ya desde los años 50 a 60 el 73.8% del total de los tumores malignos en la mujer y el 34% de los de ambos sexos, el cáncer de cuello de útero ya era presentado a las autoridades como un “grave y complejo problema de Salud Pública”. Sin embargo a pesar de que el mundo contaba con una prueba de detección eficaz para prevenir este problema fue en 1960 cuando con la fundación de la Liga Contra el Cáncer, en marzo 1965 y la Asociación Nacional para la Prevención del Cáncer en la Mujer (A.N.P.C.A.M.), se logra fundar clínicas de detección precoz del cáncer. A pesar de este logro no se ha observado cambios sustanciales como producto de la realización de Pruebas citológicas de detección de cáncer uterino (PAP). Avilés, (1981)

(b) Descripción

El útero es el órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto. El cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina.

FIGURA VI FOTOS DE ÚTERO Y CÉRVIX.



Tomado de DIGENE CORPORATION 1999. Screening and Dignosis for Cervical Cancer, The pap smear

El cáncer cérvico uterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino, es uno de los cánceres más comunes, el cual representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. En el ámbito mundial se estima que cada año hay 16,000 casos nuevos de cáncer cervical invasor en los EE.UU. y 5,000 defunciones cada año. Debido a que una gran mayoría de estos casos (mas del 90%) podrían y deberían ser detectados temprano a través de la prueba de Papanicolaou, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aun en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para esta prueba. Sosa (1998)

(c) Signos y síntomas

En sus fases iniciales el cáncer cérvico uterino no da manifestaciones. Desafortunadamente la paciente presenta molestias cuando la enfermedad generalmente ya es avanzada y puede manifestarse por sangrado o flujo sanguinolento transvaginal anormal, molestias anormales con las relaciones sexuales o dolor en el vientre. Otras manifestaciones dependerán de los sitios a donde se disemine la enfermedad.

El cáncer cérvico uterino empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales pasan por un proceso conocido como **displasia**, durante el cual empiezan a aparecer células anormales y se inicia lo que llamamos cáncer propiamente.

La siguiente información no pretende ser un estudio sobre cáncer cérvico uterino, pero considero necesario realizar esta revisión para tener clara la visión y los conocimientos necesarios sobre este cáncer.

En los Estados Unidos el carcinoma escamocelular (epidermoide) comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales, mientras que el adenocarcinoma comprende aproximadamente el 10% de los mismos. Los carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas son relativamente poco frecuentes. Se han descrito ocasionalmente sarcomas primarios cervicales y también se ha informado sobre la existencia de linfomas malignos cervicales, tanto primarios como secundarios.

(d) Información sobre las etapas

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamosa columnar ya sea en el canal endocervical o en la porción cérvico uterina. La lesión precursora es displasia o carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial cervical -NIC, que posteriormente puede convertirse en cáncer invasor. Este proceso puede ser muy lento de allí lo importante de realizar la prueba del Papanicolaou.

Algunos estudios longitudinales han revelado que entre pacientes con cáncer cervical in situ que no han sido tratadas, entre el 30% y el 70% desarrollarán carcinoma invasor en un periodo de 10 a 12 años. Sin embargo, en alrededor del 10% de las pacientes, las lesiones pueden progresar de in situ a invasoras en periodos inferiores a un año. A medida que se hace invasor, el tumor avanza a través de la membrana basal e invade el estroma cervical. La extensión del tumor cervical puede manifestarse en último término

como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente incluyendo la vejiga o el recto.

Además de la invasión local, el carcinoma cervical puede diseminarse por vía de los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo. La diseminación del tumor está en función de la extensión e invasión de la lesión local. A pesar de que, en general, el cáncer cervical progresa de manera ordenada, ocasionalmente se puede presentar un tumor pequeño con metástasis distante. Por este motivo, una vez encontrada la paciente se debe evaluar cuidadosamente a las pacientes en búsqueda de enfermedad metastásica.

d.1 Clasificación

Las etapas se definen por clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) o por la clasificación TNM del Comité Americano Conjunto Sobre el Cáncer (AJCC por sus siglas en inglés).

d.1.a. Clasificación de TNM

Las definiciones de las categorías T corresponden a las etapas aceptadas por FIGO.

Tumor Primario (T)

TX: El tumor primario no puede ser evaluado.

T0: No hay evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1/I: El carcinoma cervical está estrictamente limitado al útero, no debe tenerse en cuenta la extensión al cuerpo. T1a/IA: Carcinoma invasor diagnosticado solo mediante microscopía. Todas las lesiones visibles microscópicamente, aún con invasión superficial -son T1b/1B. Invasión estromal con profundidad máxima de 5 mm medida desde la base del epitelio y expansión horizontal de 7 mm o menos. Una invasión del espacio vascular, ya sea venosa o linfática, no afecta la

clasificación. T1a1/1a1: Invasión estromal de 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de extensión horizontal T1a2/1A2: Invasión estromal de más de 3 mm y no más de 5 mm con expansión horizontal de 7 mm o menos T1b/1B: Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión microscópica mayor de T1a2/1A2 T1b1/1B1: Lesión clínicamente visible de 4 cm o menos en su mayor dimensión T1b2/1B2: Lesión clínicamente visible con más de 4 cm en su mayor dimensión

T2/II: El carcinoma se ha extendido mas allá del útero pero no a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina T2a/IIa: Tumor que se ha extendido al parametrio T2b/IIb: Tumor que no se ha extendido al parametrio

T3/III: Extensión a la pared pélvica y/o se extiende al tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o disfunción renal T3a/IIIA: El tumor se ha extendido al tercio inferior de la vagina pero no a la pared pélvica T3b/IIIB: Diseminación del tumor a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o disfunción renal

T4/IVA: El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende mas allá de la pelvis misma (un edema de Bullar no es suficiente para clasificar un tumor como T4) M1/IVB: Metástasis distal

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX: Los ganglios regionales no pueden ser evaluados

N0: No hay metástasis de ganglios regionales N1: Evidencia de metástasis de ganglios regionales

Metástasis distante (M)

MX: La metástasis distante no puede ser evaluada

M0: No hay metástasis distante M1: Existe metástasis distante

d.1.b Grupos de clasificación de la AJCC**Etapa 0**

La etapa 0 es el carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial. No hay invasión del estroma.

Tis, N0, M0

Etapa IA1

T1a1, N0, M0

Etapa IA2

T1a2, N0, M0

Etapa IB1

T1b1, N0, M0

Etapa IB2

T1b2, N0, M0

Etapa IIA

T2a, N0, M0

Etapa IIB

T2b, N0, M0

Etapa IIIA

T3a, N0, M0

Etapa IIIB

T1, N1, M0

T2, N1, M0

T3a, N1, M0

T3b, Cualquier N, M0

Etapa IVA

T4, Cualquier N, M0

Etapa IVB

Cualquier T, Cualquier N, M1

d.1.c Clasificación FIGO

Etapa I

La etapa I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

Etapa IA: carcinomas invasivos solo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en etapa Ib. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho.

Etapa IA1: invasión medida del estroma de no más de 3 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro. Etapa IA2: invasión medida del estroma de mas de 3 mm pero no de más de 5 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro.

Etapa IB: lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que la etapa IA. Etapa IB1: lesiones clínicas de no más de 4 cm de tamaño. Etapa IB2: lesiones clínicas de más de 4 cm de tamaño.

Etapa II: En la etapa II el carcinoma se extiende mas allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.

Etapa IIA: no hay complicación obvia del parametrio, dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.

Etapa IIB: complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Etapa III: La etapa III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. Acorde al examen rectal, no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Se deben incluir

todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

Etapa IIIA: sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.

Etapa IIIB: extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Etapa IV: La etapa IV implica que el carcinoma se ha extendido mas allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal. Etapa IVA: propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.

Etapa IVB: propagación a órganos distantes.

(e) Tratamiento del cáncer cérvicouterino

Para el tratamiento se pueden emplear tres clases de tratamiento: (Tomado de SARANET. (1999))

1. Cirugía: extracción del cáncer en una operación.
2. Radioterapia: radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas.
3. Quimioterapia: medicamentos o "venenos" para eliminar las células cancerosas.

Si es necesario extraer el cáncer, se puede realizar empleando alguna de las siguientes operaciones:

1. La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
2. La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.
3. La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.

4. La escisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés) usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.
5. Una histerectomía es una operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer. Existen cuatro diferentes formas de realizar la histerectomía:
 - Histerectomía vaginal. El útero se extrae a través de la vagina.
 - Histerectomía abdominal. El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen. Puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio (Salpingooforectomía bilateral).
 - Histerectomía radical, es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos del área. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de alubia que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).
6. Exenteración Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar una vagina artificial (vaginoplastia) después de esta operación.

Tratamiento por estadios

Los tratamientos para cáncer cervicouterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

Estadio 0 (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a:

- 1 Histerectomía abdominal total, con o sin Salpingooforectomía bilateral.
- 2 Conización.
- 3 Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos.
- 4 Radioterapia.

I-b

1. Radioterapia.
2. Histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a:

1. Radioterapia.
2. Histerectomía abdominal total, con o sin Salpingooforectomía bilateral.

II-b:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio III. El tratamiento podría consistir en:

III-a: Radioterapia.

III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:

IV-a:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

IV-b:

1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.
2. Quimioterapia.

RECIDIVAS. El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina (exenteración) y,
2. Radioterapia y quimioterapia.

(f) Factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer cérvico uterino, algunos participan en forma aislada o en conjunto en la inducción de la transformación neoplásica sobre grupos de células susceptibles, otros serían co-carcinógenos o ayudadores, y otros más actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad. Jiménez Cordero (1998). Entre los más importantes se encuentran:

Escolaridad

En un estudio realizado en Quito, Ecuador entre 1985-1994 se analizó la influencia de la escolaridad en la incidencia del cáncer del cuello del útero en 2,204 mujeres encontrándose que "la incidencia del cáncer del cuello de útero por 100,000 mujeres (in situ más invasor) fue casi el doble entre las mujeres que tenían educación primaria o no tenían instrucción, que entre las que tenían instrucción secundaria o superior. La tasa bruta de incidencia, reveló que el riesgo era seis veces mayor entre las mujeres analfabetas que entre las universitarias." Corral (1996).

Agentes infecciosos. La estrecha relación entre cáncer cérvico uterino e infecciones virales se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del virus del papiloma humano

(VPH) entre 75% y 100 % de pacientes con displasia, cáncer invasor y condiloma. Se han identificado alrededor de 70 tipos de VPH siendo los más frecuentes en tracto genital femenino 6, 11, 41, 42, 43 y 44 considerados de bajo riesgo y asociados a condiloma ordinario; 31, 33,35, 39, 51 y 52 considerados como de grado intermedio; 16 catalogado como de alto grado y los tipos 18, 45 y 56 como de muy alto grado; Estos cuatro últimos tipos son los más comúnmente asociados a este cáncer. El virus de Herpes tipo 2, tiene también relación con lesiones precursoras y con el cáncer cérvico uterino, se basan en estudios sero-epidemiológicos que demuestran elevación de títulos de anticuerpos contra Herpes Virus hasta en el 40% de las mujeres con estas patologías.

Agentes químicos del tabaco. Por efecto directo de sus cancerígenos en las células epiteliales del cuello del útero; por disminución de células de Langerhans y como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales. El riesgo se incrementa dependiendo de la cantidad y el tiempo de duración del hábito de fumar. En Panamá se encontró que el fumar tiene un efecto muy limitado en el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino, solo en las mujeres que presentan algunos tipos específicos de virus del papiloma humano. Britton (1989).

Deficiente aporte de vitamina A. Se acompaña de alteraciones en la diferenciación celular.

Gestación. Los cambios proliferativos del cuello del útero que acompañan al embarazo tienen un efecto positivo para el desarrollo de esta neoplasia, sobre todo la multiparidad y el primer embarazo a término antes de los 15 años.

Factores diversos. El inicio de las relaciones sexuales a edad temprana, la promiscuidad femenina, los compañeros sexuales masculinos denominados de alto riesgo

y la clase socioeconómica baja. Esta asociación esta basada en hallazgos experimentales que han demostrado que los espermatozoides de estos sujetos presentan mayor contenido de protaminas, que favorecen la penetración de agentes virales a las células susceptibles del cuello uterino con lo que se iniciaría la oncogénesis.

En Panamá se ha encontrado que mujeres que reportan haber tenido una sola pareja sexual también presentan cáncer cérvico uterino, esto se ha revisado y se ha encontrado que “El riesgo se incrementa en forma significativa ($p=0.005$) con el número de parejas sexuales reportados por los esposos de mujeres con cáncer cérvico uterino, también con el bajo nivel educativo, las visitas a prostibulos y la historia de higiene personal pobre.” Britton (1992).

Además existen otros como.

- Edad entre los 40 y 55 años.
- Si ha tenido varios embarazos.
- Si su madre tomó hormonas cuando estuvo embarazada de usted con la finalidad de evitar un aborto.
- Si ha tenido infecciones vaginales frecuentes, transmitidas por relaciones sexuales como Herpes simple Tipo II, Virus del papiloma humano y condiloma. Si en el pasado alguna prueba de Papanicolaou ha resultado anormal.
- Histerectomía, por el riesgo de creer que ya no existe el peligro de tener algún tipo de cáncer y llega el descuido.

Jeffrey Bell de la Universidad de Miami, Florida, analiza 31 casos de cáncer vaginal en mujeres que tuvieron una patología benigna de útero y las cuales se les practicó histerectomía.

El tiempo transcurrido entre las operaciones y el diagnóstico de cáncer de vagina fue como sigue; menos de seis años en tres pacientes, de seis a diez años en ocho pacientes y de más de diez años en 19 pacientes.

El más frecuente síntoma fue el sangrado transvaginal, que ocurrió en 18 pacientes. En ocho pacientes, se diagnosticó por visión directa de la lesión, o por el examen rutinario de Papanicolau. En cuatro de siete pacientes asintomáticas el diagnóstico se hizo por un Papanicolau rutinario.

Recomiendan que toda mujer que ha sido sometida a un procedimiento quirúrgico de histerectomía, se les practique rutinariamente un Papanicolau. Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia (1999).

(g) Situación del cáncer cérvico uterino en el mundo

Los tumores en genitales femeninos constituyen una cuarta parte de todos los tipos de cáncer que padecen las mujeres, con excepción del de mama, en el mundo entero. El cáncer cérvico uterino representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en mujeres y el segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino.

Se calcula que su frecuencia es de aproximadamente 465,00 nuevos casos cada año, de los cuales 95,000 se presentan en países desarrollados y 370,000 en las naciones en desarrollo (aproximadamente 80%), donde sigue siendo el tipo de cáncer más importante. Castañeda (1998)

“En las Filipinas como en otros países, el cáncer cervical es una secuela tardía de la infección por algunos tipos del virus papiloma humano. Se reconocen que los

cofactores son: multiparidad, el fumar, factores no definidos asociados al bajo nivel socioeconómico. La citología cervical ofrece una fuerte protección” Ng Lange (1998).

En España el cáncer de cérvix uterino presenta una incidencia muy baja (cuatro a diez casos por cada 100,000 mujeres) y la de mortalidad es de 2.5 (1992), representando el 1.6 % de las muertes por tumores malignos (12ª posición) y el 0.3% de todas las muertes en mujeres. Gálvez (1998).

En la Región de las Américas, incluidos Canadá y Estados Unidos, cada año, cerca de 68,000 casos nuevos son reportados a los registros de cáncer de la Organización Panamericana de la Salud. Para 1990, en la Región en general, América del Norte tiene la incidencia más baja, en el resto de las Américas las cifras varían. Brazil, Perú y Paraguay presentan las tasa más altas y Cuba y Puerto Rico las más bajas.

Desde antes de los años 80 “en Estados Unidos existen evidencias del descenso de la mortalidad por el cáncer cérvico uterino, al mismo tiempo que se ha incrementado la detección del carcinoma in situ, los que se asocia al aumento de las pruebas de detección precoz. La mayoría de los cánceres invasivos, hoy se detectan en mujeres que no se han realizado el Papanicolaou. NIH (1980)

En México, este cáncer representó el 23% de todas las neoplasias, es el primer cáncer en el ámbito nacional. 53.5% de las mujeres con él tienen entre 30 y 54 años y el solo el 26.7% de éstos se encontraban en etapa favorable para tener un tratamiento curativo. Di Castro (1997).

Al analizar las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino en diferentes países se observa que la variación de la mortalidad es notable con tasas que llegan a ser ocho veces más altas en los países de alto riesgo en Latinoamérica, el sudeste Asiático y

África, respecto a algunas naciones de Europa, a Japón y a Australia. Boyle (1997). En las Américas, las tasas más bajas las mostraron Canadá y Estados Unidos, Canadá ha logrado disminuir de 2.5 en 1975 a 1.4 en 1990 y Estados Unidos de 2.8 a 1.7 en el mismo periodo con un sub-registro de menos del 2% en ambos países.

En Argentina constituye una de las principales causas de muerte, ocupa el segundo lugar después del de mama, mueren cada año más de 2 mil mujeres, según datos de la Secretaría de Salud de Buenos Aires. Sosa (1998). Honduras a pesar de mostrar tasas muy bajas lleva un sub-registro cerca de 50%. Las Tasas más altas las reflejan México, Barbados, Chile, Suriname y Costa Rica.

“Costa Rica tienen las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino más altas del mundo, y este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar entre las causas de defunción. En 1984, 18 de cada 100,000 mujeres mayores de 19 años murieron de esta enfermedad.” Irwin (1990).

No se cuenta con las tasas de mortalidad para todos los países latinoamericanos en los registros de la OPS, pero podemos mencionar que de los que llevan un registro hasta 1994, Colombia aumenta sus tasas a 7.3, Venezuela, para el mismo año muestra un leve descenso a 7.9, México baja a 9.7, Costa Rica a 8.9, Argentina a 5.0, Brazil a 4.4, Ecuador a 4.2, Trinidad y Tobago a 7.5. Canadá, Estados Unidos y Brazil presentan un aumento a 3.0, 3.5 y 4.4.

En México “en 1972, fecha en que inicia el programa de Detección Oportuna del Cáncer, se registraron 1,600 muertes para este mal, para 1996 esta cifra no solo no disminuyó sino que aumentó a 4,500.” Tapia (1998). A pesar de las campañas realizadas en ese país por más de 20 años, la disminución no ha sido evidente, en 1975 la tasa

muerte por 100,000 mujeres fue de 10.1, para 1990 había aumentado a 14.5 y para 1995 la disminución reportada a la OPS es de 9.7. A pesar de esta baja registrada en las tasas de mortalidad México realizó una revisión extensa de su programa y en 1997 y 1998 luego de protestas en muchos grupos poblacionales sobre todo entre los grupos feministas se reasignan presupuestos para el equipamiento, la capacitación y compra de insumos que tenderían a mejorar el sistema de detección temprana de este flagelo.

CUADRO XX MORTALIDAD PROMEDIO POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO, AJUSTADAS POR EDAD EN 24 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS POR AÑO Y SUB-REGISTROS ESTIMADOS. AÑOS 1975,1985,1990.

PAÍS	Mortalidad por 100,000 mujeres			Sub-registro (%)
	1975	1985	1990	
Argentina	5.4	5.2	5.5	8.1
Barbados	10.5	12.6	12.8	-
Brazil	5.9	5.7	5.5	21.8
Canadá	2.6	1.7	1.4	1.4
Chile	13.8	12.7	11.7	21.7
Colombia	4.7	5.4	5.9	5.0
Costa Rica	9.2	11.0	10.0	5.0
Cuba	5.1	4.4	4.9	-3.0
Rep. Dominicana	3.7	5.2	5.8	40.3
Ecuador	4.1	5.3	5.3	34.7
El Salvador	3.4	4.2	4.2	28.9
Guatemala	4.9	-	5.6	7.2
Honduras	0.1	0.3	0.3	46.6
Jamaica	-	-	-	21.9
México	10.1	14.3	14.5	14.3
Nicaragua	-	-	-	53.4
Panamá	-	-	-	23.1
Paraguay	-	-	-	50.3
Perú	-	-	-	52.9
Suriname	4.7	11.5	11.5	15.3
Trinidad y Tobago	10.0	8.5	8.7	-6.6
Estados Unidos	2.8	1.8	1.7	1.1
Uruguay	4.6	4.3	4.3	3.9
Venezuela	8.3	7.7	8.2	18.5

Robles, White y Peruga, 1966. Organización Panamericana de la Salud.

En el cuadro XX, tomado parcialmente del estudio de Robles, White y Peruga, nos muestra las tasas de mortalidad ajustada en 24 países de América en donde se realizaron los cálculos estadísticos para calcular los sub-registros que tienen, se concluye que los países de América Latina, en su mayoría mantienen sub-registros elevados, indicativo de que es necesario trabajar no solo en Papanicolaou sino también en mejorar los informes estadísticos y registros por esta enfermedad.

Como medida de resumen informativo, revisamos en las estadísticas de mortalidad por el cáncer cérvico uterino de la Organización Panamericana de la Salud, obteniendo el siguiente cuadro. En el que además de los países que hemos mencionado, aparecen al menos las tasa de mortalidad, con la idea de poder establecer comparaciones de éstos con nuestra república. (Cuadro XXI).

El cáncer del cuello del útero puede prevenirse tratando los primeros indicios de su presencia y es posible curarlo si se detecta en sus inicios. Desde hace más de 50 años contamos con la tecnología necesaria para su detección oportuna. En América Latina y el Caribe, a pesar de contar con programas establecidos para dicha detección, su aplicación ha sido poco exitosa desde el punto de vista de la salud pública. "En los países de América Latina y el Caribe la mortalidad por cáncer cérvico uterino no ha disminuido en los últimos 30 años y las tasas de incidencia son de las más altas del mundo. Pese a la creencia de que este tipo de cáncer, afecta exclusivamente a mujeres de mayor edad, 60% de los cánceres invasor de cuello de útero, ocurren entre mujeres de 35 y los 60 años. Sin embargo, la mayor parte de las citologías cervicales se hacen en mujeres menores de 30 años, cuyo riesgo es más bajo. Las actividades de tamizaje se dirigen, entonces a un

grupo muy numerosos de mujeres con un riesgo muy bajo y, por lo tanto, no tiene el impacto esperado.” Alleyne (1996)

CUADRO XXI NÚMERO Y TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN PAÍS DE OCURRENCIA. AÑO ÚLTIMO AÑO REPORTADO.

PAÍS	AÑO	No.	TASA	PAÍS	AÑO	No.	TASA
Botswana	1994	27	—	Luxemburgo	1995	189	16.2
Antigua	1994	2	—	Lithuania	1995	222	11.3
Argentina	1994	871	5.0	Netherlands	1995	234	3.0
Bahamas	1994	10	—	Noruega	1994	125	5.7
Barbados	1994	25	—	Polonia	1995	—	10.1
Belice	1994	3	—	Portugal	1995	198	3.9
Brazil	1994	2159	4.4	Rep. De Moldova	1995	195	8.6
Dominicana	1994	4	—	Rumania	1995	1595	13.8
Ecuador	1991	221	4.2	Fed. Rusa	1995	5281	7.7
Nicaragua	1994	190	—	Slovenia	1995	74	7.2
Paraguay	1994	116	—	España	1994	530	2.7
Trinidad y Tobago	1994	45	7.5	Suiza	1994	170	3.8
Azerbaijan	1995	124	3.4	Tajikistan	1992	34	1.2
Bélgica	1992	166	3.2	Macedonia	1994	33	3.4
Estonia	1995	70	8.8	Irlanda del Norte	1995	19	2.3
Finlandia	1994	51	1.9	Escocia	1995	147	5.6
Francia	1994	798	2.7	Egipto	1991	38	0.1
Alemania	1995	2207	5.3	Australia	1994	340	3.8
Grecia	1995	84	1.6	Hong Kong	1995	159	5.2
Hungría	1995	546	10.2	Macao	1994	3	—
Irlanda	1993	436	1.5	Mongolia	1994	57	—
Israel	1994	46	1.7	Filipinas	1993	535	—
Italia	1993	436	1.5	Singapore	1995	96	6.5
Kzakhstan	1995	533	6.3				

Fuente: OPS, 1998. World Health Statistic. Génova.

En la mayor parte de los países de las Américas, el Papanicolaou como prueba de detección precoz se implementó en los años cincuenta. La efectividad de la prueba se demostró en Canadá al igual que en otros países como Estados Unidos y Finlandia. Canadá organizó un programa en la provincia de Columbia Británica y en 30 años se lograron observar reducciones evidentes en la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino.

En otros países, entre ellos los de América Latina, no han logrado todo el éxito que se debiera tener con este método, sistema o programa. En una investigación realizada en Chile, se revisaron factores relacionados con bajas coberturas en la toma del Papanicolaou (citología exfoliativa). Se revisaron 299 mujeres con tomas atrasadas. Se concluye que las aparentes dificultades de comunicación y trato entre el personal de salud y las usuarias de los consultorios estudiados podrían estar obstaculizando la cobertura de las mujeres con la prueba. Lamadrid (1996).

(h) Pronóstico

El pronóstico sobre la evolución que tendrá la mujer con cáncer cérvico uterino dependerá: la etapa en que se encuentre la enfermedad (diagnóstico oportuno = curación), la respuesta al tratamiento al tratamiento y la tolerancia al mismo.

Entre los factores principales que influyen en el pronóstico están: la etapa, el volumen y el grado del tumor, el tipo histológico, la propagación linfática y la invasión vascular. En un estudio extenso. NIC (1999) sobre clasificación patológico quirúrgica de pacientes con enfermedad clínica en etapa IB, de cual informó el Grupo de Oncología

Ginecológica (GOG), los factores que predijeron más prominentemente las metástasis a ganglios linfáticos y una disminución en la supervivencia libre de enfermedad fueron: la extensión del tumor al espacio linfático capilar, el aumento del tamaño del tumor y el aumento de la profundidad de la invasión del estroma, siendo esto último lo más importante y reproducible. En un estudio de 1,028 pacientes tratadas con cirugía radical, las tasas de supervivencia se relacionaron más consistentemente con el volumen del tumor (determinado por volumetría precisa del tumor) que con la etapa clínica o histológica. Un análisis muy diverso de pronósticos variables en 626 pacientes con enfermedad localmente avanzada (principalmente de etapa II, III, y IV) que fueron estudiadas por el Grupo de Oncología Ginecológica reveló que el estado de los ganglios linfáticos peri aórticos y pélvicos, el tamaño del tumor, la edad de la paciente y su estado de salud tenían una importancia significativa para lograr intervalos libres de progresión y la supervivencia. El estudio confirma la importancia contundente de los ganglios peri aórticos positivos y sugiere que se evalúen más estos ganglios en el cáncer del cuello uterino localmente avanzado. El estado de los ganglios pélvicos era importante solamente si los ganglios peri aórticos se presentaban negativos, lo cual también sucedía con el tamaño del tumor. La etapa clínica y la enfermedad bilateral también jugaban un papel significativo en la supervivencia. En una serie de gran volumen de pacientes con cáncer del cuello uterino tratadas con radioterapia, la incidencia de metástasis distante (más frecuentemente a los pulmones, la cavidad abdominal, el hígado, y el tracto gastrointestinal) incrementó con el aumento en la etapa de la enfermedad de un 3% en la etapa IA a un 75% en la etapa IVA. Un análisis con muchas variaciones de los factores que influyen la incidencia de metástasis distantes mostró que la etapa, la extensión

endometrial del tumor, y el control del tumor pélvico son indicadores significativos de diseminación distante. Existe controversia sobre si el adenocarcinoma del cuello uterino tiene un pronóstico precario que los carcinomas escamocelulares del mismo. Hay informes contradictorios acerca del efecto del tipo de célula adenoescamosa en el resultado. Un informe demostró que aproximadamente el 25% de los tumores escamosos aparentes tienen producción de mucina demostrable y se comportan más agresivamente que los puramente escamosos, sugiriendo que cualquier diferenciación adenomatosa puede conferir un pronóstico negativo. La disminución de la supervivencia se debe principalmente a una etapa de la enfermedad más avanzada y a complicación ganglionar, más que al tipo celular como una variable independiente. Las mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana tienen una enfermedad más agresiva y avanzada y un pronóstico más precario.

5.3 REGIÓN DE SALUD PANAMÁ ESTE

En el año 1983, considerando que se hacía necesario reestructurar la región de Salud de Panamá para agilizar y facilitar el Sistema de Referencia Sanitaria, se conforma mediante resuelto ministerial número 0333 de 15 de marzo de 1983 la Región de Salud de Panamá Este.

La Región de Salud de Panamá Este está ubicada al Sur-Este de la ciudad de Panamá, limita al Norte con la Región de Salud de San Blas, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la Región de Salud de Darién, al Oeste con la Región de Salud de San Miguelito y la Región Metropolitana.

Actualmente la región tiene bajo su responsabilidad además de los distritos antes mencionados a los Corregimientos de Pacora y San Martín. Su sede se encuentra en el corregimiento cabecera del Distrito, Corregimiento de Chepo, Chepo cabecera de corregimiento. Su extensión geográfica es de 7,397.1 km².

La población de atención total estimada al 1° de Julio de 1998 era de 91,186 para la región, el distrito de Chepo tiene un 63% de la población total, Chimán tiene el 6.8% y Balboa el 5%, la población restante, el 25.2%, corresponde a los corregimientos de Pacora, Cerro Azul y San Martín que geográficamente pertenecen a la Región Metropolitana.

La distribución de la población por grupos de edad es la siguiente: Población Infantil (12.32%), Población Escolar (22.92%), Población Adolescente (9.12%), Población Adulta (42.94%) y Tercera Edad (12.38%).

La población femenina en edad reproductora de 15 a 44 años es de 10.537 (45.5%) de la población total femenina de la región. La esperanza de vida general es de 76 años. La población masculina tiene una esperanza de vida de 73.82 años, y la femenina es de 78.9, la tasa de Natalidad fue de 18.8, la tasa de mortalidad general de 2.7, la tasa de mortalidad infantil 21.6, y la tasa de crecimiento natural fue de 8.8, calculadas a 1997.

Los recursos físicos para brindar atención en salud dentro de la región son: un Hospital de la C.S.S., una Policlínica de la C.S.S., nueve Centros de Salud, 29 Puestos de Salud y tres Clínicas Privadas.

El recurso humano con el que cuentan la región de salud, tanto como el de la Caja de Seguro Social se resume en el Cuadro XXII.

En la actualidad la región se encuentra en transición para la implementación del nuevo proceso de reforma sanitaria y de modernización institucional, con la consabida desaparición de los programas de atención por grupos humanos y se avoca a la atención integral para la población y el ambiente. Por lo que la estructura organizacional está en plena conformación.

CUADRO XXII RECURSO HUMANOS QUE LABORA EN LAS INSTALACIONES DE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN SERVICIOS. AÑO 1999.

RECURSO	TOTAL	MINSA	C.S.S.
TOTAL	394	148	246
Servicios Médicos	49	19	39
Servicios de Enfermerías	63	30	33
Servicios de Farmacia	20	17	3
Servicios Administrativos	56		56
Servicios de Laboratorio	31	4	27
Servicios de Radiología Médica	14		14
Servicios de Odontología	17		17
Servicios de Dietética y Nutrición	18	1	17
Servicios de lavandería y costura	8		8
Registros médicos y de estadística	17		17
Servicios Domésticos	15		15
Educadores para la salud	3	3	
Asistentes de Salud	30	30	
Médicos Veterinarios	2	2	
Ingenieros Agrónomos	1	1	
Inspectores de Saneamiento	5	5	
Inspectores Antivectoriales	36	36	

Fuente: Departamento de personal, MINSA Y C.S.S.

5.4 DISTRITO DE CHEPO

(a) Antecedentes históricos

Chepo fue descubierto en 1514 por medio de una expedición que realizara el capitán Antonio Tello de Guzmán por orden del Gobernador Pedrarias Dávila al caserío de

Chepo. Éste llega al poblado del Cacique "Chiepo" y ordena que lo ahorquen para obtener recompensa que le ofreció el sobrino del cacique.

Fue fundado por los españoles en 1563, cuando fue conquistado y colonizado por Juan Vázquez de Córdoba. (JAÉN, 1974 en WHITE 1995). Los españoles obligan a los indios a abandonar sus tierras y traen con ellos grupos negros esclavos. Chepo fue escenario de rebeliones de negros e indios. "Un grupo de estos cimarrones se refugiaron en las montañas de Chepo liderados por Bayano en el año 1549, por lo que el gobernador Alvaro de Sosa decide terminaron esa sublevación, sin embargo se da cuenta que no es fácil, a Bayano lo reconocen como rey de los hombres de color". (CARLES 1949 en WHITE 1995). Chepo fue refugio de los negros cimarrones durante la colonia y se constituyó en punto de concentración del ejército liberal durante la Guerra de los Mil Días.

(b) Generalidades del distrito de Chepo.

Chepo significa o se deriva de la palabra de origen cuna Sipu o Chipu que significa blanco, u hombre blanco, como blanco era el Cacique de las tierras que colonizaron los españoles. En el Acuerdo Alcaldicio No. 10 del 10 de septiembre de 1979 se establece, el día 24 de diciembre de 1514. Se encuentra localizado en la Provincia de Panamá y es el de mayor tamaño en la Provincia, mide 5,352.7 kilómetros cuadrados, es uno de los 11 distritos que componen la provincia, su extensión territorial puede compararse con la Provincia de Herrera. Se encuentra ubicado al oriente del Distrito de Panamá a 53 kilómetros de distancia de la ciudad, se extiende hasta el límite con la Provincia de Darién, corre hacia el sur desde la cordillera hasta el mar, con excepción de la parte

costera donde se encuentra el Distrito de Chimán. Limita al norte con la Comarca de Kuna Yala, al sur con el Océano Pacífico, al este con la provincia de Darién y al oeste con el distrito especial de San Miguelito.

Se dividía en seis corregimientos, Chepo cabecera, Cañitas, Chepillo, El Llano, Las Margaritas y Santa Cruz de Chinina. Recientemente se conformó en el corregimiento de El llano, la Comarca Kuna de Madugandí con una población de 1685 habitantes distribuidos en 15 comunidades, muchas de las cuales solo tienen acceso vía acuática a través del embalse o lago Bayano. Y a partir de 1999 se divide este corregimiento en dos, El Llano y Tortí, al momento no se cuenta con detalles publicados sobre su población y límites. Actualmente, el distrito posee 294 lugares poblados y una densidad de población de 6.3 habitantes por kilómetro cuadrado.

La principal vía de acceso la constituye la Carretera Panamericana que atraviesa gran parte del distrito y que en los últimos años se ha convertido en un elemento de desarrollo para el área. En el interior del distrito existe un gran lago artificial, producto de haber sido represado el río Bayano con el fin de construir la importante Hidroeléctrica Ascanio Villalaz del Bayano, la cual abastece de energía eléctrica a gran parte del país. El río Bayano es uno de los mayores del país, recorre el distrito de este a oeste en toda su extensión. El distrito cuenta con un puerto localizado en la cabecera del corregimiento el cual contribuye a mejorar la comercialización de los productos marinos y a la vez es una vía de acceso hacia comunidades que se encuentran ubicadas en las riveras del río Bayano y con las comunidades costeras, al desembocar al mar.

GEOLOGÍA: Se caracteriza por seis tipos de paisajes, cerros y montañas, lomas y colinas altas, planicie alta y ondulada y planicie aluvial.

CLIMA: La temperatura media anual es de aproximadamente 25 grados centígrados, la humedad relativa media anual es de 85%, con una precipitación media anual de 2,533 milímetros cúbicos.

RELIEVE: El Distrito se caracteriza por tener 6 tipos de paisajes, cerros y montañas, lomas y colinas altas, planicies altas onduladas y planicie aluvial.

HIDROGRAFÍA: El distrito de Chepo se encuentra irrigado por varios ríos principalmente Bayano, cuyo embalse 200 kilómetros cuadrados de superficie proporcional el insumo necesario para la producción de energía hidroeléctrica. Otros ríos importantes de cuenca son: Aguas Claras, río Diablo, Piriati, Cañazas, Ipetí, Majé y Mamoni.

VEGETACIÓN: A inicios de 1970 se estimaba que en la cuenca del lago Bayano estaba cubierta de un 80% de bosques. La estimación de la superficie deforestada en los últimos años es de aproximadamente 100,000 hectáreas de bosque natural, principalmente del área denominada polígono de protección de la hidroeléctrica. El desmonte es mayormente causado por la tala y quema de árboles característica del proceso de colonización espontánea que sigue los cambios de extracción de madera.

ASPECTOS ÉTNICOS - SOCIALES: En el distrito encontramos diversos grupos como lo son: el Bayanero de origen negro colonial ubicados a la orilla de los ríos, Indígenas Kunas, Emberá y Wuaunana que se remontan desde la época hispánica, los Colonos procedentes de provincias centrales y de la República de Colombia.

ALFABETISMO: Según el censo de 1990 el 80.5% de la población de 10 años y más eran alfabetos y el 19.5% analfabetas, y solo el 7.5% (15,464) de las mujeres de 30 años y más, en la provincia de Panamá (n=206,350), son analfabetas.

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Ganadería, agricultura, comercio y servicios. Se produce arroz, maíz, guandú, poroto y seco. Se cuenta con vacunos, porcinos, gallinas, patos, gansos y pavos.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: En el último censo oficial, el distrito contaba con 29,145 habitantes, 15,927 hombres y 13,218 mujeres. La población de 10 años y más, económicamente activas en ese momento era de 21,625 habitantes (74.2%), 15,826 (73.2%) se encontraban ocupados, de ellos 5,972 (37.7%) se dedicaban a actividades agrícolas. Y 790 (3.6%) se encontraban desocupados.

Los menores de 10 años eran 7,520, 7,217 se encontraban en edad escolar, de seis a quince años de edad, de estos 4,248 (58.9%) asistían a escuela primaria y 1,054 (14.6%) a otro nivel de enseñanza, 303 (4.2%) no asistían a la escuela.

CONDICIÓN DE VIVIENDA: En el distrito de Chepo existían (según el censo 1990) 6,828 viviendas particulares ocupadas de las cuales 3,023 (42.3%) tenían piso de tierra, 2,848 (41.7%) no tenían agua potable, 2,515 (36.8%) sin servicio sanitario, 4,401 (64.4%) sin luz eléctrica, en 3,893 (57%) se cocinaba con leña y en 23 (0.03%) con carbón, 4,603 (67.4%) no tenían televisión, 2,839 (41.6%) no tenían radio y 6,693 (98%) no tenían teléfono.

5.5 CORREGIMIENTO DE CHEPO

El corregimiento de Chepo es el corregimiento más grande del distrito en cuanto a densidad de población. Según el censo de 1990 cuenta con 48 localidades habitadas con un total de 2,083 viviendas de las cuales el 64.4% (13,429) se encontraban en la cabecera

del corregimiento. La población era de 8,971 habitantes, con el 66.4% (5,959) concentrada en la cabecera de corregimiento.

A pesar de los avances ocurridos en el distrito y el corregimiento durante las décadas de 1970-1990 y el crecimiento de la población, no se ha observado un desarrollo humano homogéneo en toda el área. Se observa un marcado desarrollo en el área urbana en comparación con áreas indígenas e inmigrantes de la Península de Azuero, que forman parte importante del resto del distrito. Estas áreas son las que presentan los mayores problemas de salud y hacen que aumenten desfavorablemente los indicadores de salud.

Es en el área urbana del distrito y del corregimiento, donde se concentra el desarrollo económico ya que aquí se encuentran la mayoría de los recursos institucionales que centran su atención prioritariamente a las poblaciones más accesibles; aunada a esta situación cabe mencionar la inadecuada explotación de los recursos naturales y la mala distribución en la tenencia de la tierra. Otra situación que es importante mencionar es que a pesar de que existe en el área una obra como la Hidroeléctrica Ascanio Villaláz, gran parte de sus funcionarios (operadores) proceden del área capitalina, solo se utiliza un pequeño porcentaje de la población para trabajos manuales de limpieza y mantenimiento de las áreas de protección. Esta tendencia se observa igualmente en gran parte de las instituciones que en Chepo se encuentran.

Otro tema de preocupación en el distrito de Chepo lo constituye la falta de un sistema de alcantarillado que permita la eliminación adecuada de excretas y aguas servidas elemento este que se convierte en un factor de riesgo para la salud del mismo.

5.6 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

TOMA DEL PAPANICOLAOU.

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

COBERTURA SOCIAL

ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

OCUPACIÓN - CONDICIÓN DE TRABAJO

NIVEL SOCIOECONÓMICO

HISTORIA REPRODUCTIVA

CONOCIMIENTOS, DE LA ENCUESTADA SOBRE PAPANICOLAOU

TEMORES DE LA MUJER HACIA EL PAPANICOLAOU

OPINIÓN DE LA MUJER SOBRE DONDE Y QUIENES REALIZAN EL
PAPANICOLAOU.

(a) Definición conceptual y operacional de variables:

TOMA DEL PAPANICOLAOU.

Definición conceptual: Realización de la prueba de detección precoz del cáncer
cérvico uterino

Definición operacional: Acción de realizarse la prueba de detección precoz del
cáncer cérvico uterino

Para efecto del análisis consideramos a la mujer que Si tiene al menos una toma de Papanicolaou y la que No se ha efectuado nunca uno.

GRUPO CON EL EVENTO –CASO- es toda mujer mayor de 30 años que se haya tomado al menos una vez una prueba de Papanicolaou.

Cumplió con lo siguiente

- Tener 30 años y más
- El Vivir en una de las localidades seleccionadas de Chepo cabecera.
- Aceptación de participar en la encuesta.

GRUPO SIN EL EVENTO –CONTROL— es toda mujer mayor de 30 años que NO se haya realizado nunca una prueba de Papanicolaou.

Cumplió con lo siguiente

- Tener 30 años y más.
- Vivir en alguna de las localidades seleccionadas de Chepo cabecera.
- Aceptación de participar en la encuesta.

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: El número de años que la encuestada haya cumplido.

CONDICIÓN DE ASEGURADO

Definición conceptual: Persona que ha contratado un seguro, estar cubierto mediante un seguro.

Definición operacional: Poseer cobertura en salud por parte de la Caja de Seguro Social, tener el derecho sin importar si es asegurada activa o beneficiaria. Esta condición debe permitir a la mujer el solicitar la prueba del Papanicolaou sin temor o preocupación por el pago de la misma.

ESCOLARIDAD

Definición conceptual: Duración de los estudios en un centro docente.

Definición operacional: se refiere al nivel que corresponda el grado o año superior que haya aprobado la encuestada, anotando según las categorías.

Ninguna

Primaria

Secundaria

Universidad

Vocacional

Otra

ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición social de la mujer con respecto a un compañero.

Definición operacional: Se refiere a la condición social en la que se encuentre la encuestada según las categorías:

Casada

Unida

soltera

separada

viuda

OCUPACIÓN - CONDICIÓN DE TRABAJO

Definición conceptual: Empleo u oficio que desempeña una persona. Es la actividad laboral que realiza la mayor parte del tiempo.

Definición operacional: Se refiere a la condición de trabajar fuera de casa o en casa, de la mujer encuestada. Con esta pregunta se pretende explorar la posibilidad que tiene la mujer de asistir a una instalación de salud, considerando que el salir de casa le permite la libertad de hacerlo y el ser ama de casa pudiera limitar la acción por el hecho de tener que cuidar o atender una cantidad no controlable de niños menores, que no asisten a la escuela y no le dejan tiempo para ello, pudiendo ser utilizado como excusa.

Se registró dentro o fuera de su residencia.

NIVEL SOCIOECONÓMICO- INGRESO FAMILIAR

Definición conceptual: Emolumentos de una(s) persona(s) que por un trabajo realizado.

Definición operacional: Se refiere a la cantidad de dinero que percibe mensualmente el grupo familiar. Se utilizará como un trazador del nivel socioeconómico de la mujer.

HISTORIA REPRODUCTIVA

Definición conceptual: Información relacionado con los antecedentes ginecológicos y obstétricos de la mujer.

Definición operacional: Se exploraron características ginecológicas y obstétricas de la mujer para tener una idea de algunos de los riesgos que tiene la mujer para desarrollar un cáncer cérvico uterino. Se exploraron con las siguientes preguntas.

Edad de inicio de vida sexual activa: se refiere a la edad en años cumplidos en que tuvo su primer relación sexual

Edad del primer embarazo, parto o aborto. Se refiere a la edad en años cumplidos en que presentó su primer embarazo, sin importar si fue parto o aborto.

Número de partos vivos, aborto y cesáreas: Se refiere la paridad de la mujer según condición de nacimiento del producto.

Edad de la Menopausia: Se refiere a la edad en años cumplidos en que se le retiró la menstruación a la mujer, con el fin de explorar una de los factores que llevan a la mujer a dejar de solicitar la prueba de Papanicolaou.

Planificación familiar: se refiere a la utilización de algún método que se utilice para controlar el embarazo. Esta pregunta explora si la mujer acude regularmente a una instalación de salud y en forma indirecta conocer si se le ha informado sobre la prueba de Papanicolaou.

CONOCIMIENTOS SOBRE PAPANICOLAOU

Definición conceptual: Noción, Idea, Información que se tiene sobre el Papanicolaou.

Definición operacional: Se refiere a la información que maneja o no, la mujer sobre el Papanicolaou, explorándolos según las condiciones:

Instalación de salud a la que acude: Centro de Salud de Chepo

Hospital de Chepo

Alguna otra instalación de salud

Motivo por el que acude:

Control de salud

Enfermedad

Como acompañante

Otra causa.

Si en ella recibe la información sobre el término Papanicolaou u ofrecimiento de éste.

Lugar donde recibe la información: se referirá al sitio al que acudió.

Fuente de la información según:

- Médico
- Enfermera
- Amigos o familiares
- Radio, televisión u otro medio

Conocimientos sobre las normas y capacidad de la oferta: se explorará con las preguntas

Le mencionaron la palabra Papanicolaou

Le ofrecieron hacerle un Papanicolaou

Edad del primer Papanicolaou

Se ha repetido el Papanicolaou

Tiempo entre uno y el subsecuente.

OPINIÓN SOBRE LA OFERTA DEL PAPANICOLAOU EN LAS INSTALACIONES DE CHEPO

Definición conceptual: Opinión: parecer, concepto, manera de pensar, concepto que se
forma de una cosa.

Definición operacional: Será asumida según la respuesta subjetiva, de la encuestada al
responder las preguntas:

Ha tenido problemas para hacerse un Papanicolaou en el hospital o el centro.

Dónde prefiere usted que él haga el Papanicolaou según las opciones

Centro de Salud de Chepo

Hospital Regional de Chepo

Alguna otra institución de salud.

Usted preferiría que el Papanicolaou se lo hiciera:

Varón

mujer

No tiene preferencia.

Qué personal de salud preferiría que se lo realizara, según las opciones:

Un médico

Una enfermera

Un ginecólogo o especialista

No tiene preferencia

FACTORES DE RIESGO PARA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU

TEMORES

Definición conceptual: Aprensión ante lo que se considera peligroso o molesto, recelo de un año futuro.

Definición operacional: Se asumió según la respuesta subjetiva, de la encuestada al responder afirmativa o negativamente a:

Temor que le produzca dolor

PROHIBICIONES

Definición conceptual: Acción de prohibir. Prohibir: vedar o impedir el uso o ejecución de una cosa

Definición operacional: Se asumió según la respuesta subjetiva, de la encuestada al responder afirmativa o negativamente a:

Su marido, se lo prohíbe

Su religión, se lo prohíbe.

PUDOR

Definición conceptual: Vergüenza o recato

Definición operacional: Se asumió según la respuesta subjetiva, de la encuestada al responder afirmativa o negativamente a:

Temor que le observen sus partes

DESCONFIANZA:

Definición conceptual: Falta de confianza. Confianza es depositar en una la fe u opinión.

Definición operacional: Se asumió según la respuesta subjetiva, de la encuestada al responder afirmativa o negativamente a:

Le preocupa que el personal comente algo sobre usted a otros.

VI. METODOLOGÍA

6.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La Región de Salud de Panamá Este, para efecto del sistema de vigilancia epidemiológica en el control del *Aedes aegypti* se encuentra formada por siete conglomerados a saber, Pacora, Chepo, Altos de Tataré, El Llano, Cañitas y Tortí. El corregimiento de Chepo constituye uno de los conglomerados, este está dividido en 12 áreas y éstas en 122 manzanas. (Cuadro XXIII).

CUADRO XXIII DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS, TERRENOS BALDÍOS, SEGÚN CONGLOMERADOS. REGIÓN DE PANAMÁ ESTE. AÑO 1999.

CONGLOMERADOS	NO. DE ÁREAS	No. DE MANZANAS	No. DE VIVIENDAS	TERRENO BALDÍO
PACORA	10	77	2,246	98
CHEPO	12	122	3,178	236
ALTOS DE TATARÉ	2	12	194	
LAS MARGARITAS	5	46	1,085	102
EL LLANO	3	7	120	9
CAÑITAS	3	8	329	21
TORTÍ	4	17	362	27

Fuente: Datos proporcionados por el Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria (SNEM)

Chepo cabecera se encuentra dividido en 11 localidades o barrios a saber: Chepo Centro, Madre Vieja, Sergio A Jiménez, La Primavera, La Higuera, Loma del Río y San Higinio mejor conocida como Santa Rosa. Las 11 localidades principales, para efecto del control de vectores han sido divididos en 122 manzanas según el Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria (SNEM), en enero de 1999 fue de 3,178 viviendas y 15,890 habitantes. (Cuadro XXIV).

CUADRO XXIV NÚMERO DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS, TERRENOS BALDÍOS Y HABITANTES SEGÚN LOCALIDADES. CONGLOMERADO DE CHEPO. AÑO 1999.

LOCALIDADES	ÁREA	MANZANAS	VIVIENDAS	T. BALDÍOS	HABITANTES
TOTAL	25	122	3,178	236	15,890
LA PRIMAVERA	2	29	646	120	3,230
SAN CRISTOBAL	2	11	115	22	575
SAN HIGINIO	1	2	71	12	355
SANTA ISABEL	4	18	640	5	3,200
MADRE VIEJA	2	1	57	5	285
CHEPO CENTRO	5	18	540	29	2,700
SERGIO A. JIMÉNEZ	2	4	162	3	810
11 DE OCTUBRE	2	10	101	4	505
LA HIGUERA	2	13	505	21	2,525
PUERTO COQUIRA	1	2	31	3	155
LOMA DEL RIO	2	14	310	12	1,550

Fuente: del Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria (SNEM), Chepo.

Para efecto de nuestro estudio, trabajamos con el número de mujeres que se estimó para 1999 que es de 3,308 de las cuales 1,962 son mujeres de mayores de 15 años. (Cuadro XXV).

CUADRO XXV NÚMERO DE MUJERES EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE, DISTRITO DE CHEPO Y CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.

GRUPO DE EDAD	REG. DE SALUD PANAMÁ ESTE	DISTRITO DE CHEPO	CHEPO CABECERA
TOTAL	27,931	16,674	5,045
0 - 9	6,973	4,220	1,120
10-19	3,230	2,010	621
SUB-TOTAL	17,728	10,046	3,308
15-19	2,580	1,643	458
20-29	5,146	2,810	884
SUB-TOTAL	10,002	5,991	1,962
30-39	3,843	2,252	725
40-49	2,447	1,479	451
50-59	1,933	1,315	414
60 -69	884	555	189
70 y +	895	390	183

Población estimada al 1 de julio de 1999

Fuente: Registros estadísticos, Contraloría General. Publicación del Ministerio de Salud.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

“Para una patología específica o un evento epidemiológico, la revisión de cada una de las características y atributos de las variables de persona, tiempo y lugar y de las variables relacionadas con factores de riesgo y efecto y otros factores asociados, pueden ser cada una de ellas el objeto de un estudio descriptivo. Colimon (1990).

El estudio descriptivo es la descripción de un problema, la determinación de su frecuencia en grupos de interés y la formulación de hipótesis y pruebas necesarias para inferir causalidad tendientes a su prevención y control. Los estudios descriptivos pueden ser transversales o de corte y longitudinales. Los estudios de corte tienen dentro de sus objetivos, el de estudiar factores de riesgo y efectos y la relación de ambos en cuanto a características comunes en un periodo único de tiempo.

El estudio descriptivo generalmente presenta varios aspectos de algún evento epidemiológico para observar su comportamiento y se puede manejar grupos que presentan el evento estudiado - grupo de estudio- otro grupo sin dicho evento - grupo testigo. Colimon op.cit.

El presente, fue un estudio descriptivo de corte o transversal de categoría de una población definida, en el cuantificamos algunos de los motivos que pudieran estar afectando a la mujer de la comunidad de Chepo, para que acuda a las instalaciones de salud, aún cuando están a su entera disposición en el área, para realizarse un Papanicolaou, que es como ya hemos dicho, una prueba gratuita y con un alto poder de prevención de muerte por un cáncer cérvico uterino.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

(a) Universo

Universo es la "totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada" Fayad (1974). El universo para nuestro estudio fueron las mujeres de 30 años y más, que residen en Chepo cabecera de

corregimiento, asumiendo a toda mujer que respondiera tener 30 cumplidos como mayor de 30 años.

Según la población estimada para 1999 este grupo, suman, 1,992 mujeres las cuales están distribuidas en el cuadro XXVI de la siguiente manera: el 36.9% se encuentra dentro de los 30-39 años. El 23.0% dentro del grupo de mujeres de 40-49 años. El grupo de 50-59 años contiene al 21.1 % de la población femenina de 30 años y más. El grupo de 60-69 años representa el 9.6% del total y el de 70 años y más, representa el 9.4% de dicha población.

CUADRO XXVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 30 AÑOS Y MÁS EN CHEPO CABECERA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
30-39	725	36.9	36.9
40-49	451	23.0	59.9
50-59	414	21.1	81.0
60 -69	189	9.6	90.6
70 y +	183	9.4	100.0
TOTAL	1,962	100.0	

Población estimada al 1 de julio de 1999

Fuente: Registros estadísticos, Contraloría General. Publicación del Ministerio de Salud.

(b) Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la cobertura máxima del Papanicolaou, que reflejan las estadísticas nacionales y que para 1995 fue de 12.7%, como la magnitud

aproximada de la proporción (p) que existe para nuestra área de estudio. El error absoluto del muestreo fue de 0.05 (d).

Fórmula.

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 0.13(0.87)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.113)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.4343}{0.0025}$$

$$n = 173.7$$

El tamaño ideal de la muestra de nuestro estudio se calculó en 175 mujeres de 30 años y más, residentes de Chepo cabecera.

(c) Selección de la muestra

Se realizó un muestreo probabilístico, por conglomerados.

Muestras probabilísticas son aquellas en que cada individuo de la población tiene una probabilidad conocida de ser incluido en la muestra. En el cual no es ni siquiera necesario que los diferentes individuos tengan una igual oportunidad de pertenecer a la muestra, basta con, que tengan alguna posibilidad (diferente de cero) de formar parte de ella y que esa probabilidad sea conocida, la segunda condición necesaria además de lo ya comentado es que es indispensable que los individuos se elijan al azar, sin permitir la

intervención de ningún factor que favorezca la elección de unos en detrimento de otros.

Fayad. Op.cit.

Muestreo por conglomerados se define como el procedimiento en que las unidades de muestreo están formadas por grupos de unidades de estudio. Para la selección de la muestra se utilizaron los conglomerados ya definidos para el Servicio Nacional para la erradicación de la Malaria (SNEM). En este caso utilizamos el conglomerado de Chepo, que está dividido en 122 manzanas. Ver Anexo1, Mapa. Realizando una distribución porcentual del número de viviendas que existen en cada localidad definimos el número de encuestas a realizar en cada una de ellas.

CUADRO XXVII NÚMERO DE ÁREAS, MANZANAS, VIVIENDAS, PORCENTAJES DE VIVIENDAS Y NÚMERO DE ENCUESTAS SEGÚN LOCALIDADES. CONGLOMERADO DE CHEPO. AÑO 1999.

LOCALIDADES	No. DE MANZANAS A VISITAR	No. DE ENCUES- TAS	MANZA- NAS TOTALES	VIVIEN- DAS	% DE VIVIEN- DAS
TOTAL	22	175	122	3,178	100
LA PRIMAVERA	4	36	29	646	20
SAN CRISTÓBAL	1	7	11	115	4
SAN HIGINIO	1	4	2	71	2
SANTA ISABEL	4	36	18	640	20
MADRE VIEJA	1	3	1	57	2
CHEPO CENTRO	3	30	18	540	17
SERGIO A. JIMÉNEZ	1	9	4	162	5
11 DE OCTUBRE	1	5	10	101	3
LA HIGUERA	3	28	13	505	15
PUERTO COQUIRA	1	1	2	31	1
LOMA DEL RÍO	2	16	14	310	9

Fuente: del Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria (SNEM),

Se obtuvo al azar (sacando los números de una bolsa que contendrá los 122 distribuidas según la localidad correspondiente), el número de manzanas necesarias para lograr el número de encuestas a realizar ($n=173$). Ver Anexo 2. En cada una de las manzanas se aplicaron diez encuestas, una mujer por casa. Cuando no se lograba encuestar a las diez mujeres en la manzana, se continuaba en la siguiente manzana hasta completarias. El azar decidió el número de la primera casa que se visitaría en cada manzana continuando con cada segunda casa a la derecha, hasta encuestar el número de mujeres mayores de 30 años necesarias para cumplir con el cálculo, (Cuadro XXVII), y algunas más por si era necesario eliminar algunas esto nos permitió lograr 200 encuestas, de la cuales se excluyeron cinco, por no haber contestado si se habían , en algún momento de su vida, realizado una prueba de Papanicolaou . Esto nos dejó un total de 195 encuestas para el análisis del estudio.

6.4 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El método que se utilizó, para la recolección de la información fue una entrevista presencial con aquella mujer mayor de 30 años que se encontró en el momento en casa y que fue seleccionada.

El instrumento fue una encuesta frente a frente o personal, la que se llenó en presencia de la encuestada por la investigadora o encuestadora en el momento de dicha entrevista.

FACTORES QUE AFECTAN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. CHEPO 1999

ENCUESTA

No. _____

Localidad o Barrio: _____

Esta encuesta es para un trabajo sobre la salud de la mujer mayor de 30 años. Las respuestas que usted de, serán totalmente confidenciales, no se dirá su nombre.

SECCIÓN A DATOS GENERALES

COD

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? <input type="text"/> <input type="text"/>	2. ¿Es usted asegurada o beneficiaria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. Hasta que grado o año estudió usted: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> vocacional <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> otra ¿cuál? _____	4. ¿Está usted <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> Unida <input type="checkbox"/> viuda <input type="checkbox"/> Separada		
5. ¿Cuántas personas viven con usted en casa? <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Usted trabaja fuera de casa Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
7. ¿Recibe usted dinero por su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. ¿Cuánto suma el dinero que recibe la familia al mes? <input type="checkbox"/> Menos de 250 <input type="checkbox"/> 250-500 <input type="checkbox"/> más de 500		
9. ¿Usted cuida niños menores de seis años o persona incapacitada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. ¿Cuántos niños y/o personas incapacitadas cuida usted? <input type="text"/> <input type="text"/>		

SECCION B HISTORIA REPRODUCTIVA

COD

12. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? <input type="text"/> <input type="text"/>	11. ¿Tiene usted compañero sexual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>		
13. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primer embarazo (parto o aborto)? <input type="text"/> <input type="text"/>	14. ¿Cuántos ... <input type="checkbox"/> hijos vivos <input type="checkbox"/> abortos? <input type="checkbox"/> cesáreas? ha tenido?		
15. Sus hijos son del mismo padre? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	16. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido? <input type="text"/> <input type="text"/>		
17. Si la señora tiene menos de 45 años pregunte ¿Usted utiliza algún método de planificación familiar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____	18. Si la señora tiene menos de 45 años pregunte ¿Por cuánto tiempo lo ha utilizado? meses <input type="text"/> años <input type="text"/> <input type="text"/>		
19. Si la señora tiene más de 45 años pregunte si ¿Ya se le retiró la regla, sangrado o menstruación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Si la señora tiene más de 45 años pregunte ¿Qué edad tenía usted cuando se le retiro la regla? <input type="text"/> <input type="text"/>		

SECCIÓN C SOBRE EL PAPANICOLAOU

COD

<p>21. Durante el año pasado y lo que va de este, ha acudido usted al ... Centro de Salud de Chepo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hospital Regional de Chepo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna otra instalación de salud Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>22. ¿A qué acudió usted? <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Acompañando a otra persona <input type="checkbox"/> Otra causa. Cuál? _____</p>	
<p>23. Cuando acudió al Centro u Hospital... Le mencionaron la palabra Papanicolaou Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ofrecieron hacerle un Papanicolaou Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>24. ¿Usted sabe qué es un Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SI continúe NO vaya al cuadro No. 38</p>	
<p>25. El Papanicolaou es: <input type="checkbox"/> Una medicina para el cáncer * <input type="checkbox"/> Un examen que se realiza a prostitutas * <input type="checkbox"/> Una prueba de laboratorio para saber si tiene un cáncer Léale el cuadro 38 y siga con el No. 26</p>	<p>26. Qué edad tenía usted cuando se enteró lo que era un Papanicolaou? [] []</p>	
<p>27. ¿Cómo se enteró, que es un Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Amigos o familiares <input type="checkbox"/> Radio, televisión u otro medio</p>	<p>28. Alguna vez usted a acudido a alguna instalación de salud, para que le hagan un Papanicolaou? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI continúe NO vaya a la pregunta No. 43</p>	
<p>29. A que edad le hicieron el primer Papanicolaou? [] []</p>	<p>30. Se ha repetido usted el Papanicolaou? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
<p>31. ¿Cada cuánto tiempo usted acude para que le repitan su Papanicolaou? <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> + 3 años <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> irregular</p>	<p>32. ¿Volverá usted a hacerse el Papanicolaou? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI continúe NO vaya a la pregunta No. 47</p>	
<p>SECCIÓN D SOBRE LA OFERTA DEL PAPANICOLAOU</p>		<p>COD</p>
<p>33. Ha tenido problemas para realizarse un Papanicolaou en el hospital o el centro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____</p>	<p>34. ¿Dónde prefiere (preferiría) usted que le hagan el Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Centro de Salud de Chepo <input type="checkbox"/> Hospital Regional de Chepo <input type="checkbox"/> Alguna otra institución de salud fuera de Chepo. <input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> No tiene preferencia</p>	
<p>35. Usted preferiría que el Papanicolaou se lo hiciera... <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No tiene preferencia</p>	<p>36. ¿Qué personal de salud preferiría? <input type="checkbox"/> Un médico <input type="checkbox"/> Una enfermera <input type="checkbox"/> Un ginecólogo o especialista <input type="checkbox"/> No tiene preferencia</p>	

SECCIÓN E FACTORES QUE AFECTAN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU COD

<p>37. Alguna vez, al hacerse el Papanicolaou ha sentido (conteste en todas)</p> <p>Temor al dolor que sienta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Temor a que le vean sus partes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Que le vayan a hacer un daño Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su marido se lo ha prohibido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su religión se lo prohíbe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Le preocupa que el personal comente algo sobre usted a otras personas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo, Cuál? _____</p>	<p style="text-align: center;">Viene del cuadro 24</p> <p>38. El Papanicolaou es una prueba de laboratorio que se realiza para saber si usted puede tener un cáncer en el cuello de su útero o matriz. Se le coloca un aparato llamado espéculo, en sus partes íntimas y se recoge una muestra con un palillo con algodón o varita de madera, la muestra se pone en una laminilla de vidrio y se envía al laboratorio.</p>	
Lea el cuadro 38, Termine y gracias		
<p>39. ¿Recuerda ahora si alguna vez le mencionaron o le han ofrecido hacerle un Papanicolaou?</p> <p style="text-align: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si vuelva al cuadro 27</p> <p>No continúe hasta el 42</p>	<p>40. ¿Si tuviera que hacerse un Papanicolaou, dónde lo iría a hacer?</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud de Chepo</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Regional de Chepo</p> <p><input type="checkbox"/> Alguna otra institución de salud</p> <p><input type="checkbox"/> En su casa</p> <p><input type="checkbox"/> No tendría preferencia?</p>	
<p>41. Usted preferiría que el Papanicolaou se lo hiciera....</p> <p><input type="checkbox"/> varón</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene preferencia</p>	<p>42. ¿Qué personal de salud preferiría?</p> <p><input type="checkbox"/> Un médico</p> <p><input type="checkbox"/> Una enfermera</p> <p><input type="checkbox"/> Un ginecólogo o especialista</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene preferencia</p>	
<p>43. Si tuviera que hacerse el Papanicolaou sentiría usted....</p> <p>Temor al dolor que sienta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Temor a que le vean sus partes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su marido se lo prohibiría Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su religión se lo prohibiría Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Le preocuparía que el personal comente algo sobre usted a otras personas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo, Cuál? _____</p>	<p>44.</p> <p style="text-align: center;">Regrese al cuadro 40 y termine en el cuadro 42.</p>	
Viene del cuadro 28 o del 32		
<p>45. Usted no ha regresado a hacerse el Papanicolaou porque:</p> <p>Teme que le duela algo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Teme que le vean sus partes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su marido se lo prohíbe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Su religión se lo prohíbe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Le preocupa que el personal comente algo sobre usted a otros Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo, Cuál? _____</p>	<p>46.</p> <p style="text-align: center;">Regrese al cuadro 40 y termine en el cuadro 42.</p>	

INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA FACTORES QUE AFECTAN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. CHEPO 1999

Una vez localizada la vivienda seleccionada se preguntó si hay en casa alguna o algunas mujeres entre 30 y 65 años. Si las hay se solicita, por favor, su presencia, y se le explicó de lo que trata la encuesta y se aplicó la encuesta por separado.

Con la interesada: Solicite su cooperación y si accede, proceda a realizar la encuesta.

- Anotar la localidad o barrio en donde se encuentra ubicada la residencia que corresponda a la encuestada.

Recordar dar una pequeña explicación sobre los motivos que lleva la realización de esta encuesta, que es totalmente confidencial y no se utilizará su nombre. Si se niega a responder alguna pregunta, escriba NR y siga adelante.

SECCIÓN A DATOS GENERALES

En cada cuadro según el número siga las instrucciones.

1. Anotar el número de años cumplidos.
2. Anotar con un gancho si es o no asegurada o beneficiaria.
3. Anotar con un gancho el nivel académico al que corresponda el último año aprobado.
4. Anotar con un gancho el estado civil al que corresponda en el momento de la encuesta.
5. Anotar el número de personas que viven en la casa, contando a la encuestada.
6. Anotar con un gancho si trabaja o no fuera de casa.
7. Anotar con un gancho si tiene o no un ingreso personal.
8. Anotar con un gancho el espacio en el que corresponda el ingreso familiar. (suma de todos los ingresos de los que viven en casa).

9. Anotar si cuida o no niños menores o personas incapacitadas que deba atender en el día.

10. Anotar cuantos niños o personas debe atender.

SECCIÓN B HISTORIA REPRODUCTIVA.

11. Anotar con un gancho si tiene o no marido.

12. Anotar la edad que corresponda.

13. Anotar el número de años correspondiente en que tuvo su primer embarazo, (haya terminado en parto o aborto).

14. Anotar el número de hijos vivos, de abortos y cesáreas que ha tenido.

15. Anotar con un gancho si son o no los hijos del mismo padre.

16. Anotar el número de compañeros que refiera haber tenido.

17. Anotar con un gancho si utiliza o no algún método de planificación familiar y cual es.

18. Anotar el número de meses o años que corresponda al tiempo que ha utilizado el método de planificación familiar.

19. Anotar con un gancho si o no se le retiró la regla o menstruación.

20. Anotar el número de años cumplidos en el momento en que se él retiró la regla o menstruación.

SECCIÓN C SOBRE EL PAPANICOLAOU

21. Anotar con un gancho si en el último año 1998-1999 ha acudido a las instalaciones referidas

22. Anotará con un gancho el motivo por el que acudió la instalación de salud en el último año, puede anotar más de una opción.

23. Anotar con un gancho lo que corresponda sobre: si le han mencionado la palabra Papanicolaou o le han ofrecido realizarle uno.
24. Anotar con un gancho si conoce o no que es el Papanicolaou, y siga las instrucciones sobre si la respuesta fue si o no.
- Siga las instrucciones según la respuesta. Si es Si entonces continúe con el cuadro 25; si es No, deberá continuar en el cuadro 38, le explicará lo que es el Papanicolaou y continuará la secuencia hasta el cuadro 44.
25. Anotar con un gancho lo que considere la señora que sea el Papanicolaou, teniendo en cuenta que si anota las dos primeras, probablemente no sepa bien lo que es el Papanicolaou, léale el cuadro 38 y siga adelante.
26. Anotar el número de años cumplidos a los que se enteró de que es el Papanicolaou.
27. Anotar con un gancho, el mecanismo por el cual se enteró lo que era el Papanicolaou
28. Anotar con un gancho en, si o no ha acudido alguna instalación de salud que le realicen un Papanicolaou.
29. Anotar el número de años cumplidos en el momento en que le hicieron el primer Papanicolaou.
30. Anotar, con un gancho en, si o no se ha repetido el Papanicolaou.
31. Anotar con un gancho donde corresponda el periodo de tiempo que transcurre o transcurrió entre un Papanicolaou y otro.

SECCIÓN D SOBRE LA OFERTA DEL PAPANICOLAOU

32. Anotar con un gancho en, si o no volverá ha hacerse el Papanicolaou.

Siga las instrucciones según la respuesta, si es Si entonces continúe con el cuadro 33; si es No deberá continuar en el cuadro 45, luego volverá al 40 y terminará en el 42

33. Anotar con un gancho en, si o no ha tenido problemas para hacerse un Papanicolaou en el hospital o el centro.
34. Anotar con un gancho donde corresponda el lugar donde prefiera realizarse un Papanicolaou.
35. Anotar con un gancho donde corresponda la preferencia por sexo del que le realice el Papanicolaou.
36. Anotar con un gancho donde corresponda la preferencia por el tipo de personal para realizarle un Papanicolaou.
37. Anotar con un gancho cada una de las opciones para cada pregunta acerca del factor que afecta a la mujer para hacerse un Papanicolaou.
38. Este cuadro es informativo, define lo que es el Papanicolaou y brindó a la encuestada una noción clara de lo que es el Papanicolaou. Aquí terminará el primer grupo de encuestadas. En este cuadro también iniciaron las encuestadas que contestaron No en la pregunta 24 y seguirá el 39, siguiendo la instrucción de volver al 27 si la respuesta es SI y continuar el orden hasta el cuadro 41 si la respuesta es no.
39. En este cuadro se retomó a la mujer que no estaba clara sobre lo que era el Papanicolaou y reiniciar luego de recordar o seguir si no fuera así.
40. El cuadro 40 es similar al 34.
41. El cuadro 41 es similar al 35
42. El cuadro 42 es similar al 36

43. En el cuadro 43 se contestaron todas las opciones y se concluyó en estas preguntas.
44. Recuerde terminar
45. Es similar al 43, con enunciación diferente, se realizó a la mujer que contestó NO en la pregunta 28 o en la 32, pero es importante que luego se continuara en el 46
46. En ese momento debió regresar a la pregunta 40 y terminar en la 42

6.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

RESPONSABLE

Se capacitó a dos personas del equipo de salud y a 15 estudiantes de promoción para la salud que se encontraban realizando sus estudios en la Región de Salud, para la aplicación de la encuesta.

Los responsable de la aplicación de la encuesta fueron, su autora, las otras dos personas del equipo y los estudiantes.

TIEMPO:

Desde la planificación hasta el informe final tomó un periodo de siete meses, para la recolección de la información se tomó un mes trabajando sábados y/o domingos.

Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

1. Autorización de la mujer a la que se realizó la encuesta.
2. Edad de la interesada.
3. Recolección de datos, en forma directa, en casa de la interesada.

6.6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Los recursos financieros estuvieron a cargo de la investigadora en lo que se refiere a materiales impresos, copias, diskettes de computadora, tinta para la impresora, lápices, calculadora, plumas y el costo del personal necesario, el recurso humano como ya se dijo fue, la investigadora, el asesor, personal del equipo de salud y estudiantes.

La encuesta fue validada en el área, dos semanas antes, en casas no seleccionadas y se procedió a la aplicación de la misma, sin otros manejos administrativos que la autorización de la encuestada para participar.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

(a) guía del procedimiento de análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico utilizando el procesador de bases de datos y sistemas estadísticos (software) Epi Info versión 6.04 que es una serie de programas micro computarizado que permite manejar datos epidemiológicos en formatos de cuestionario y organizar diseños de estudios y resultados dentro del texto. (DEAN 1990).

Se presenta la información obtenida en tablas estadísticas que contienen números y porcentajes de cada una de las variables investigadas.

Se utilizaron las tablas estadísticas de contingencia, las que permiten efectuar el análisis estadístico simple y estimar la magnitud de la asociación causal entre los individuos expuestos y no expuestos a la variable de exposición que en este caso era la toma del Papanicolaou, asumiendo el haber realizado o no el Papanicolaou alguna vez en la vida de la encuestada.

Las medidas estadísticas utilizadas fueron:

Significación estadística

El cálculo de la significación estadística de la asociación cuantificó la probabilidad de que los resultados sean debidos al azar y que no haya asociación causal real.

1. CHI cuadrado (X^2) de Mantel Haenzel y su traducción en función de la probabilidad o valor de **p**. Interpretándose así: $p < 0.05$ se acepta como significativo y una $p > \text{ó} = 0.05$ que no hay significancia, es decir que no se presenta asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, en las condiciones en que se realizó el estudio.
2. La magnitud de la asociación causal: Para los estudios de casos y controles utilizamos un estimador de magnitud del riesgo relativo (la razón de productos cruzados u odds ratio).

Interpretación de los resultados de la Odds ratio:

O.R.=1 indica que la magnitud de la asociación causal es nula, ya que no hay diferencias de riesgo de la enfermedad entre individuos expuestos y los no expuestos a la variable de exposición.

O.R.>1 se interpreta así: la variable de exposición es factor de riesgo de la enfermedad, ya que la incidencia de esta es mayor en los expuestos que en los no expuestos.

O.R.<1 se interpreta así: la variable de exposición es un factor de protección de la enfermedad, ya que los expuestos a ella presentan incidencias más baja que los no expuestos.

3. La precisión de la asociación causal (límites de confianza de la odds ratio).

Calculamos el límite superior e inferior de la O.R, lo que nos permite afirmar con una

confianza de 95% entre que valores se encuentra la razón de productos cruzados.

Límite de confianza inferior es $= O.R.^{(1-z/\alpha)}$ y el límite de confianza superior es $=$

$O.R.^{(1+z/\alpha)}$

(b) cálculos estadísticos (fórmulas)

Se calculó el producto de razones cruzadas = OR

$$O.R. = \frac{ad}{bc}$$

Se utilizó, el chi cuadrado para el cálculo de la significancia estadística:

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 n}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Precisión del riesgo encontrado

$$LC = OR^{1 \pm (1.96/\chi_m-h)}$$

Se confeccionó un listado de factores de riesgo para la si toma del Papanicolaou y se elaboró una tabla tetracórica para cada uno de ellos.

(c) Esquema para el análisis de las variables en tabla tetracórica 2x2.

FACTOR DE RIESGO	TOMA DE PAPANICOLAOU		TOTAL
	si	no	
(SI) +	a	b	a+b
(NO) -	c	d	c+d
TOTAL	a+c	b+d	TT

El efecto estuvo dado por la condición de manifestar si para la variable que se esté investigando, por ejemplo la que sienta temor ser observada. Entonces a representa a la mujer que se realizó la prueba y además siente temor a ser observada, etc., así tendríamos:

a = Mujeres con el factor de riesgo positivo y efecto positivo.

b = Mujeres con el factor de riesgo positivo y efecto negativo

c = Mujeres con el factor de riesgo negativo y efecto positivo

d = Mujeres con el factor de riesgo negativo y efecto negativo

$a+b$ = Total de mujeres con el factor de riesgo positivo

$c+d$ = Total de mujeres con el factor de riesgo negativo

$a+c$ = Total de mujeres con el efecto positivo

$b+d$ = Total de mujeres con el efecto negativo

TT = Total de mujeres

(d) Cuadros de presentación de resultados

Los resultados se presentan en:

1. Cuadros y gráficas de distribución porcentual para cada una de las variables incluidas en la encuesta, totales y según los grupos de mujeres que se hicieron o no se hicieron un Papanicolaou.
2. Cuadro con: valores de Chi^2 , valor de P, razón de productos cruzados crudos y límites de confianza para las diferentes variables del estudio.

VII ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

NIVEL SOCIOECONÓMICO

En el cuadro XXVIII (pág. 132) presentamos el resumen comparativo entre los datos encontrados para algún nivel de la república y poblaciones específicas, construidas según el censo nacional de 1990 y los datos obtenidos para las mujeres encuestadas según variables demográficas enmarcadas en el estudio.

En la provincia de Panamá, según los Censo Nacionales de Población y Vivienda de 1990, calculamos con base en el ingreso económico, que cerca de el 40% de la población se encuentra en condiciones socioeconómicas medias a bajas, y tomando en cuenta variables de viviendas como, piso de tierra, luz eléctrica, poseer radio, poseer televisión, que son las características utilizadas en dicho censo, en la comunidad de Chepo cabecera hay entre 30% y 40% de su población en estas condiciones. En el presente estudio logramos explorar el ingreso familiar y en una relación con el número de personas en la vivienda construimos el nivel de condición socioeconómica y encontramos que:

a. INGRESO FAMILIAR

En la provincia de Panamá, para 1990, el 41.2% de la población de 10 años y más devengaba un salario menor de 5-\$250.00. El 36.3% devengaba entre \$250.00 y \$599.00

y un 22.5% devengaba mas de \$599.00. En el presente estudio se encontró que el 60% (n=117), de las mujeres encuestadas pertenecen a familias cuyo ingreso mensual es menor a \$250.00. En el 28.7% (n=56) el ingreso va de \$250.00 a \$500.00. El 10.3% (n=20) refirió un ingreso mayor de \$500.00. (Cuadro XXIX, Gráfica VII, pág. 134).

b. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

En las encuestas se encontró que el 62.6% (122) de las mujeres encuestadas viven en familias con poder adquisitivo bajos, el 21.5% (42) en condiciones medias y el 15.9% (31), tenía un nivel alto, esto nos indica que más del 80% de las mujeres estaban en condiciones socioeconómicas medias y bajas. (Cuadro XXX, Gráfica VIII, pág. 134).

TRABAJO FUERA DE CASA

En 1990, en Chepo Cabecera, para la población mayores de 10 años (n=5,959) el nivel de ocupación, era de 30% (n=1838), y el de desocupación de 4.5% (n= 59) según el censo de ese año. De las mujeres encuestada en el presente estudio, el 34.3% (n=67) refirieron trabajar fuera de casa y 128 (65.7%) no trabajaban fuera de casa, en el momento de realizadas las encuestas. (Cuadro XXXI, Gráfica IX, pág. 135).

COBERTURA SOCIAL

En al República, el 48.2% de la población se encontraba protegida por la Seguridad Social según el último censo. En nuestro estudio del total de las encuestadas, el 49.7% (n=97) de las mujeres, contaban con Seguro Social como activas o beneficiarias, y el 50.3% (n=98) no estaban aseguradas. (Cuadro XXXII, Gráfica X, pág. 135).

CUADRO XXVIII CUADRO COMPARATIVO DEL CENSO A NIVEL NACIONAL Y ENCUESTAS DE CHEPO CABECERA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS. AÑO 1999.

VARIABLES	ESTRATOS	PORCENTAJE EN ALGÚN NIVEL NACIONAL	PORCENTAJE DE ENCUESTADAS*
INGRESO FAMILIAR		(1)	
	< 250.00	41.2	60.0
	250.00-500.00	36.3	28.7
	> 500	22.5	10.3
OCUPACIÓN		(2)	
	OCUPACIÓN	30.0	34.3
	DESOCUPACIÓN	4.5	65.7
COBERTURA SOCIAL		(3)	
	SI	48.2	49.7
	NO	51.8	50.3
ESCOLARIDAD		(4)	
	NINGUNA	5.8	11.3
	PRIMARIA	36.5	41.5
	VOCACIONAL	6.3	0.0
	SECUNDARIA	33.0	36.9
	UNIVERSITARIA	16.0	8.2
ESTADO CIVIL		(5)	
	CASADA	37.6	37.6
	UNIDA	28.3	37.4
	SOLTERA	9.5	15.4
	SEPARADA	15.0	10.7
	VIUDA	9.5	7.1

* Chepo Cabecera

- (1) Provincia de Panamá, población de 10 años y más.
- (2) Chepo Cabecera de Distrito, población de 10 años y más.
- (3) República de Panamá, población ocupada de 10 años y más.
- (4) Provincia de Panamá, mujeres de 30 a 39 años.
- (5) República de Panamá, mujeres de 30 años y más.

ESCOLARIDAD

Según el censo en la provincia, de un total de 206,350 mujeres de 30 años y más, el 5.8% (n=12,012) no habían aprobado algún grado escolar. El 36.5% (n=75,431) habían aprobado algún grado a nivel primario. El 33.3% (n=68,239) aprobó algún año del nivel secundario. Un 16% (n=33,006), algún año universitario y el 6.3% (n=13,098) alguno del nivel vocacional. El 7.5% (15,464) de las mujeres de 30 años y más (n=206,350), eran analfabetas. En Chepo Cabecera, para la población de 6-15 años (1,385), el 59% (n=820) había asistido al nivel primario de educación y el 32.9% (n=456) asistieron a algún otro nivel de educación.

En el presente estudio según el nivel de escolaridad, el 11.3% (n=22) de las mujeres encuestadas no habían asistido a algún nivel de educación, 81 mujeres (41.5%) solo han alcanzado la primaria, el 36.9% (n=72) llegaron a algún nivel de secundaria y 16 (8.2%) de ellas informaron algún nivel universitario. (Cuadro XXXIII, Gráfica XI, pág. 136).

ESTADO CIVIL

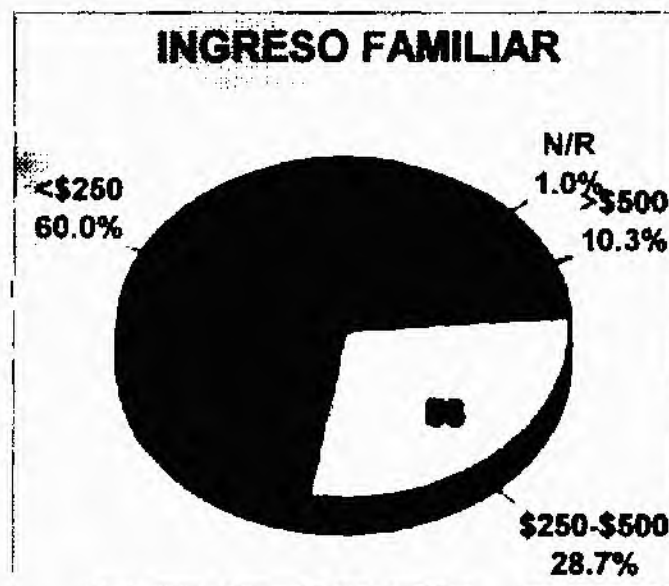
En 1990, en la República, el estado conyugal de las mujeres censadas de 30 años y más (n=413,668) era: Unidas 28.3% (n=117,116), casadas 37.6% (n=155,526), Solteras 9.5% (n=39,421), separadas 15.0% (n=68,624) y viudas 9.5% (n=39,315).

En el presente estudio, de las mujeres encuestadas el 37.4% (n=73) se encontraban unidas, 29.9% (n=59) estaban casadas y 15.4% (n=30) aún eran solteras. El grupo de las separadas fueron 21 (10.7%) y viudas 14 (7.1%). Esto permite indicar que hay en Chepo Cabecera mayor tendencia a estar unidas que casadas y que el nivel soltería es mayor que para el total de la República. (Cuadro XXXIV, Gráfica XI, pág. 136).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

CUADRO XXIX, GRÁFICA VII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.

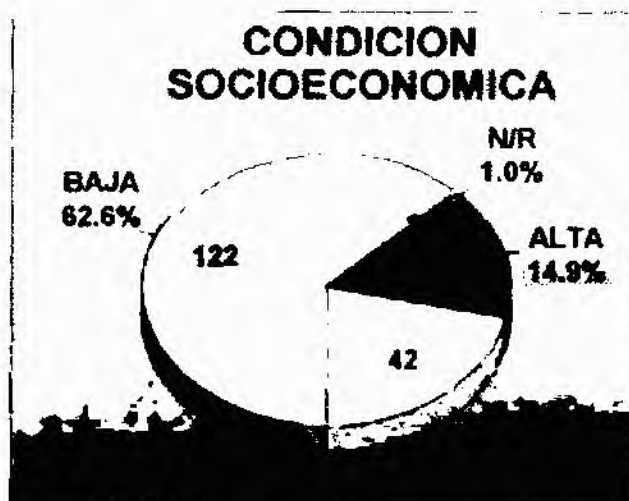
INGRESO FAMILIAR	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
< 250.00	117	60.0
250.00 - 500.00	56	28.7
> 500.00	20	10.2
N/R	2	1.0



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXX, GRÁFICA VIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
BAJA	122	62.5
MEDIA	42	21.5
ALTA	29	14.9
N/R	2	1.0



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXI, GRÁFICA IX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.

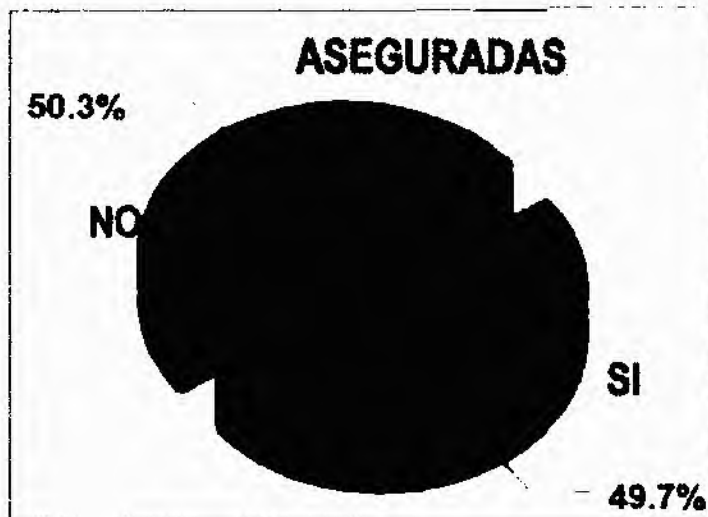
TRABAJA FUERA DE CASA	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
SI	67	34.3
NO	128	65.7



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXII, GRÁFICA X DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.

ASEGURADA	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
SI	97	49.7
NO	98	50.3



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXIII, GRÁFICA XI

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
NINGUNA	22	11.3
PRIMARIA	81	41.5
VOCACIONAL	4	2.1
SECUNDARIA	72	36.9
UNIVERSITARIA	16	8.2

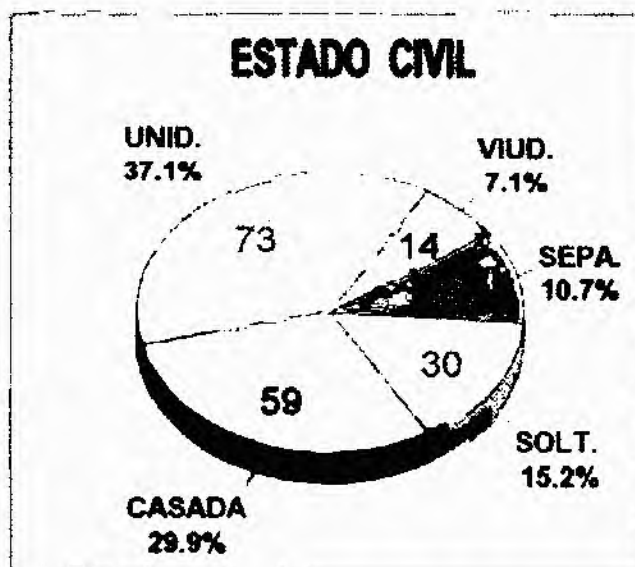


Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXIV, GRÁFICA XII

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN SU ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.

ESTADO CIVIL	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	195	100.0
CASADA	59	29.9
UNIDA	73	37.1
SEPARADA	21	10.7
SOLTERA	30	15.2
VIUDA	14	7.1



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

TOMA DEL PAPANICOLAOU

SE HA REALIZADO UN PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ

Con las respuestas a la pregunta sobre si se ha realizado un Papanicolaou alguna vez logramos conocer si el grupo seleccionado de las mujeres de Chepo conocían o no esta técnica. Dentro de las 195 encuestas seleccionadas para el análisis, 167 (el 85.6%) de las encuestadas refirieron haberse realizado alguna vez en su vida un Papanicolaou y el 14.4% (n=28) de las éstas, refirieron nunca haberse efectuado un Papanicolaou. (Cuadro XXXV, Gráfica XIII, pág. 138)

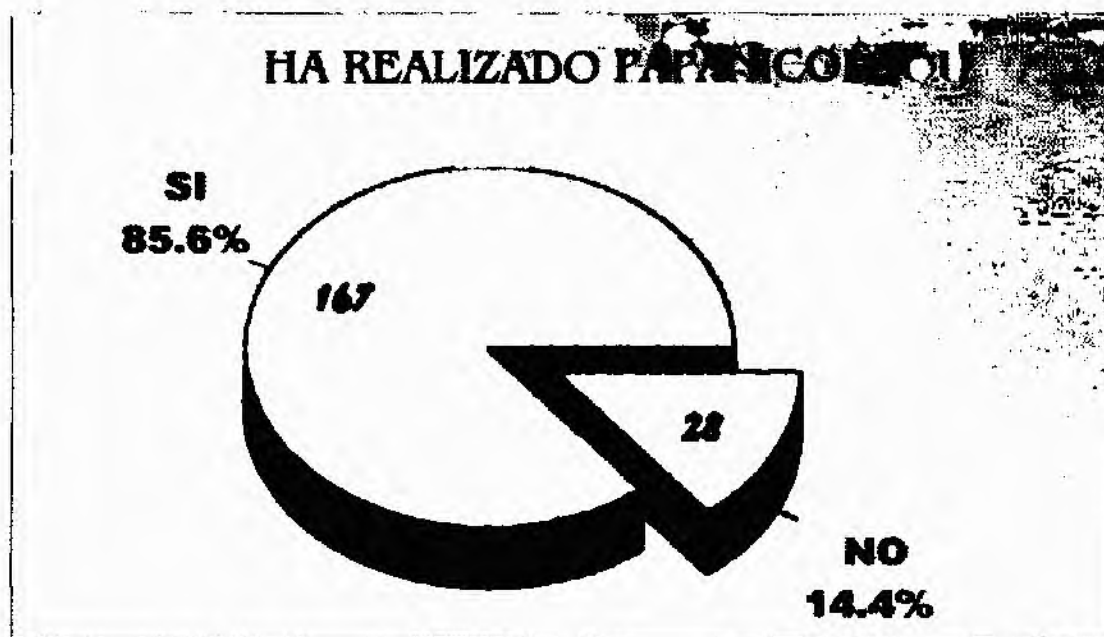
TOMA DEL PAPANICOLAOU

CUADRO XXXV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABERSE REALIZADO EL PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ. CHEPO. AÑO 1999.

SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ		No.	%
TOTAL		195	100.0
SÍ		167	85.6
NO		28	14.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABERSE REALIZADO UN PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

TOMA DEL PAPANICOLAOU Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS

INGRESO FAMILIAR Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

De las 117 mujeres con ingreso mensual menor a \$250.00, el 82.9% (n=97) contestó haberse realizado el Papanicolaou y un 17.1% (n=20) no. En el de \$250.00 a \$500.00 el 92.2% (n=52) contestó si y un 7.1% (n=4) no. En el grupo que refirió un ingreso mayor de \$500.00, el 85% (n=17) se habían tomado el Papanicolaou y el 15.0% (n=3) no. El 1% (n=2), no respondió a la pregunta de los cuales el 50% (n=1) respondió si haberlo hecho. (Cuadro XXXVI, Gráfica XIV, pág. 141).

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

Dentro del grupo con poder adquisitivo bajo, solo el 84.4% (103), informaron que se habían realizado algún Papanicolaou y el 15.6 (19) no lo habían realizado nunca. El 87.1% (27) entre las de niveles altos y 88.1% (37) en el grupo con nivel medio se lo habían realizado alguna vez. (Cuadro XXXVII, Gráfica XV, pág. 142).

TRABAJO FUERA DE CASA Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

De las 67 mujeres que trabajaban fuera de casa, en el momento de realizadas las encuestas, el 89.6% (n=60) refirió haber tomado un Papanicolaou alguna vez y 10.4% (n=7) no. Entre las que respondieron NO trabajar fuera de casa, el 83.6% (n=107) dijeron si habérselo realizado, quedando un 16.4% (n=21) que nunca lo habían realizado. (Cuadro XXXVIII, Gráfica XVI, pág. 143).

COBERTURA SOCIAL Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

De las 97 encuestadas que contaban con Seguro Social el 91.7% (n=89) respondieron que sí se realizaron alguna vez un Papanicolaou y el 8.3% (n=8) no. Sólo el 79.6% (n=78) del grupo de las no aseguradas lo habían realizado lo que indica que un mayor porcentaje (20.4%) de este grupo no lo había realizado. (Cuadro XXXIX, Gráfica XVII, pág. 144).

ESCOLARIDAD Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

De las que respondieron que no asistieron a algún nivel de escolaridad (n=22), el 90.9% (n=20) se habían realizado al menos un Papanicolaou, siendo el grupo que más lo hizo. El 88.9% (n=64) de las que llegaron a Secundaria (n=72), el 87.5% (n=13) de las que llegaron a la universidad y el 75% (n=3) de las que cursaron vocacional se realizaron alguna vez el Papanicolaou, siendo el grupo que en menor porcentaje lo realizó. (Cuadro XL, Gráfica XVIII, pág. 145).

ESTADO CIVIL Y TOMA DEL PAPANICOLAOU

Según el estado civil de las encuestadas, en el grupo de las separadas, acudieron a realizarse un Papanicolaou un 90.4 % (n=19), de las casadas un 89.8% (n=53), de las unidas un 87.7% (n=64). Las viudas y las solteras se realizaron el Papanicolaou en un 78.6% (n=1) y un 66.6% (n=20) respectivamente, siendo los grupos que menos acudió a ello, en un 21.4% (n=3) y 33.4% (n=10) (Cuadro XLI, Gráfica XIX, pág. 146).

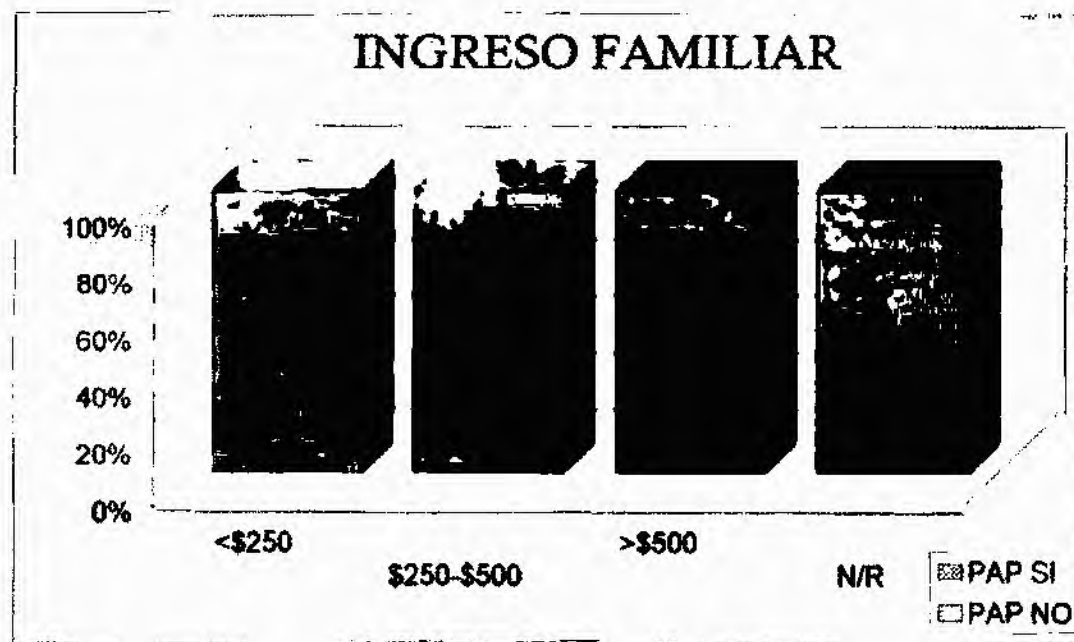
TOMA DEL PAPANICOLAOU Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS

CUADRO XXXVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.

INGRESO FAMILIAR	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
< 250.00	117	97	82.9	20	17.1
250.00 - 500.00	56	52	92.2	4	7.1
> 500.00	20	17	85.0	3	15.0
N/R	2	1	50.0	1	50.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN INGRESO FAMILIAR. CHEPO. AÑO 1999.



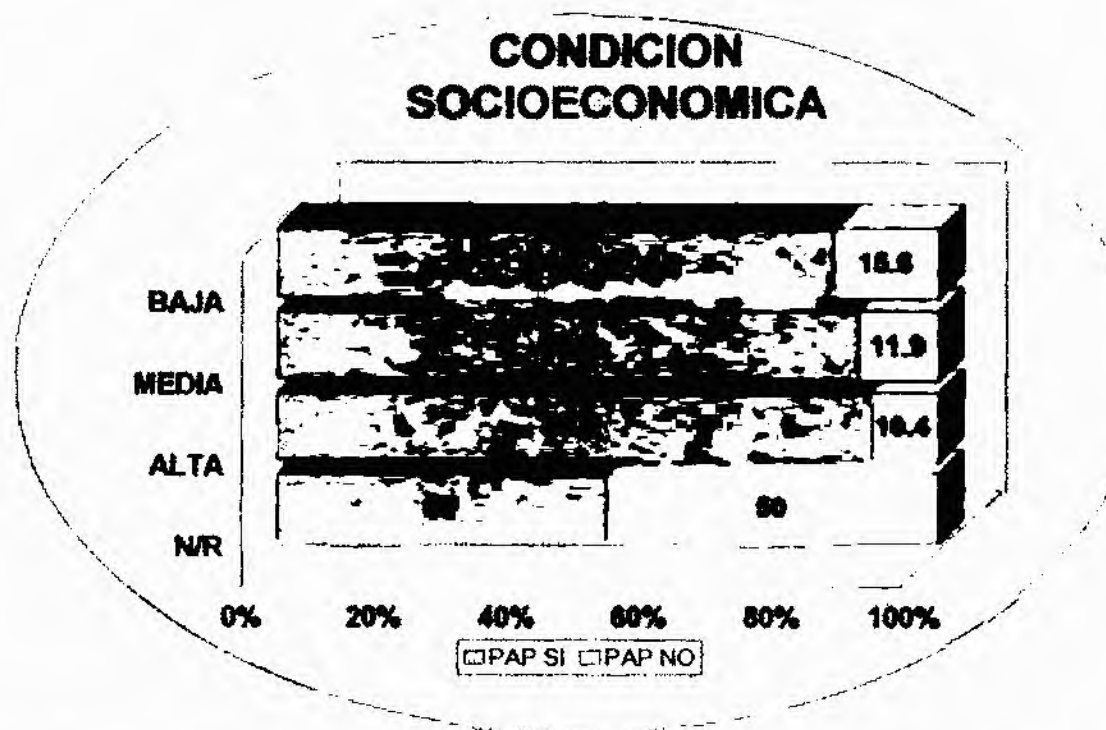
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
BAJA	122	103	84.4	19	15.6
MEDIA	42	37	88.1	5	11.9
ALTA	31	27	87.1	4	12.9

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CHEPO. AÑO 1999.



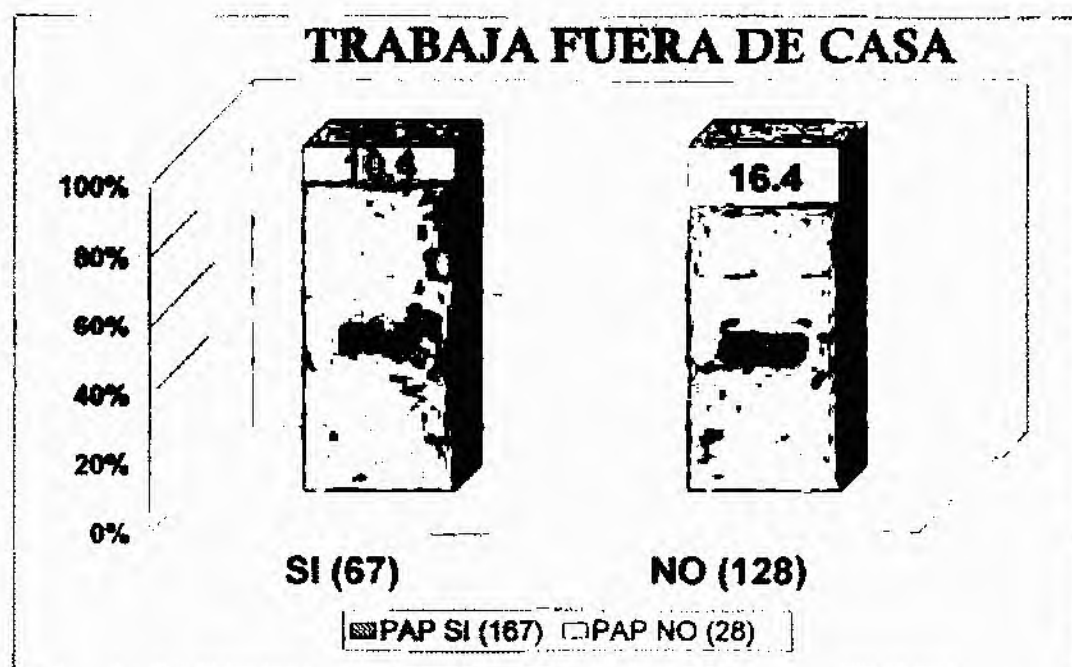
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.

TRABAJA FUERA DE CASA	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SÍ	67	60	89.6	7	10.4
NO	128	107	83.6	21	16.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN CONDICIÓN DE TRABAJO. CHEPO. AÑO 1999.



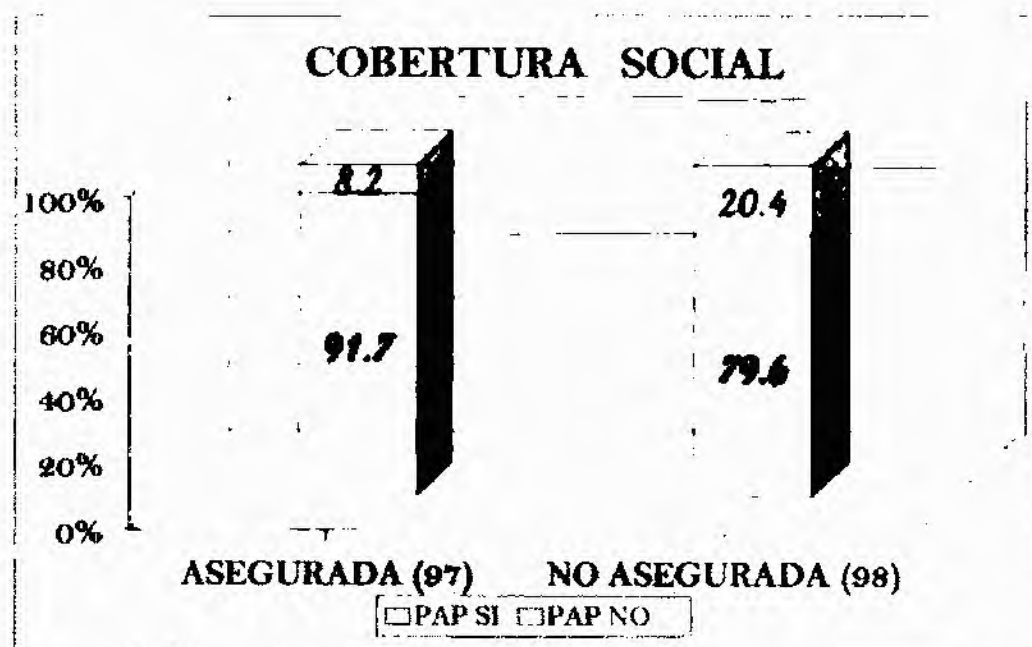
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XXXIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.

ASEGURADA	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SÍ	97	89	91.7	8	8.3
NO	98	78	79.6	20	20.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN COBERTURA SOCIAL. CHEPO. AÑO 1999.



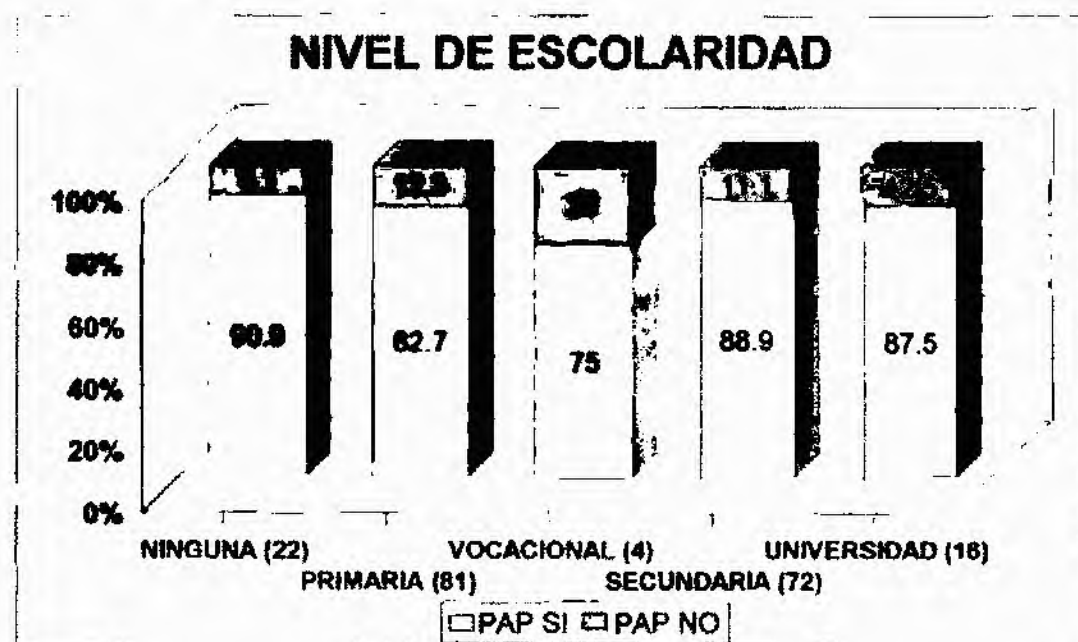
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XL DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CHEPO. AÑO 1999.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
NINGUNA	22	20	90.9	2	9.1
PRIMARIA	81	67	82.7	14	12.3
VOCACIONAL	4	3	75.0	1	25.0
SECUNDARIA	72	64	88.9	8	11.1
UNIVERSITARIA	16	13	87.5	3	12.5

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.



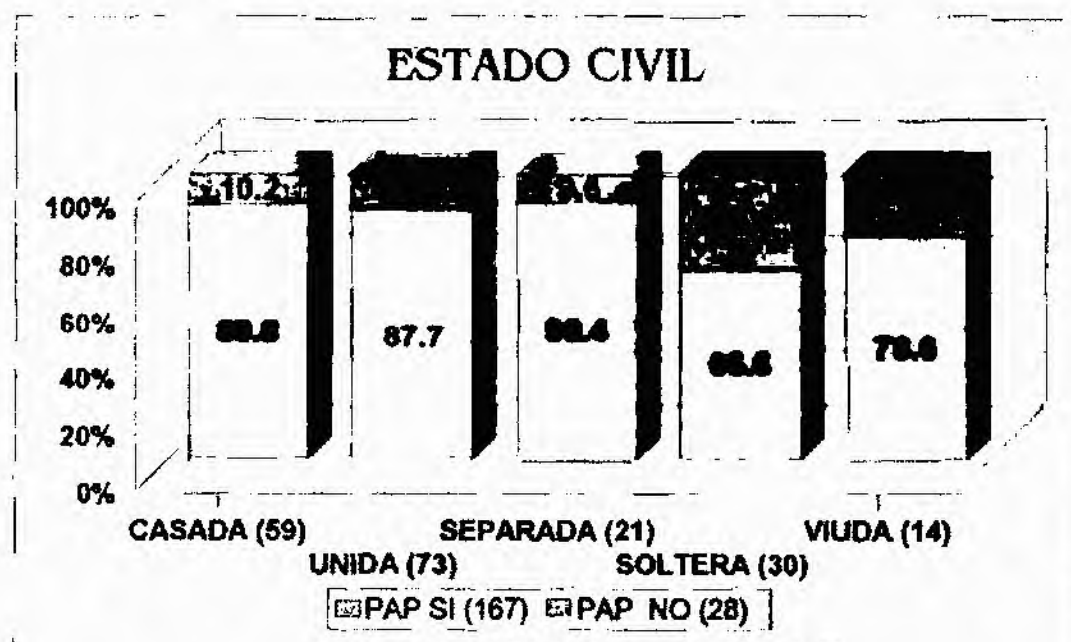
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XLI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN ESTADO CIVIL. CHEPO. AÑO 1999.

ESTADO CIVIL	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
CASADA	59	53	89.8	6	10.2
UNIDA	73	64	87.7	7	12.3
SEPARADA	21	19	90.4	2	9.6
SOLTERA	30	20	66.6	10	33.4
VIUDA	14	11	78.6	3	21.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN ESTADO CIVIL. CHEPO AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

TOMA DEL PAPANICOLAOU Y VARIABLES DE LA PERSONA

EDAD

Según la edad de las mujeres encuestadas, el 46.1%, (n=90) del total de las mujeres tenían entre 30 y 39 años de edad, 40 (20.5%) tenían de 40 a 49 años, 28 (14.4%) de 50 a 59 años, 23 (11.8%) de 60-69. El 7.2% (n=14)) 80 y más años. La moda para el grupo fue de 30, un promedio en 45.72 y mediana en 41 con una desviación standard de 14.3.

CUADRO XLII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 30 AÑOS Y MÁS ENCUESTADAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
30-39	90	46.1	46.1
40-49	40	20.5	66.6
50-59	28	14.4	81.0
60 -69	23	11.8	92.8
70 y +	14	7.2	100.0
TOTAL	195	100.0	

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

En el grupo de mujeres en edades entre 30 y 39 años el 86.7% (n=78) refirió haber realizado el Papanicolaou alguna vez y 13.3% (n=12) no lo había realizado, el de 40-49, el 85.0% (n=34) si y el 15.0% (n=6) no, del grupo de 50-59 el 92.8% (n=26) si lo realizó y el 7.2% (n=2), fue este el grupo que más se realizó el Papanicolaou, en el de 60-69 el 73.9% (n=17) y el 26.1% (n=6) no.. Para el grupo de 70 y más, un 85.7% (n=12), si realizaron algún Papanicolaou y 14.3% (n=2) no. (Cuadro XLIII, Gráfica XX, pág. 152).

EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU

De las mujeres que se habían efectuado un Papanicolaou, el 48.5% (n=81) tenían 20 a 29 años cuando se realizaron su primer Papanicolaou, el 25.7% estaban entre 10 y 19 años de edad (n=43), 23 de las mujeres lo hicieron después de los 30 años, distribuidas así: 10.2% (n=17) lo realizaron entre los 30 y 39, 2.4% (n=4) lo hicieron entre los 40 y 49 años y el 1.2% (n=2) lo hicieron con más de 50 años de edad. El 11.9% (n=20) de las encuestadas no respondieron o no se acordaron de dicha edad. (Cuadro XLIV, Gráfica XXI, pág. 153).

REPITIERON EL PAPANICOLAOU Y TIEMPO DEL ÚLTIMO

El 86.6% de las encuestadas (n=144) repitieron el Papanicolaou, encontrándose un 12.0% (n=20) que no lo han repetido. Del grupo de mujeres que se repitieron el Papanicolaou, el 70.8% (n=102) refirieron haberlo realizado hace 1 año o menos y 11.8% (17 mujeres) hace más de un año. (Cuadro XLV y XLVI, Gráfica XXII, pág. 154).

VOLVER A REALIZAR EL PAPANICOLAOU

El 91.0% (n=152) de las encuestadas informaron que volverían a dejarse tomar el Papanicolaou, el 4.2% (n=7) respondieron que no volverían a dejarse tomar un Papanicolaou, y un 4.2% (n=8) prefirieron no responder. (Cuadro XLVII, Gráfica XXIII, pág. 155).

HISTORIA REPRODUCTIVA DE RIESGO

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

El 60% (n=117) de las encuestadas refirieron haber iniciado su relación sexual a edades entre los 10 y 19 años, dentro de este grupo el 93.2 % (n=109) se había realizado un Papanicolaou y el 6.8% (n=8) no. Para el grupo que inició sus relaciones sexuales entre los 20 y 29 años (n=56), el 87.5% (n=49) refirieron si haber realizado un Papanicolaou y el 1.5% (n=7) no. De aquellas que lo hicieron más tardíamente, a los 30-39 años (n=6), el 50% lo hizo. Para los grupos que se negaron a responder a la pregunta (n=10) y los que contestaron no recordar (n=4), el 50% y el 25% respectivamente se lo habían realizado. En el grupo que dijo nunca haber tenido una relación sexual (n=2) el 100 % jamás se habían realizado un Papanicolaou. (Cuadro XLVIII, Gráfica XXIV, pág. 156).

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

En relación a la edad de la encuestada al momento de tener su primer embarazo, 92 (47.2%) corresponden al grupo de 10 a 19 años de edad, 84 (43.1%) al grupo de 20 a 29 años de edad, 6 (3.1%) tuvieron su primer embarazo con edades entre 30 y 39 años.

Dentro del grupo de mujeres con su primer embarazo entre los 10 y 19 años, el 89.1% (n=82) refirió haberse realizado el Papanicolaou y solo un 10.9% (n=10) no. Conforme avanzan en edad no hay una tendencia definida para la toma del Papanicolaou, para el grupo de 20 a 29 años el 92.8% (n=78) las que si lo habían realizado y el 7.2% (n=6) las que no. Dentro del grupo de 30-39 años el 66.7% (n=4) refirieron si haberlo realizado y

el 33.3% (n=2) no. Para las mujeres de 40 años y más solo una mujer (100%), refirió haber tenido su primer embarazo después de los 40 años y si se había realizado el Papanicolaou. Llama la atención que del grupo que no respondió, el 100.0% (n=5) ninguna se había realizado el Papanicolaou y entre las nunca han estado embarazadas solo el 28.6% (n=2) contestó si lo había hecho y el 71.4% (n=5) que no. (Cuadro XLIX, Grafica XXV, pág. 157).

TIENE COMPAÑERO SEXUAL

El 64.6% (n=126), del total de encuestadas, tienen compañero sexual, 29.2% (n=57) no tienen compañero sexual, un 4.6% (n=9) no respondieron, y 1.6% (n=3) no han tenido aún, compañero sexual.

De las que respondieron que si tenían compañeros sexual en su mayoría (90.5%) si habían efectuado el papanicolaou y solo el 9.5% no. Dentro de las no tienen, el 15.8% (n=9) no se han realizado un Papanicolaou, y el 84.2% (n=48) refirieron si haberlo realizado. Resalta el hecho de que tanto en el grupo que no respondió como el que refirió no haber tenido solo el 44.4% (n=4) y el 33.3% (n=1), respectivamente se habían realizado al menos uno. (Cuadro L, Gráfica XXVI, pág. 158).

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Un 2.6% (n=5) respondieron no haber tenido ningún compañero sexual. El 50.2% (n=98) de las mujeres encuestadas reportaron haber tenido solo un compañero sexual, 73 mujeres (37.4%) reportaron haber tenido de 2 a 3 compañeros sexuales. El 6.6% (n=13) informó haber tenido más de 3 compañeros sexuales.

En el grupo de las que respondieron no haber tenido compañeros sexuales el 100% (n=5) nunca se habían realizado un Papanicolaou. Aquellas que contestaron solo uno, solo el 9.2% (n=9) no lo habían realizado y el porcentaje aumentó conforme tenían más compañeros sexuales, con un 13.7% (n=10), para las que habían tenido de 2 a 3 y un 15.4% (n=2) para las que refirieron más de 3 compañeros sexuales. El porcentaje es aún mayor dentro de las que no respondieron, con un 33.4% (n=2) que no realizaron el Papanicolaou. El hecho de que el 100.0% de las mujeres que no habían tenido compañeros sexuales, no se hayan realizado nunca un Papanicolaou, hace pensar que no son conscientes de que existe en ellas el riesgo de un cáncer cérvicouterino o que no tiene la necesidad de realizarlo por no tiene compañero sexual. (Cuadro LI, Gráfica XXVII, pág. 159).

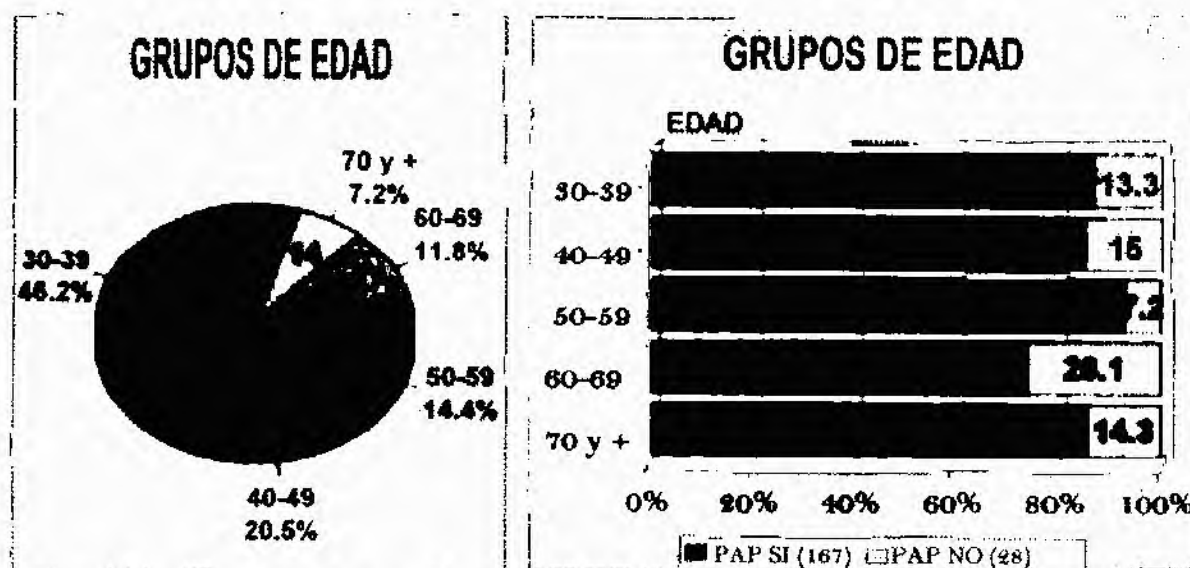
TOMA DEL PAPANICOLAOU Y EDAD

CUADRO XLIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CHEPO. AÑO 1999.

EDAD	TOTAL	REALIZARON PAP			
		SÍ		NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
30-39	90	78	86.7	12	13.3
40-49	40	34	85.0	6	15.0
50-59	28	26	92.8	2	7.2
60-69	23	17	73.9	6	26.1
70 y +	14	12	85.7	2	14.3

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CHEPO. AÑO 1999.



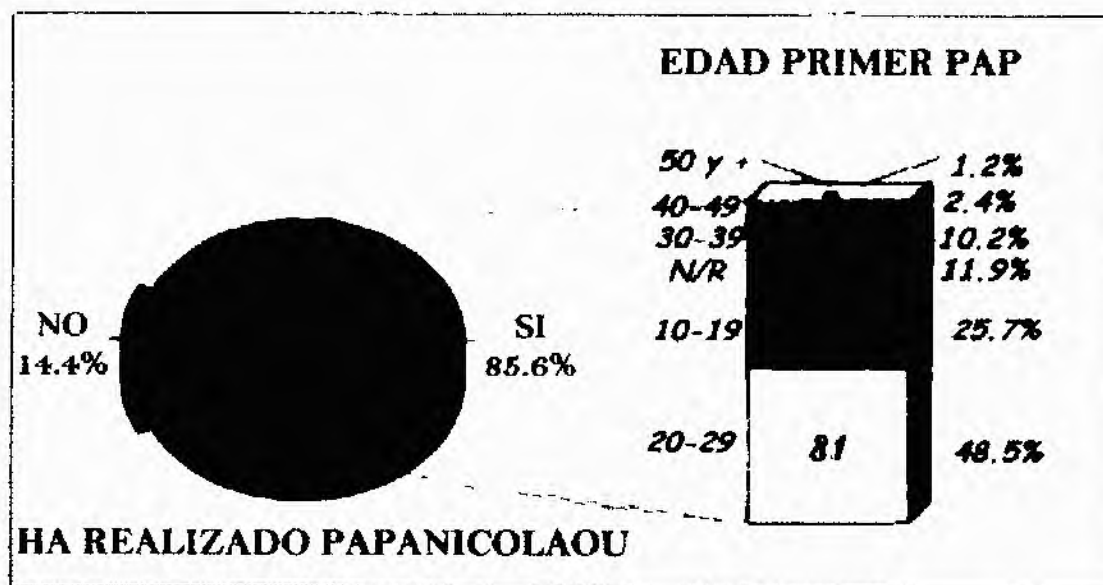
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XLIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SI SE HAN REPETIDO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN GRUPOS DE EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	167	100.0
10-19	43	25.7
20-29	81	48.5
30-39	17	10.2
40-49	4	2.4
50 y +	2	1.2
NO RESPONDE	20	11.9

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SI SE HAN REPETIDO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN GRUPOS DE EDAD DEL PRIMER PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XLV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI SE HA REPETIDO EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

SE HA REPETIDO EL PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	167	100.00
SÍ	144	86.6
NO	20	12.0
NO RESPONDE	3	1.4

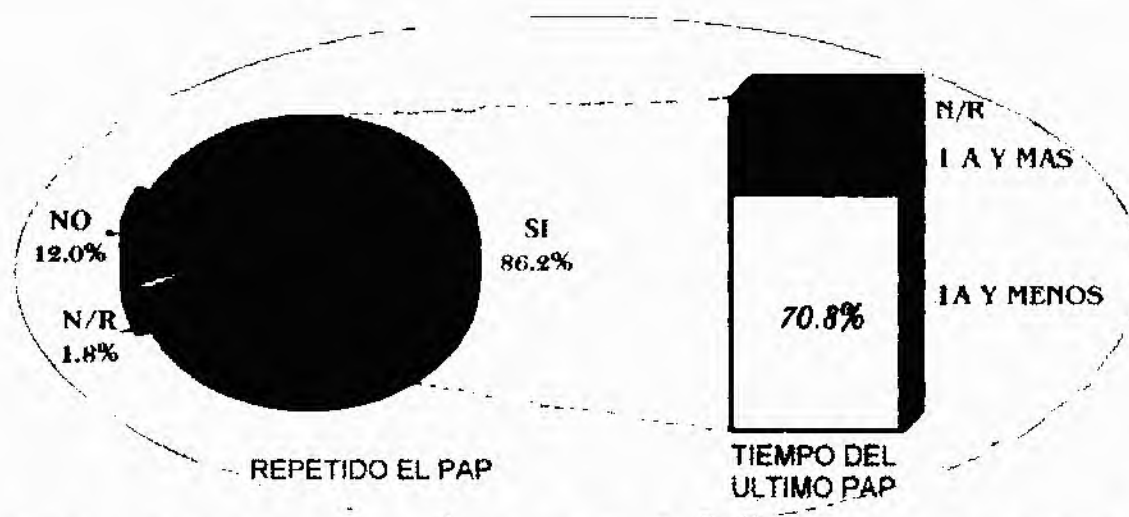
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XLVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN TIEMPO DEL ÚLTIMO PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

TIEMPO DEL ÚLTIMO PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	144	100.00
1 AÑO Y MENOS	102	70.8
MÁS DE 1 AÑO	17	11.8
NO RESPONDE	25	17.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SI HAN TOMADO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SE HA REPETIDO Y TIEMPO DEL ÚLTIMO PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

CUADRO XLVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN VOLVER A HACERSE UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

VOLVERÁ A HACERSE UN PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	167	100.00
SÍ	152	91.0
NO	7	4.2
NO RESPONDE	8	4.8

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

GRÁFICA XXIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI VOLVERÍA A HACERSE UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

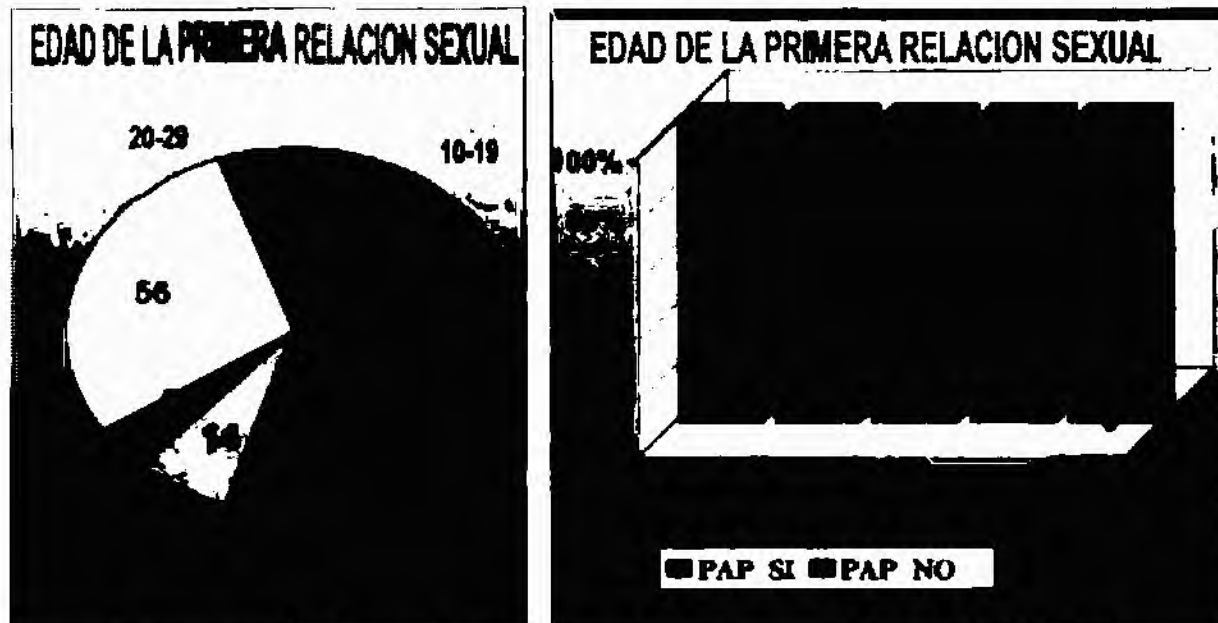
HISTORIA REPRODUCTIVA DE RIESGO

CUADRO XLVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
10-19	117	109	93.2	8	6.8
20-29	56	49	87.5	7	12.5
30-39	6	3	50.0	3	50.0
NO RESPONDE	14	6	42.8	8	57.2
NO HA TENIDO	2	0	0.0	2	100.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.



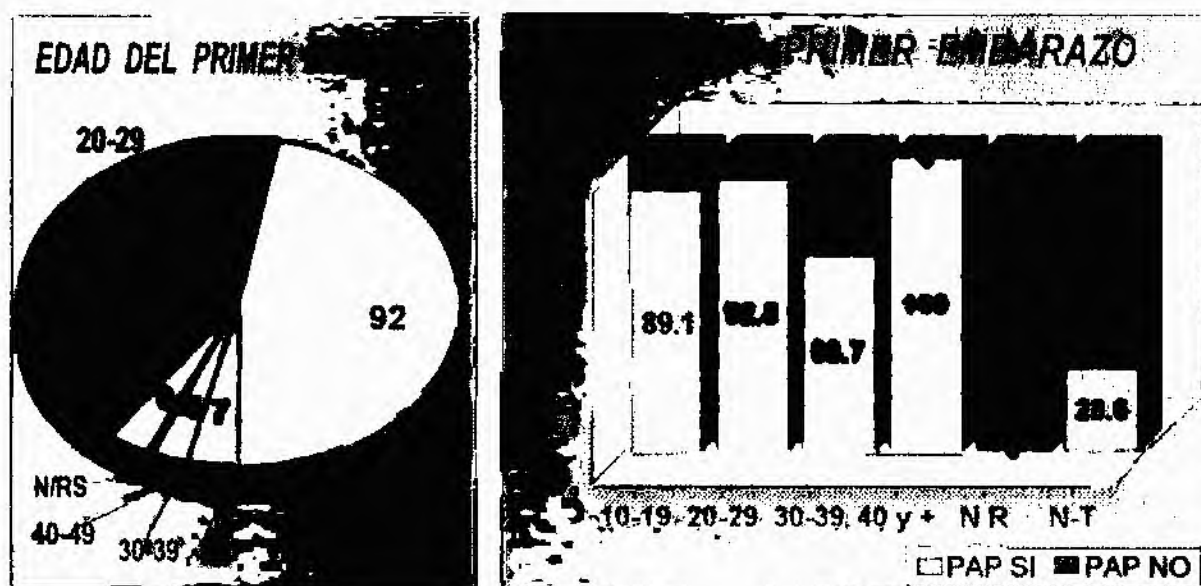
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO XLIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZO. CHEPO. AÑO 1999.

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
10-19	92	82	89.1	10	10.9
20-29	84	78	92.8	6	7.2
30-39	6	4	66.7	2	33.3
40 Y MÁS	1	1	100.0	0	0.0
NO RESPONDE	5	0	0.0	5	100.0
NO HA TENIDO	7	2	28.6	5	71.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN EDAD DEL PRIMER EMBARAZO. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN TENER COMPAÑERO SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.

TIENE COMPAÑERO SEXUAL	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	126	114	90.5	12	9.5
NO	57	48	84.2	9	15.8
NO RESPONDE	9	4	44.4	5	55.6
NO HA TENIDO	3	1	33.3	2	66.7

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN TENER COMPAÑERO SEXUAL. CHEPO. AÑO 1999.



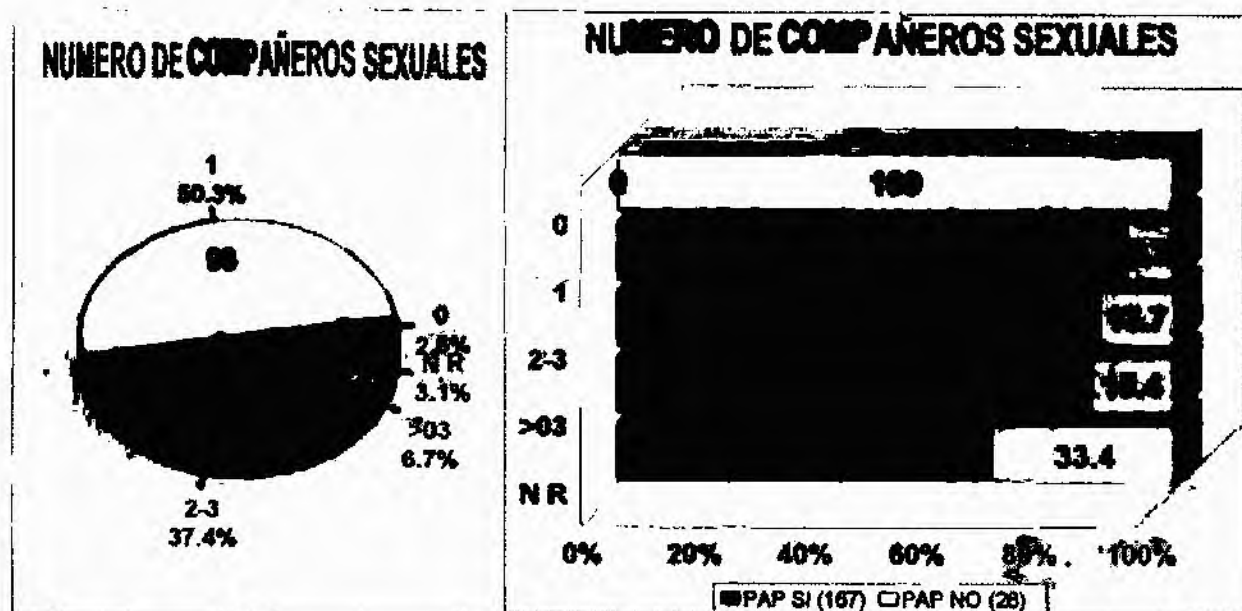
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. CHEPO. AÑO 1999.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
NINGUNO	5	0	0.0	5	100.0
1	98	89	90.8	9	9.2
2-3	73	63	86.3	10	13.7
> 3	13	11	84.6	2	15.4
NO RESPONDE	6	4	66.6	2	33.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

MUJERES MENORES DE 45 AÑOS

MUJERES MENORES DE 45 AÑOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Del total de las encuestadas, 117 estaban en el grupo de mujeres menores de 45 años, de ellas el 55.6% (n=65) utilizaba algún método de planificación familiar mientras que el 42.7% (n=50) no utilizaban algún método de planificación familiar. El 17.0% (n=2) prefirieron no responder.

Del grupo que planifica, el 92.3% (n=60) se ha realizado algún Papanicolaou y el 7.7% (n=5) no. Entre las que no Planifican, solo el 80.0% realizó Papanicolaou y el 20.0% (n=10) no lo ha hecho. El total (100.0%) de las que no respondieron (n=2) no se habían efectuado el Papanicolaou. (Cuadro LII, Gráfica XXVIII, pág. 161).

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la Distribución de las encuestadas menores de 45 años, según el uso de los distintos métodos de planificación familiar, se encontró que el 36.9% de las encuestadas han recurrido a la salpingectomía (n=24), las píldoras fueron el segundo método de elección con un 32.3% (n=21) y el DIU de tercero con 12.3% (n=8). Los inyectables fueron utilizados por el 10.8% (n=7), un 1.5% (n=1) sola mujer utilizaba condón y 6.2% (n=4) no respondieron.

De las que respondieron planificar con píldoras y condón, el 100.0% (n=21 y n=1) se habían tomado al menos un Papanicolaou. Entre las que se habían realizado Salping y las que utilizaban DIU, el 87.5% (n=21 y n=7) y para inyectables, el 85.7% (n=6) se habían hecho el Papanicolaou. Del grupo que no respondieron el 100.0% (n=4) contestaron Papanicolaou que si lo había realizado. (Cuadro LIII, Gráfica XXIX, pág. 162).

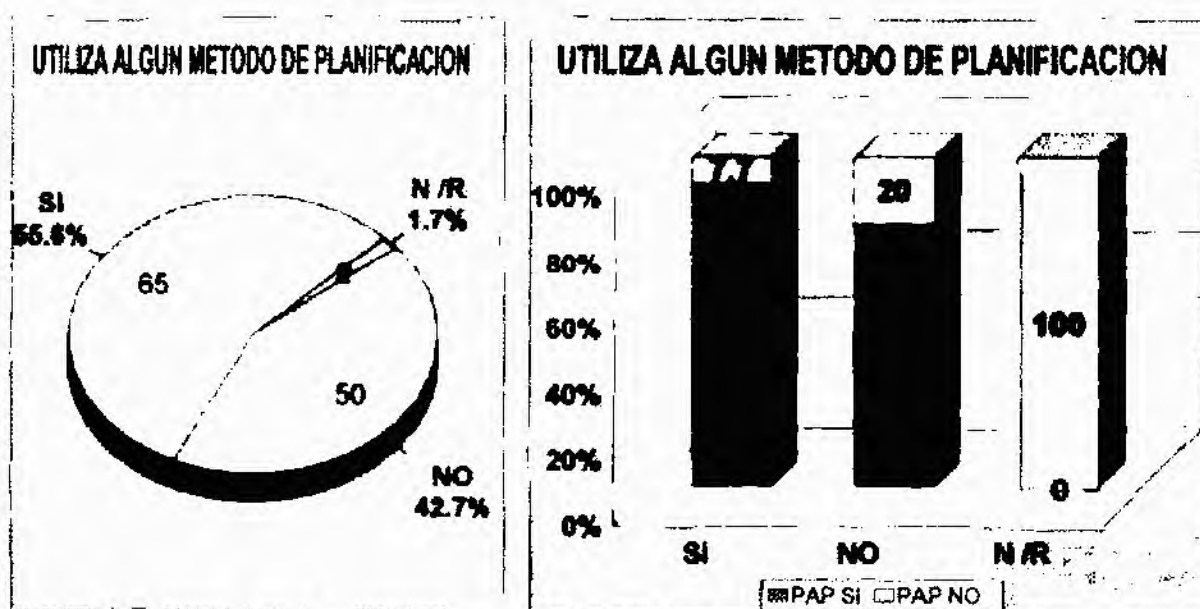
MUJERES MENORES DE 45 AÑOS

CUADRO LII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS, ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN. CHEPO. AÑO 1999.

PLANIFICACIÓN	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	117	100	85.5	17	14.6
SI	65	60	92.3	5	7.7
NO	50	40	80.0	10	20.0
NO RESPONDE	2	0	0.0	2	100.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS, ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN. CHEPO. AÑO 1999.



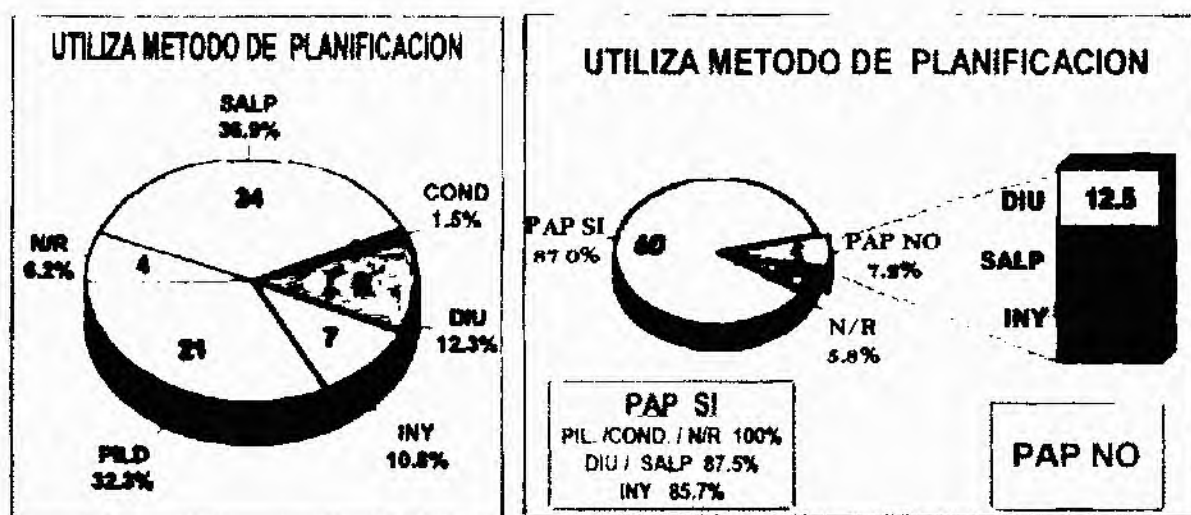
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU QUE UTILIZAN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. CHEPO. AÑO 1999.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	65	60	93.2	5	7.7
PÍLDORAS	21	21	100.0	0	0.0
INYECTABLES	7	6	85.7	1	14.3
D.I.U.	8	7	87.5	1	12.5
CONDÓN	1	1	100.0	0	0.0
SALPING	24	21	87.5	3	12.5
NO RESPONDE	4	4	100.0	0	0.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres de 30 y más años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES MENORES DE 45 AÑOS ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN UTILIZAR ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN Y TIPO DE MÉTODO. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS

MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS QUE LLEGARON A LA MENOPAUSIA

De las mujeres de 45 años y más (n=78), el 87.2% (68) habían llegado a la menopausia y el 11.5% (n=9) no. Solo una no respondió. La edad en que llegaron a menopausia correspondió en su mayoría al grupo 50 y mas años con un 82.4% (n= 56), solo un 17.6% (n=12) lo hicieron antes de los 50 años. (Cuadros LIV y LV, Gráfica XXX, pág. 164).

MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS Y EL PAPANICOLAOU

Del grupo que contestó si haber llegado a la menopausia el 86.6% (n=58) se habían realizado el Papanicolaou y el 14.7% (n=10) no. Entre las que contestaron no haberse lo realizado, el 88.9% (n=8) contestaron si y el 11.1% (n=1) que no. La mujer que no respondió a la pregunta si se había realizado el Papanicolaou.

Aunque es poco la diferencia si parece que las mujeres que han llegado a la menopausia, no dan igual importancia a la necesidad de tomarse el Papanicolaou (Cuadro LVI, Gráfica XXXI, pág. 165).

MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS

CUADRO LIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.

	HA LLEGADO A LA MENOPAUSIA	No.	%
TOTAL		78	100.0
	SÍ	68	87.2
	NO	9	11.5
	NO RESPONDE/NO RECUERDA	1	1.3

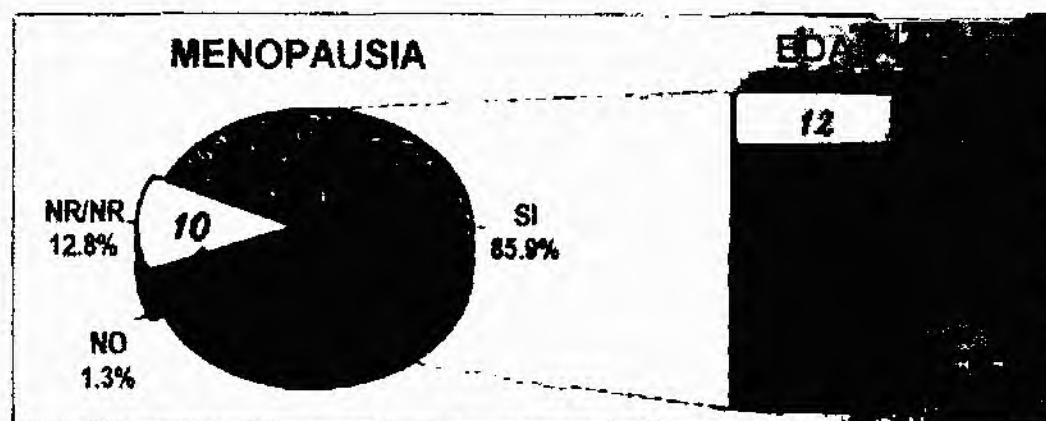
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.

EDAD DE MENOPAUSIA	No.	%
TOTAL	68	100.0
40-49	12	17.6
50 Y MÁS	56	82.4

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS, SEGÚN HABER LLEGADO Y LA EDAD DE LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.



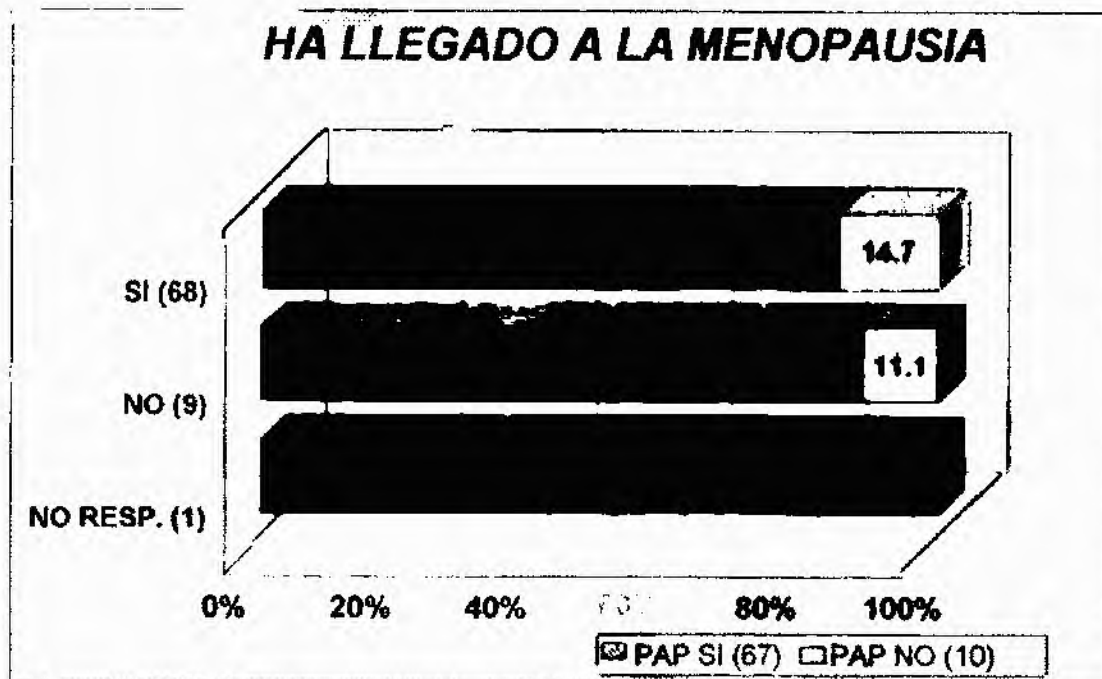
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.

HA LLEGADO A LA MENOPAUSIA	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	78	67	85.9	11	14.1
SI	68	58	85.3	10	14.7
NO	9	8	88.9	1	11.1
NO RESPONDE	1	1	100.0	0	0.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 45 AÑOS Y MÁS, ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN HABER LLEGADO A LA MENOPAUSIA. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAPANICOLAOU

a. SABE USTED QUE ES EL PAPANICOLAOU

El 91.3% de las mujeres encuestadas (n=178) respondieron saber qué es el Papanicolaou y el 8.7% (n=17) que no sabían. Del grupo de mujeres que contestaron saber que era, el 91.0% (n=162) si se realizaron el Papanicolaou, y el 9.0% (n=16) dijeron que no. De las que no sabían que era, solo el 29.4% (n=5) se habían realizado el Papanicolaou y un gran porcentaje, el 70.6% (n=12) nunca se lo había realizado. (Cuadro LVII y LVIII, pág. 167, Gráfica XXXII, pág. 168)

b. COMO SE ENTERARON QUE ES EL PAPANICOLAOU

De las 178 mujeres que contestaron saber lo que era el Papanicolaou, el mayor grupo de mujeres, 47.2% (n=84) se enteraron de qué es, a través del médico, el 23% (n=41) lo hizo

por medio de la enfermera, el 15.7% (n=28) lo hicieron a través de amigos o familiares, con radio y televisión el 9.6% (n=17) y por otros medio el 4.5% (n=8). (Cuadro LIX, pág. 167, Grafica XXXIII, pág. 168).

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAPANICOLAOU

CUADRO LVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

SABE QUE ES EL PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	195	100.0
SÍ	178	91.3
NO	17	8.7

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

SABE QUE ES EL PAPANICOLAOU	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SÍ	178	162	91.0	16	9.0
NO	17	5	29.4	12	70.6

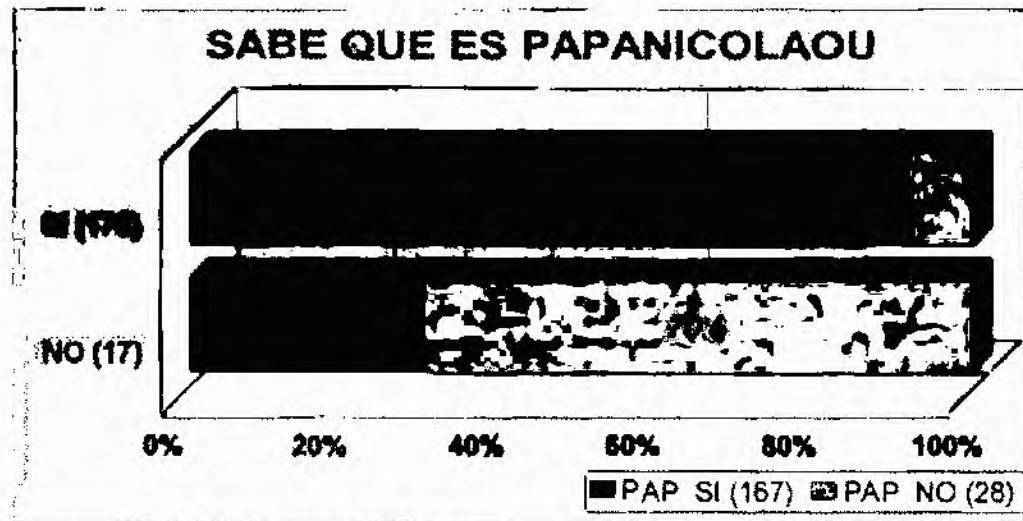
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN COMO SE ENTERÓ LO QUE ES EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

COMO SE ENTERÓ LO QUE ES EL PAPANICOLAOU	No.	%
TOTAL	178	100.0
MÉDICO	84	47.2
ENFERMERA	41	23.0
AMIGOS O FAMILIARES	28	15.7
RADIO, TELEVISIÓN	17	9.6
OTRO MEDIO	8	4.5

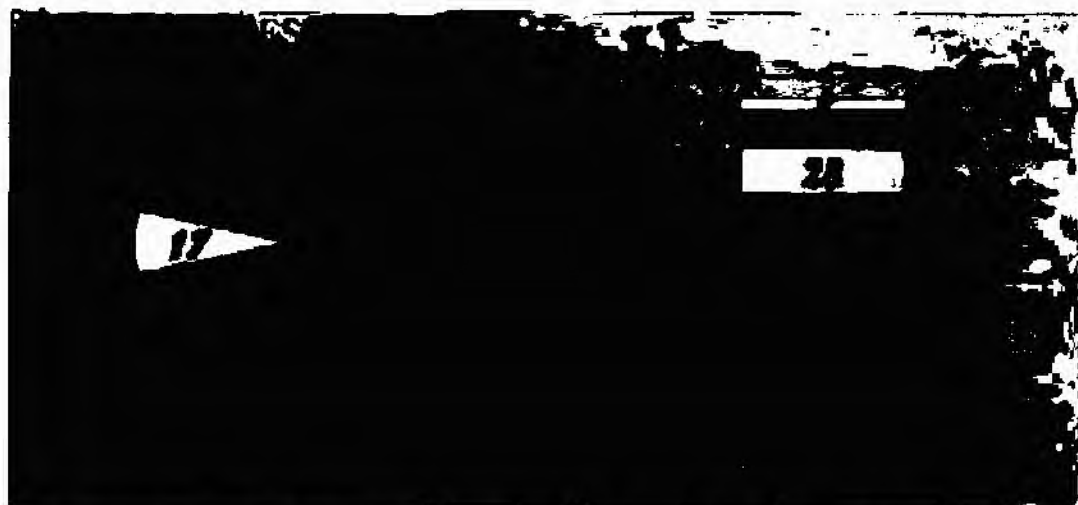
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SABER QUE ES EL PAPANICOLAOU. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SABEN QUE ES EL PAPANICOLAOU SEGÚN COMO SE ENTERÓ. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

TEMORES Y PROHIBICIONES DE LA MUJER HACIA EL PAPANICOLAOU

TEMOR A SENTIR DOLOR

Del total de las encuestadas, el 34.3% (n=67) refirieron que tuvieron o tendrían temor a sentir dolor al realizarse un Papanicolaou. El 59.0% (n=115) contestaron que no lo tendrían, y un 6.7% (n=13) prefirieron no responder.

Del grupo que refirió si había sentido o sentiría temor, el 82.0% (n=55) si se habían realizado algún Papanicolaou y un 18.0%(n=12). Entre las que dijeron que no, el 90.4% (n=104) si lo realizaron alguna vez y un 9.6% (n=11) nunca lo ha hecho. Dentro del grupo de las que prefirieron no responder, el porcentaje de mujeres que no se habían realizado el Papanicolaou fue mayor con un 38.5%(n=5) contra un 61.5% (n=8) que si lo hicieron. (Cuadro LX, pág.171, Gráfica XXXIV, pág. 172).

TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES INTIMAS (PUDOR)

El 33.8%(N=66) del total de las encuestadas contestaron afirmativamente a que tuvieron o tendrían temor a que le vieran sus partes íntimas, lo que para efecto de presente trabajo, llamamos pudor, y el 60.5% (n=118) dijo no sentirlo. Un 5.6% (n=11) prefirió no responder.

Entre las se contestaron que si lo habían sentido, el 77.3% refirió haber acudido a tomarse algún Papanicolaou y el 22.7% (n=15) no han asistido. Entre las que respondieron que no lo sintieron, el porcentaje de toma del Papanicolaou, fue mayor , con un 93.2% (n=110) y solo el 6.8% (n=8) no lo habían realizado. Dentro del grupo que

prefirió no responder, solo el 54.5% (n= 6) se habían realizado alguna vez el Papanicolaou y el 45.5% (n=5) no. (Cuadro LXI, pág. 171, Gráfica XXXV, pág. 173).

SENTIR TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO

En relación a sentir o creer sentir, temor a que le hagan algún daño en la manipulación para realizar la prueba, el 19.5% (n=38) contestaron afirmativamente y 74.4% (n=145) negativamente. El 6.2% (n=12) prefirió no contestar.

Entre las que contestaron si sentirlo, como era esperado fue menor el porcentaje de mujeres, un 78.9% (n=30) se habían realizado el Papanicolaou y el 21.1% (n=8) no. De las que contestaron no sentirlo, el 86.6% (n=130) si lo habían realizado y el 10.4% (n=15) no. Para el grupo que no respondió, el porcentaje de mujeres que se habían realizado al menos un Papanicolaou en su vida resultó ser menor, con un 58.3% (n=7) y un 41.7% (n=4) nunca se lo había realizado. (Cuadro LXII, pág. 174 Gráfica XXXVI, pág. 175).

LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE SOBRE USTED A OTROS

El 33.3% (n=65) del total de encuestadas, refirió que les preocupó, o les preocuparía que el personal de salud comentara algo sobre ellas a otras personas y el 61.0% dijo que no. Hubo un 5.6% (n=12) que prefirieron no contestar y dentro de este grupo el porcentaje que no se había realizado el Papanicolaou resultó ser el mayor con un 41.7% (n=5). Dentro de las que contestaron que si le preocupó solo el 13.9% (n=9) no se lo habían realizado, y dentro de las que no les preocupa, el porcentaje de no hacerlo fue de 11.8 (n=14). (Cuadro LXIII, pág. 174, Gráfica XXXVII, pág. 176).

TEMORES DE LA MUJER HACIA EL PAPANICOLAOU

TEMOR AL DOLOR

CUADRO LX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SENTIR TEMOR DE SENTIR DOLOR. CHEPO. AÑO 1999.

TEMOR AL DOLOR	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	67	55	82.0	12	18.0
NO	115	104	90.4	11	9.6
NO RESPONDE	13	8	61.5	5	38.5

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

PUDOR

TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES ÍNTIMAS

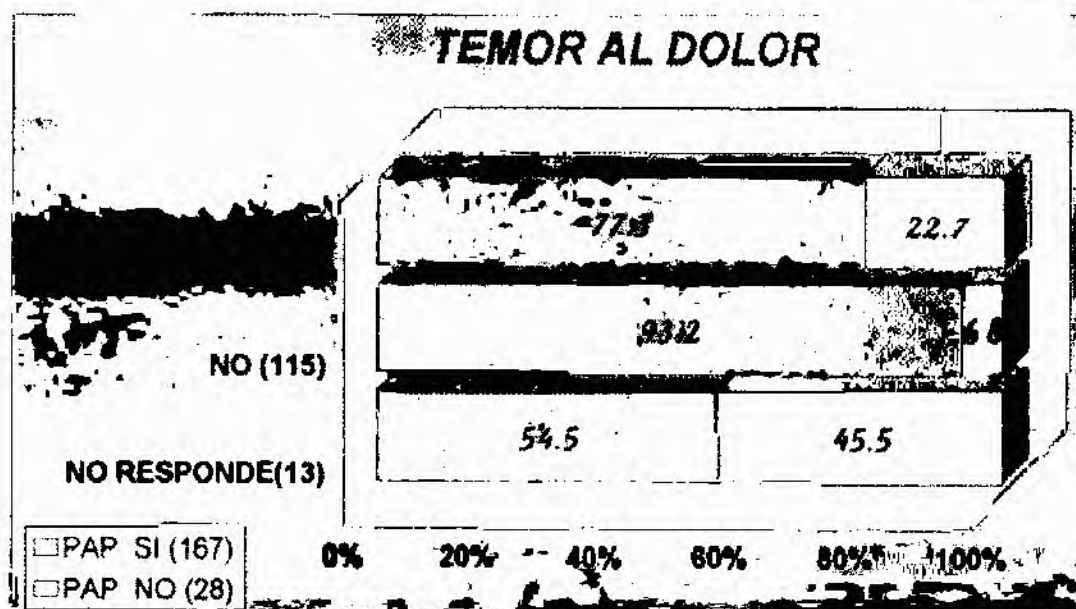
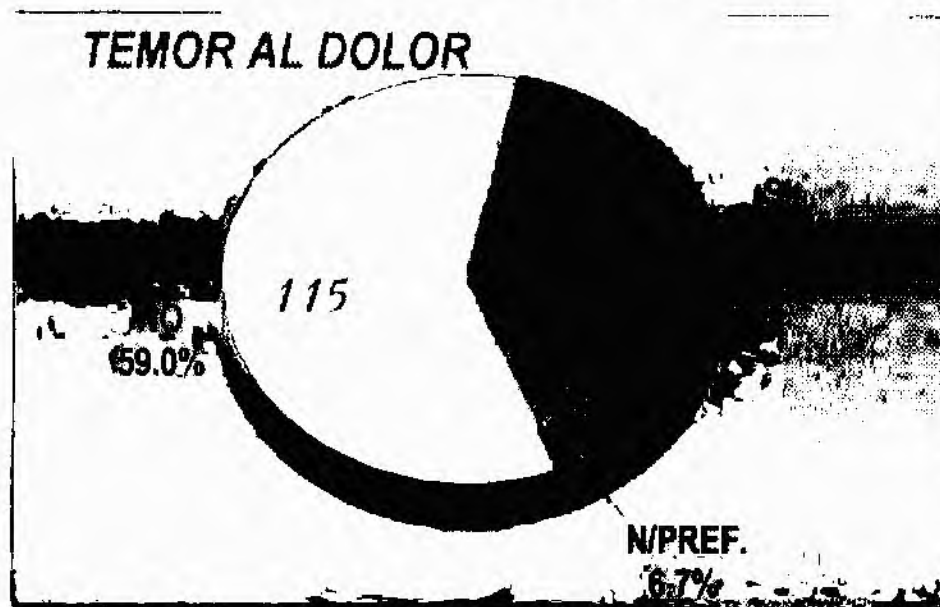
CUADRO LXI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HA REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SENTIR TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES INTIMAS. CHEPO. AÑO 1999.

SENTIR PUDOR	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	66	51	77.3	15	22.7
NO	118	110	93.2	8	6.8
NO RESPONDE	11	6	54.5	5	45.5

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

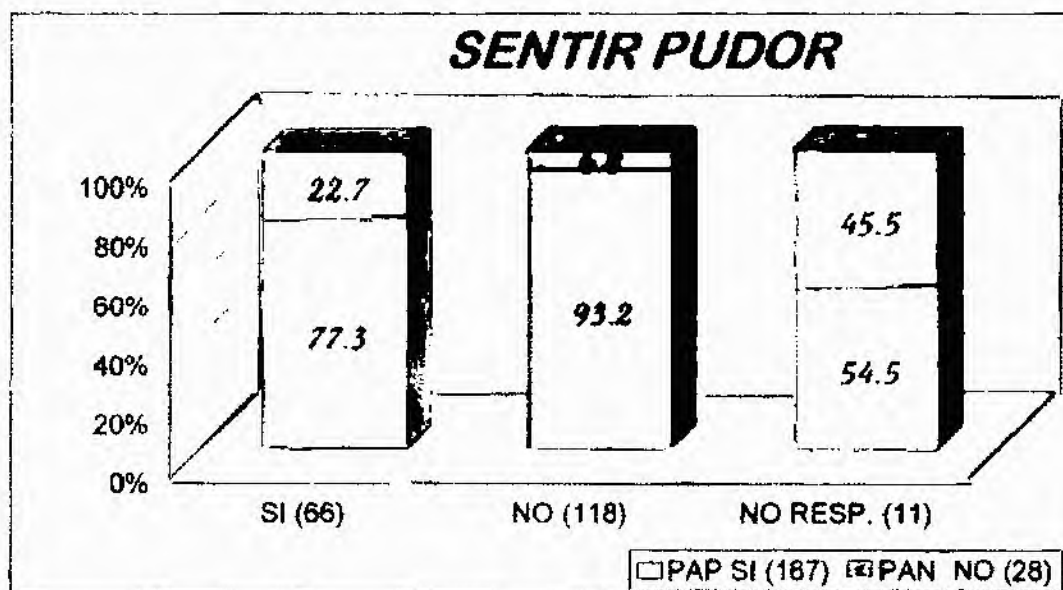
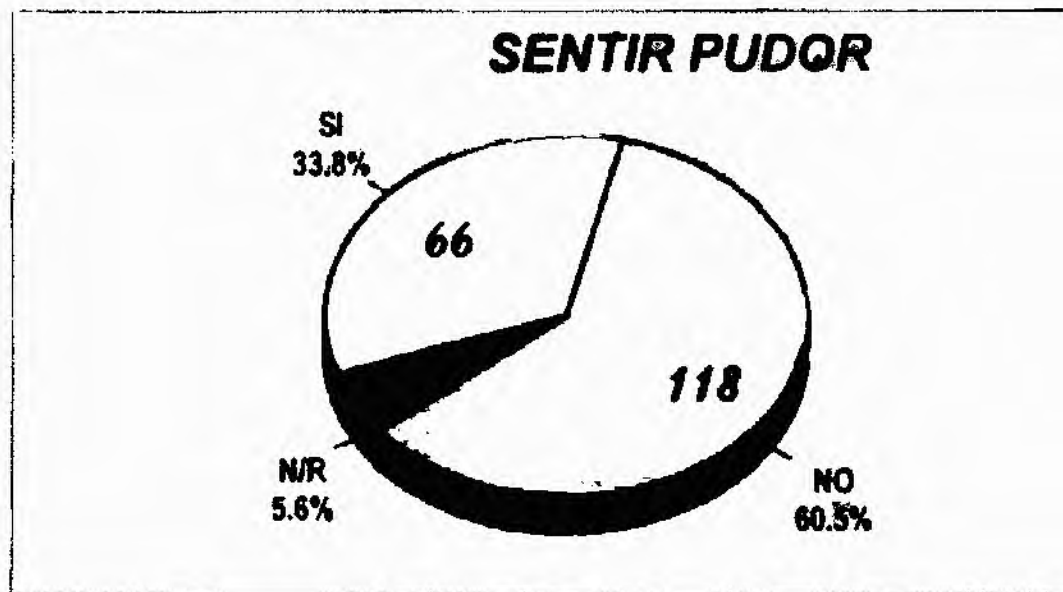
TEMOR AL DOLOR

GRÁFICA XXXIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN TEMOR DE SENTIR DOLOR. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN EL SENTIR TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES ÍNTIMAS (PUDOR). CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

TEMOR QUE LE HAGAN DAÑO

CUADRO LXII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SENTIR TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO. CHEPO. AÑO 1999.

TEMOR A QUE LE HAGAN DAÑO	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	38	30	78.9	8	21.1
NO	145	130	89.6	15	10.4
NO RESPONDE	12	7	58.3	5	41.7

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

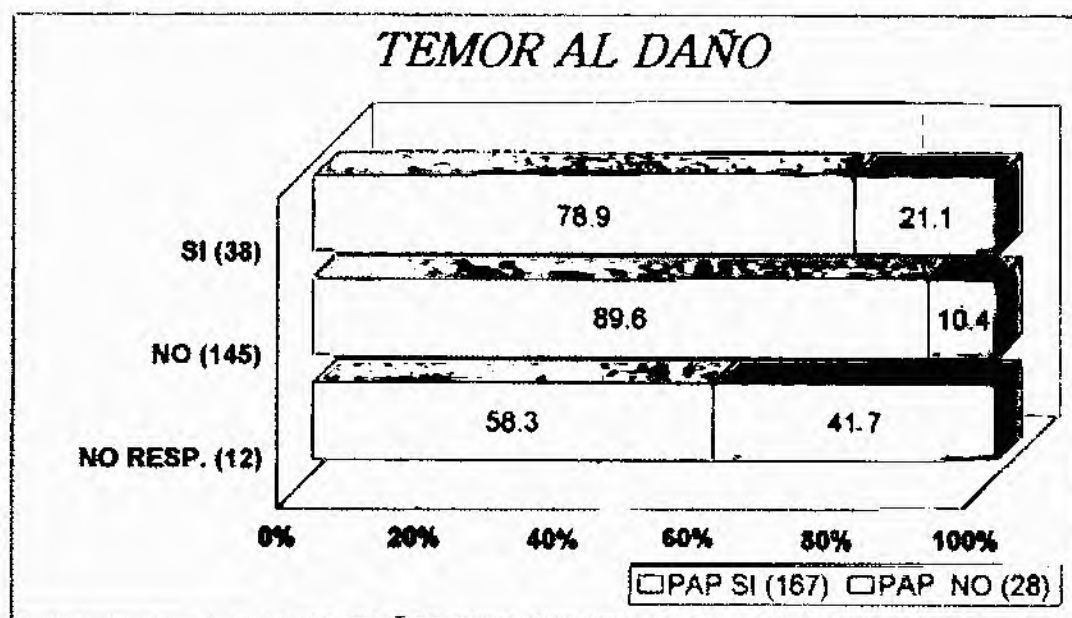
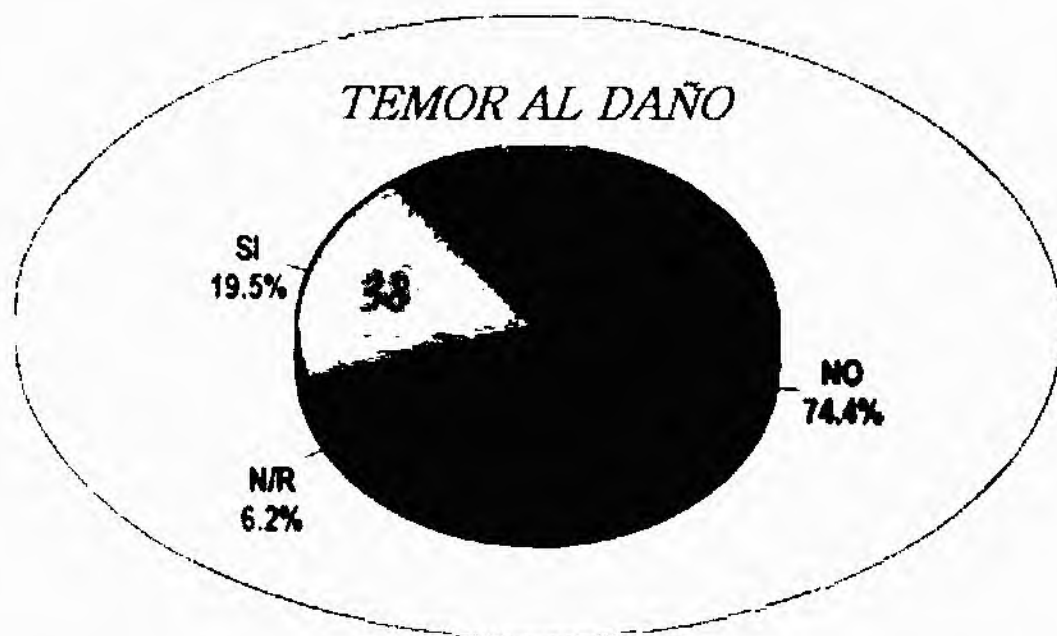
TEMOR DE QUE EL PERSONAL DE SALUD COMENTE SOBRE USTED

CUADRO LXIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SI LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE ALGO SOBRE USTED A OTROS. CHEPO. AÑO 1999.

LE PREOCUPA QUE COMENTEN	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	65	56	86.1	9	13.9
NO	119	105	88.2	14	11.8
NO RESPONDE	12	7	58.2	5	41.7

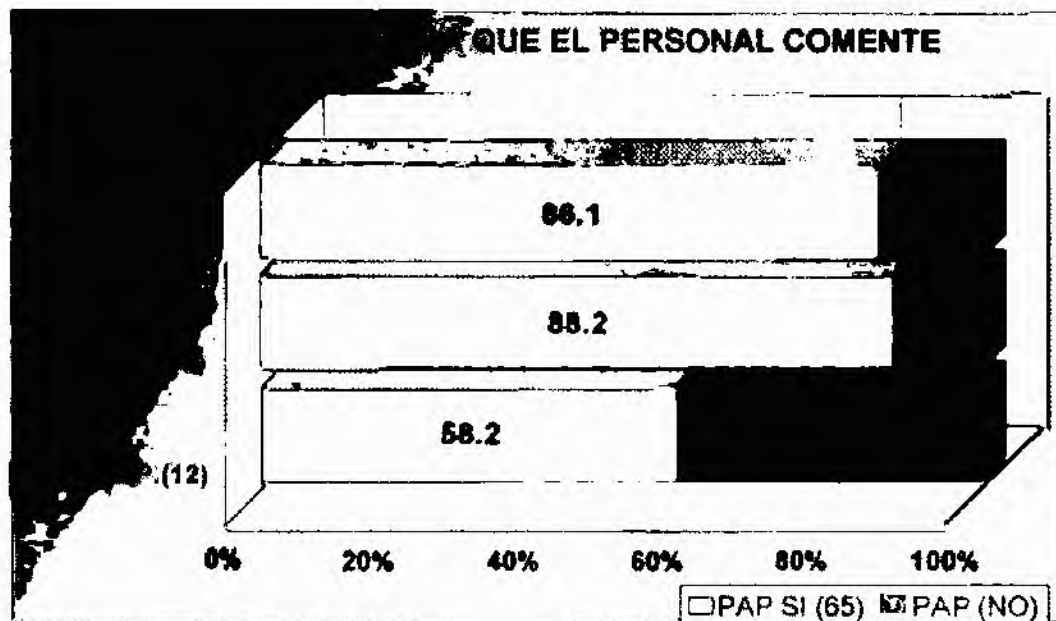
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

GRÁFICA XXXVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SENTIR TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

GRÁFICA XXXVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU SEGÚN SI LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE ALGO SOBRE USTED A OTROS. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

PROHIBICIONES

SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO

Solo 4 (2.0%) de las encuestadas respondieron que sus maridos les prohibían acudir a realizarse un Papanicolaou y todas (100.0%) correspondieron al grupo de las que si se lo habían realizado en algún momento. Entre las que contestaron que no se los prohibían, el 88.0% (n=155), lo había realizado y el 12.0% (n=21) no, mientras que entre las que no respondieron el 38.5% (n=5) nunca se habían realizado uno contra un 61.5% (n=8) que si lo habían hecho en algún momento. (Cuadro LXIV, pág. 178, Gráfica XXXVIII, pág. 179).

SU RELIGIÓN SE LO PROHÍBE

Solo el 0.5% (n=1) respondió que su religión le prohibía realizarse un Papanicolaou y aún con esta condición contestó que si se lo había realizado. El 91.8% (n=179) respondió que no se lo prohibía pero solo el 88.3% (n=158) lo habían realizado y el 11.7% (21) no. Entre las que no respondieron, el 46.7% (n=7) nunca se habían hecho un Papanicolaou y el 53.3% (n=8) si lo habían realizado. (Cuadro LXV, pág. 178, Gráfica XXXIX, pág. 180).

PROHIBICIONES PARA REALIZARSE UN PAPANICOLAOU

SE LO PROHÍBE EL MARIDO

CUADRO LXIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO. CHEPO. AÑO 1999.

SU MARIDO LE PROHÍBE REALIZARSE UN PAPANICOLAOU	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	4	4	100	0	0.0
NO	176	155	88.0	21	12.0
NO RESPONDE	13	8	61.5	5	38.5

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

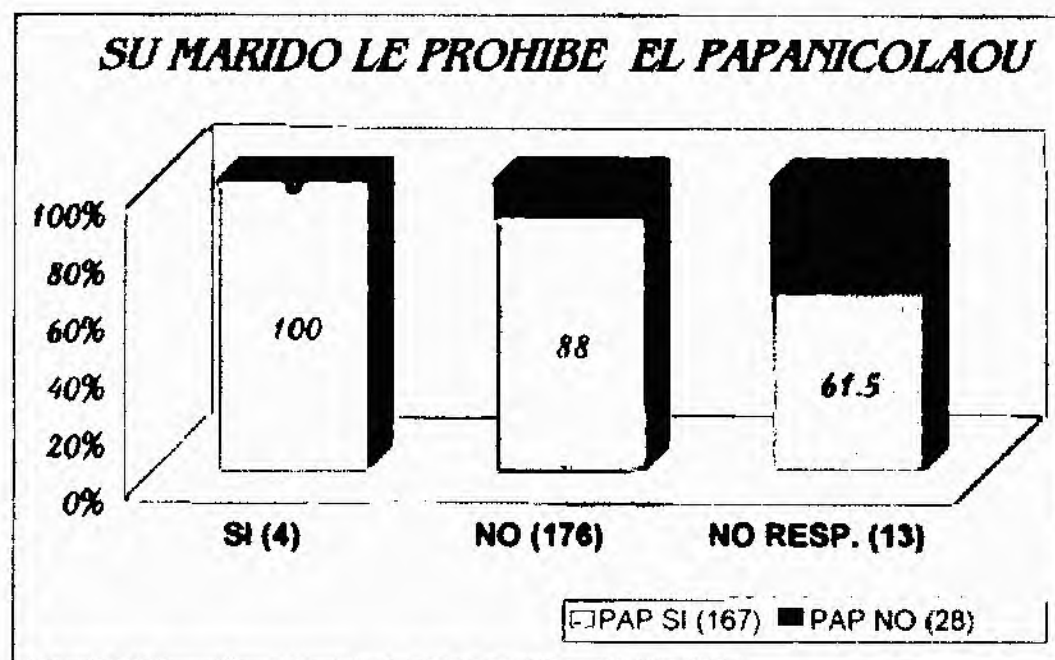
SE LO PROHÍBE LA RELIGIÓN

CUADRO LXV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SU RELIGIÓN LE PROHÍBE REALIZARLO. CHEPO. AÑO 1999.

SU RELIGIÓN LE PROHÍBE REALIZARSE UN PAPANICOLAOU	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	1	1	100.0	0	0.0
NO	179	158	88.3	21	11.7
NO RESPONDE	15	8	53.3	7	46.7

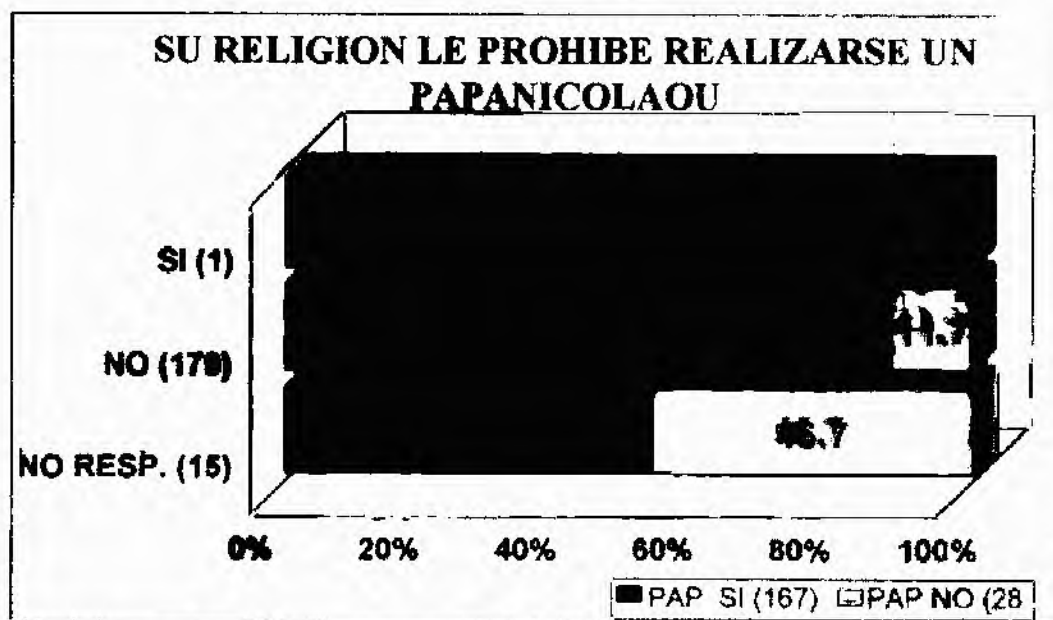
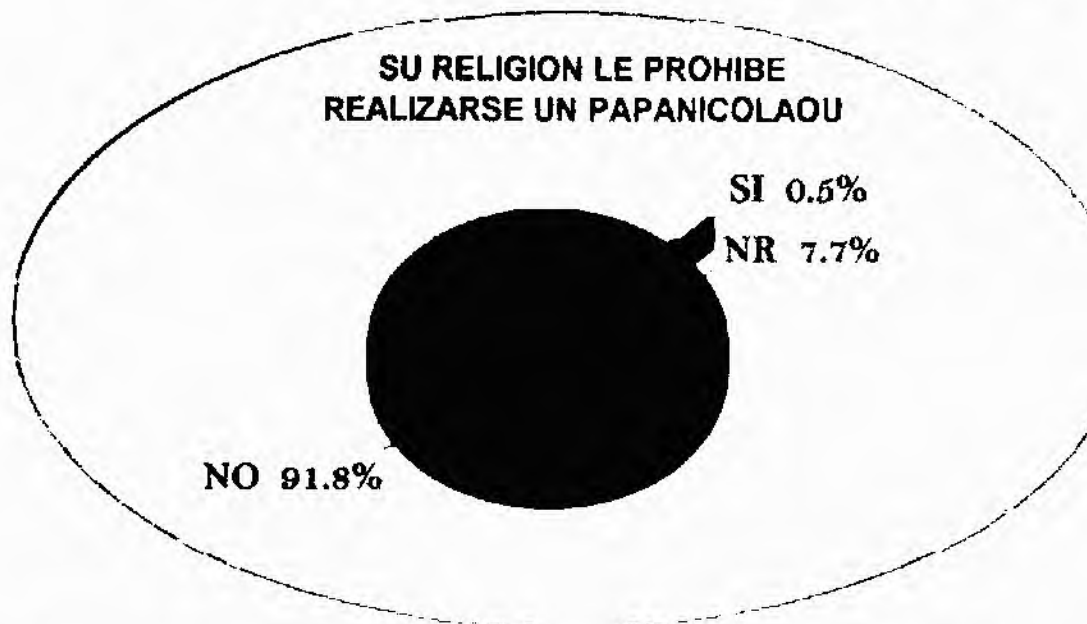
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XXXIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO Y NO EL PAPANICOLAOU, SEGÚN SI LA RELIGIÓN LE PROHÍBE REALIZARSE UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

OPINIÓN DE LA MUJER, SOBRE DONDE Y QUIENES REALIZAN EL PAPANICOLAOU.

HA ACUDIDO A ALGUNA INSTALACIÓN DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO

El 40.5% del total de las encuestadas (n=79) refirieron haber acudido en algún momento del año a alguna instalación de salud y el 58.9% (n=115) que no. Una mujer prefirió no responder a la pregunta, y nunca se había realizado un Papanicolaou.

Dentro del grupo de las que contestaron que si habían acudido, un 17.7% (n=14) nunca se habían realizado uno. Y solo el 82.3% contestó haberlo hecho. Entre las que no lo habían acudido ese año, el 88.7 % si se había realizado el Papanicolaou y el 11.3% (n=13) no. (Cuadro LXVI, Gráfica XL, pág. 185).

OFERTA

LE MENCIONARON LA PALABRA PAPANICOLAOU EN LA INSTALACIÓN DE SALUD A LA QUE ASISTIÓ.

De todas las mujeres que acudieron a las diferentes instalaciones de salud, el 67.1(n=53) de las que acudieron al Centro de Salud de Chepo (n=79), se lo mencionaron. Al 65.9% (n=97) de las que acudieron al Hospital regional de Chepo(n=147) lo hicieron, y al 68.0% (n=34) de las que fueron a otras instalaciones (n=50) también, lo que deja que a un 32.9% (n=26), 34.1% (n=50) y al 32.0% (n=16) respectivamente, no se les mencionó siquiera la necesidad de realizarse un Papanicolaou, aún cuando existe un programa que lo ordena obligatoriamente y aún cuando se trata de evitar complicaciones y hasta la muerte para las usuarias del servicio. (Cuadro LXVII, Gráfica XLI, pág. 186).

LE OFRECIERON REALIZARLE UN PAPANICOLAOU EN LA INSTALACIÓN DE SALUD A LA QUE ASISTIÓ.

En el Centro de salud de Chepo le ofrecieron el Papanicolaou al 54.3% (n=43) de las señoras que acudieron al mismo, en el Hospital Regional de Chepo se lo hicieron al 58.5% (n=86) y en otras instituciones al 52%(n=24). Resultando que al 45.7% (n=36), 41.5% (n=61) y al 48.0% (n=24) respectivamente en cada instalación no se le ofreció el tomarles un Papanicolaou, lo que nos indica que en las instalaciones de salud de Chepo Cabecera hay más o menos un 45% de oportunidades perdidas para con las toma de Papanicolaou ((Cuadro LXVIII, Gráfica XLII, pág. 187).

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA EN LA INSTALACIÓN DE SALUD AL HACERSE UN PAPANICOLAOU

El 6.6% (n=11) refirieron haber tenido algún problema para realizarse el Papanicolaou en una instalación de salud y el 82.6% (n=138) dijo no haberlo tenido. De las que refirieron haber tenido algún tipo de problema, el 63.6 % (n=7) lo tuvieron en el Hospital Regional de Chepo, el 27.3% (n=3) en el Centro de Salud de Chepo y el 9.1% (n=1) en otras instalaciones de salud. (Cuadros LXIX y LXX, Gráfica XLIII, pág. 188).

LUGAR DE PREFERENCIA PARA REALIZARSE UN PAPANICOLAOU

Según el lugar de preferencia para realizarse el Papanicolaou, el 51.3% (n=100) prefieren o preferirían realizarlo en el Hospital Regional de Chepo, el 10.3% (n=20) lo prefieren fuera de Chepo, el 3.6% (n=7) preferirían que fuera en sus casas, el 8.2%(n=16) en el Centro de salud de Chepo y un 22.6 %(n=44) refiere no tener preferencia y el 4.1%(n=8) no respondió.

De las que mencionaron preferir el Hospital Regional de Chepo, el 93.0% (n= 93) se habían realizado el Papanicolaou, y solo el 7.0% (n=7) no. Entre las que prefieren el Centro de salud de Chepo, el 81.2% (n=13) lo habían hecho y el 18.8% (n=3) no. Para las que prefieren un lugar fuera de la comunidad, solo el 80.0% (n=16) lo había realizado y el 20.0% (n=4)no. Entre las que mencionaron no tener preferencias , el 93.2% (n=41) si habían hecho algún Papanicolaou y el 6.8% (n=3) no.

Hay que destacar que de las mujeres que mencionaron preferir que alguien fuera a sus casas a realizarles el Papanicolaou (n=7) solo el 57.1% (n=4) se lo había tomado. Y que entre las que no respondieron, ninguna se lo había realizado. (Cuadro LXXI, pág. 189, Gráfica XLV, pág. 190).

PREFERENCIA EN EL SEXO DE QUIEN LE REALICE EL PAPANICOLAOU

El 49.8% (n=97) de las mujeres encuestadas, mencionaron preferir que sea del sexo femenino la persona que les realiza el Papanicolaou. El 37.9% (n=74) refirieron no tener preferencia alguna y el 6.7% (n=13) dijeron preferir a alguien del sexo masculino. El 5.6% (n=11) prefirieron no responder a la pregunta.

De las que contestaron sexo femenino y sexo masculino, el 86.6% (n=84) y el 84.6% (n=11) se habían realizado alguna vez un Papanicolaou. De aquellas que no tenían preferencias, el 93.2% lo habían realizado mientras que de las que no respondieron, solo el 27.2% (n=3) lo habían hecho y el 72.8% (n=8) no. (Cuadro LXXII, Gráfica XLV, pág. 191).

PREFERENCIA POR ALGÚN TIPO DE PROFESIONAL PARA REALIZARSE UN PAPANICOLAOU.

Un 15.4% (n=30) prefiere un médico, el 28.2% (n=55) prefieren que sea una enfermera y el 19.0% (n=37) a un especialista. El 32.8% (n=64) del total de encuestadas no tiene preferencia en el tipo de profesional que realiza el examen. y el 4.6% (n=9) no respondió a la pregunta.

Entre las que prefirieron al médico, el 90.0% (n=27) respondió que si se había realizado un Papanicolaou y 10.0% (n=3) que no. Entre las que dijeron que a una enfermera, lo hicieron el 87.3% (n=48) y el 17.2% (n=7) no. Del grupo que mencionó que al especialista, el 94.6% si se ha realizado el Papanicolaou y solo el 5.4% no. De los que no tiene preferencias, el 89.1% (n=57) si lo había hecho y el 10.9% (n=7) no. Del grupo que prefirió no responder, ninguna se había realizado en su vida un Papanicolaou. (Cuadro LXXIII, Gráfica XLVI, pág. 192).

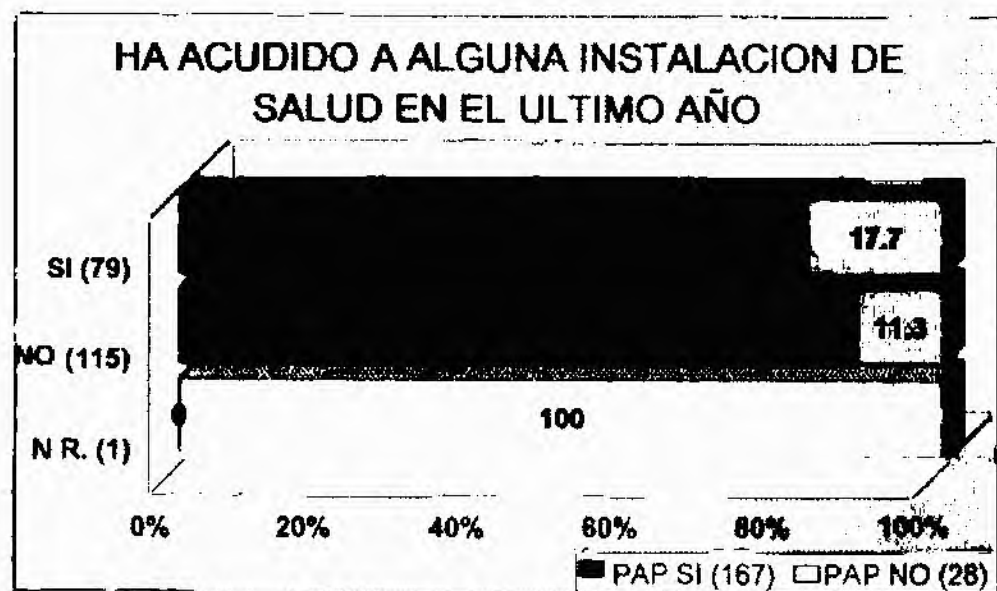
OPINIÓN DE LA MUJER, SOBRE DONDE Y QUIENES REALIZAN EL PAPANICOLAOU.

CUADRO LXVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE SE HAN REALIZADO O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI HA ACUDIDO A UNA INSTALACIÓN DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO. CHEPO. AÑO 1999.

HA ACUDIDO A ALGUNA INSTALACIÓN DE SALUD	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
SI	79	65	82.3	14	17.7
NO	115	102	88.7	13	11.3
NO RESPONDE	1	0	0.0	1	100.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XL DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN SI HA ACUDIDO A UNA INSTALACIÓN DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

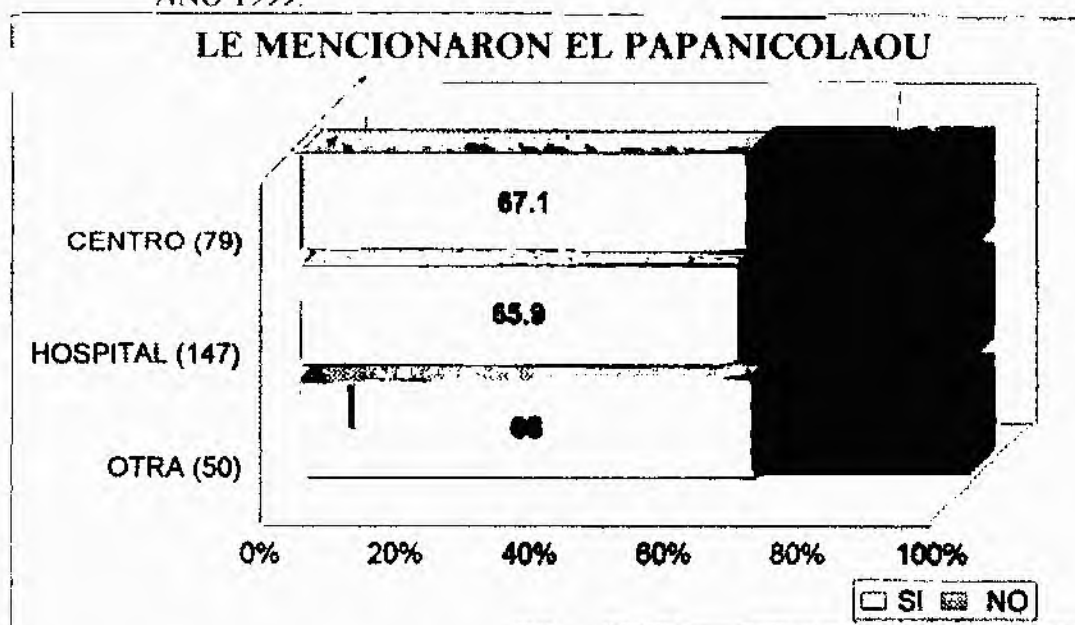
OFERTA DEL PAPANICOLAOU

CUADRO LXVII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN DE SALUD LE MENCIONARON LA PALABRA PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

INSTALACIÓN DE SALUD	TOTAL	MENCIONARON PAP			
		SÍ		NO	
		No	%	No.	%
CENTRO DE SALUD DE CHEPO	79	53	67.1	26	32.9
HOSPITAL REGIONAL DE CHEPO	147	97	65.9	50	34.1
OTRA INSTALACIÓN	50	34	68.0	16	32.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XLI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN DE SALUD LE MENCIONARON LA PALABRA PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



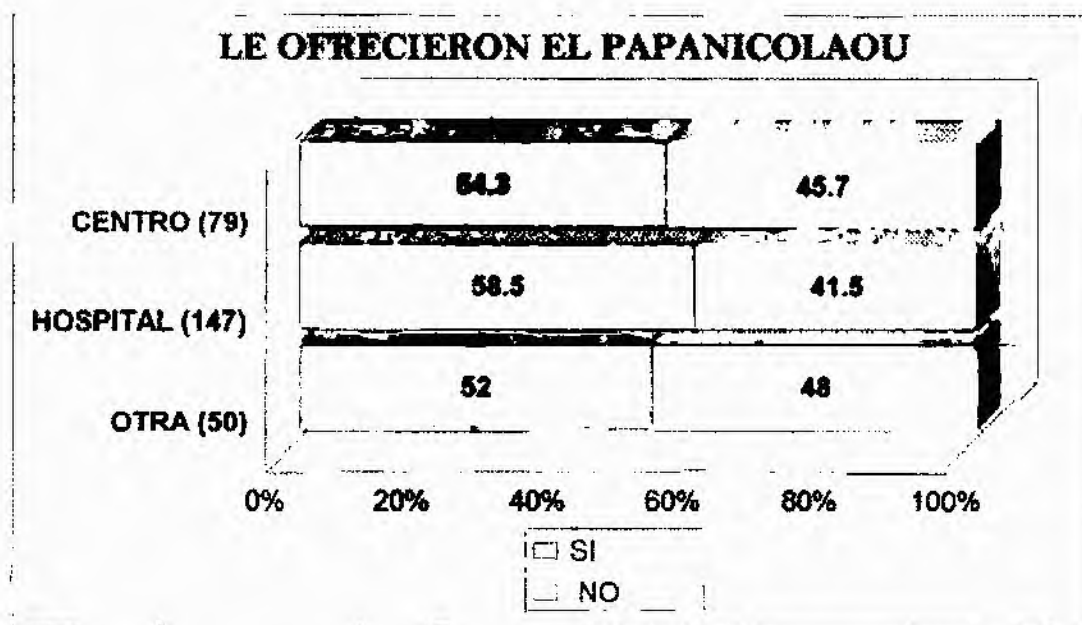
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXVIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN LE OFRECIERON REALIZAR UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

INSTALACIÓN DE SALUD	TOTAL	OFRECIERON PAP			
		SÍ		NO	
		No	%	No.	%
CENTRO DE SALUD DE CHEPO	79	43	54.3	36	45.7
HOSPITAL REGIONAL DE CHEPO	147	86	58.5	61	41.5
OTRA INSTALACIÓN	50	26	52.0	24	48.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XLII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN SI EN LA INSTALACIÓN LE OFRECIERON REALIZAR UN PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXIX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN HABER TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU EN LA INSTALACIÓN DE SALUD. CORREGIMIENTO DE CHEPO. AÑO 1999.

HA TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU EN LA INSTALACIÓN DE SALUD	No.	%
TOTAL	167	100.0
SÍ	11	6.6
NO	138	82.6
NO RECUERDA/NO RESPONDE	18	10.8

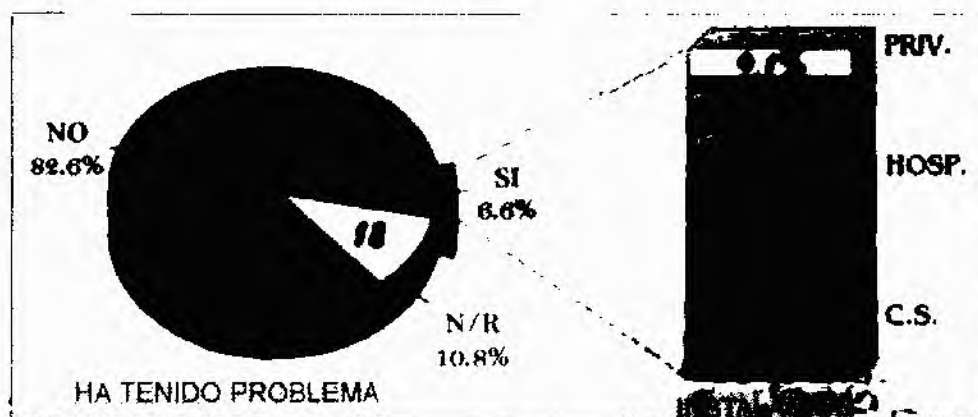
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

CUADRO LXX DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HAN TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU SEGÚN LA INSTALACIÓN DE SALUD. CHEPO. AÑO 1999.

INSTALACIÓN DE SALUD	SI	%
TOTAL	11	100.0
CENTRO DE SALUD DE CHEPO	3	27.3
HOSPITAL REGIONAL DE CHEPO	7	63.6
OTRA INSTITUCIÓN	1	9.1

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

GRÁFICA XLIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE HAN TENIDO PROBLEMA PARA HACERSE UN PAPANICOLAOU SEGÚN INSTALACIÓN DE SALUD. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

**PREFERENCIAS DE LA MUJER PARA REALIZARSE EL PAPANICOLAOU
SEGÚN DONDE Y SEXO Y TIPO DE PERSONA**

CUADRO LXXI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN DONDE PREFERE QUE LE HAGAN EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

DONDE PREFERIRÍA EL PAPANICOLAOU	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
CENTRO DE SALUD	16	13	81.2	3	18.8
HOSPITAL REGIONAL	100	93	93.0	7	7.0
OTRA FUERA DE CHEPO	20	16	80.0	4	20.0
EN CASA	7	4	57.1	3	42.9
NO TIENE PREFERENCIA	44	41	93.2	3	6.8
NO RESPONDE	8	0	0.0	8	100.0

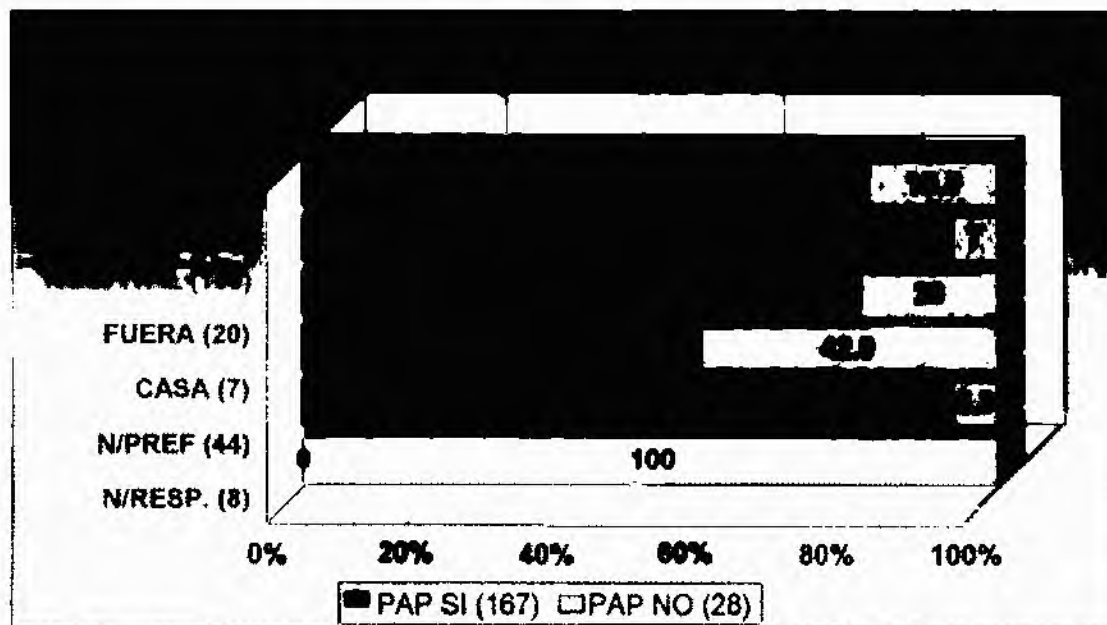
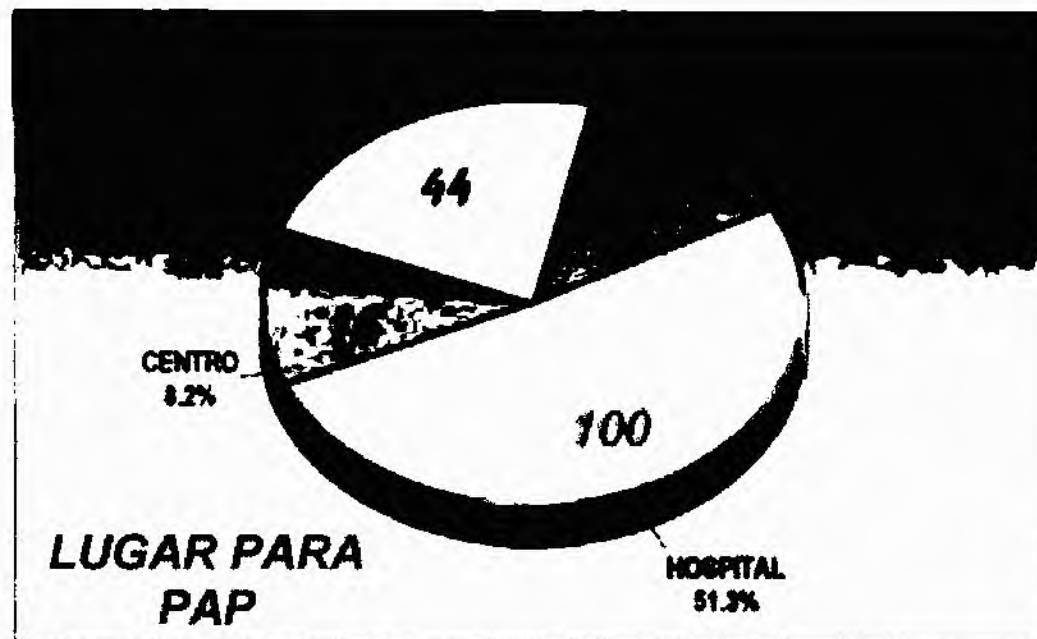
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXXII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN EL SEXO DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

SEXO DEL QUE REALICE EL PAPANICOLAOU	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
VARÓN	13	11	84.6	2	15.4
MUJER	97	84	86.6	13	13.4
NO TIENE PREFERENCIA	74	69	93.2	5	6.8
NO RESPONDE	11	3	27.2	8	72.8

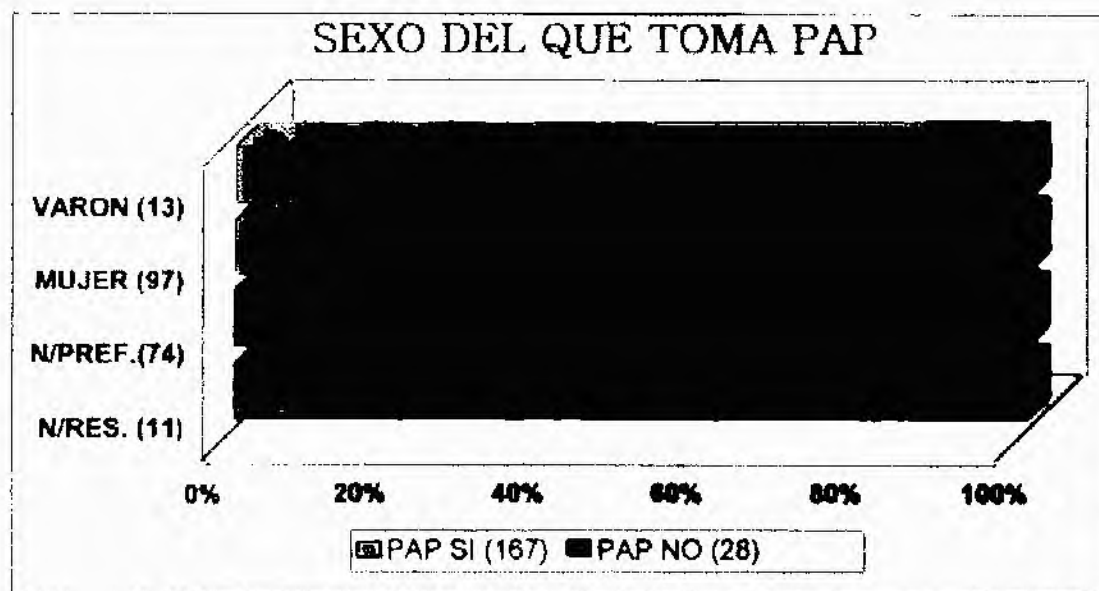
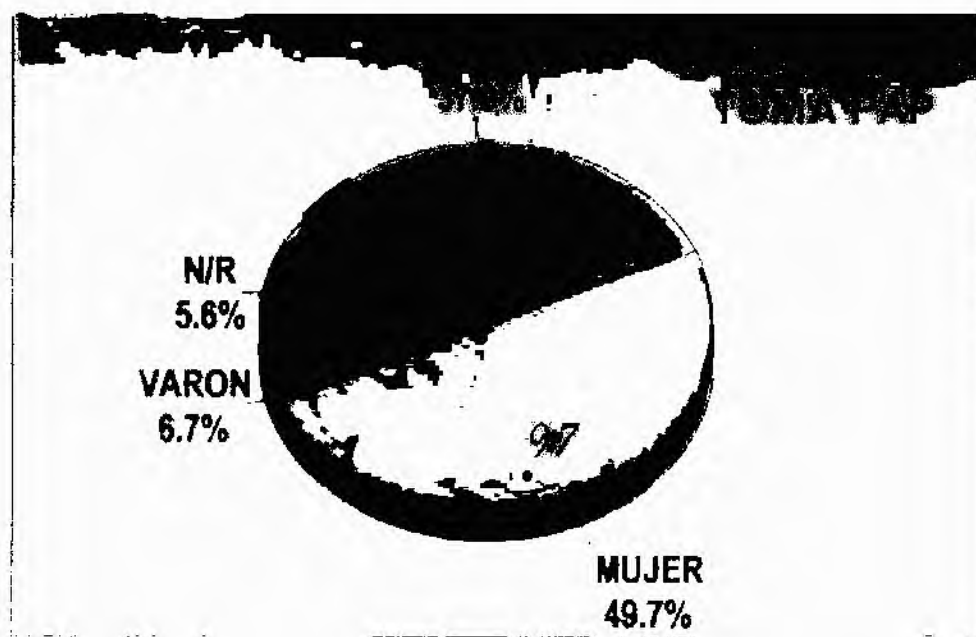
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XLIV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, QUE SE HAN REALIZADO Y NO UN PAPANICOLAOU SEGÚN DONDE PREFERE QUE LE HAGAN EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XLV DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON SI O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL SEXO DE QUIEN PREFERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



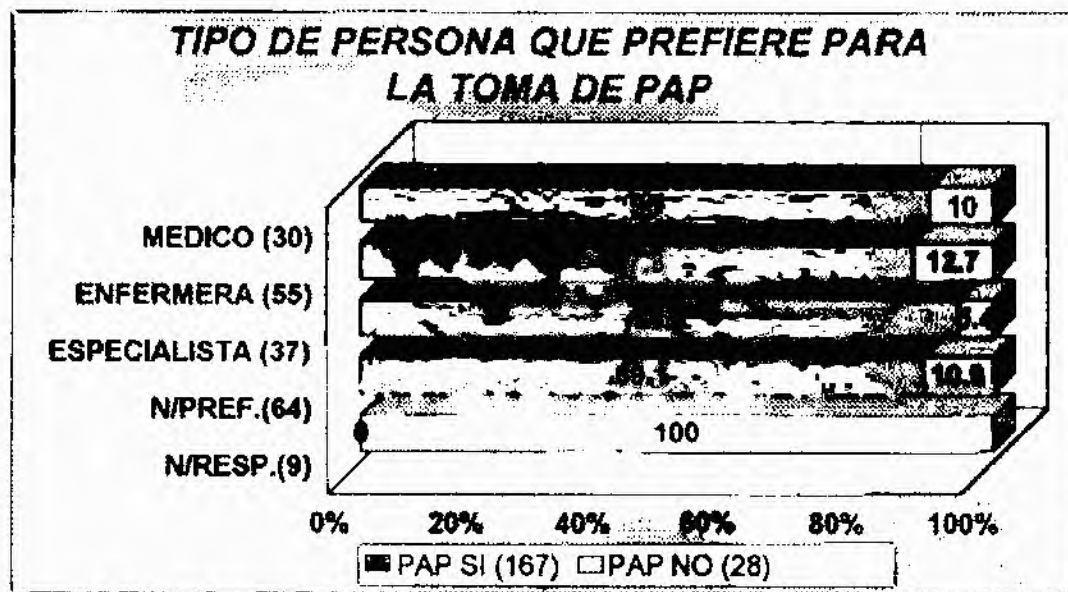
Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXXIII DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS TOTAL Y QUE REALIZARON SI O NO UN PAPANICOLAOU, SEGÚN EL TIPO DE PERSONA DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.

TIPO DE PERSONA	TOTAL	PAP SÍ		PAP NO	
		No.	%	No.	%
TOTAL	195	167	85.6	28	14.4
MÉDICO	30	27	90.0	3	10.0
ENFERMERA	55	48	87.3	7	12.7
ESPECIALISTA	37	35	94.6	2	5.4
NO TIENE PREFERENCIA	64	57	89.1	7	10.9
NO RESPONDE	9	0	0.0	9	100.0

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

GRÁFICA XLVI DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN EL TIPO DE PERSONA DE QUIEN PREFIERA LE REALICE EL PAPANICOLAOU. CHEPO. AÑO 1999.



Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999

7.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE

La asociación entre las variables estudiadas y la toma o no del papanicolau en las mujeres se calcularon utilizando las medidas de test de significancia estadística (Chi^2 y el valor de "p") y se estableció la magnitud de asociación para los factores estudiados con el evento a través del *Odds Ratio* o desigualdad relativa y la determinación de la precisión con el cálculo de los límites de confianza para el *Odds Ratio*.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Las variables demográficas a las que se les hizo análisis estadístico simple fueron: ingreso familiar, condición socioeconómica, trabajar fuera de casa, cobertura social, escolaridad y estado civil. En el análisis se obtuvo significancia estadística para las mujeres que contaban con cobertura social con un Chi^2 de 5.83 y $p=0.015$, los límites de confianza van de 1.1 a 7.52 y no contienen al uno. Esto nos da un riesgo de 2.85 veces mayor de hacerse un Papanicolaou que para las que no tienen cobertura social.

Para el Estado Civil, en el grupo de las solteras se encontró un Chi^2 de 7.16, con una $p= 0.007$, sus límites de confianza fueron 0.06-0.81 y un O.R. de 0.23, por lo tanto, presentan un riesgo 77% (1-0.23) menor de acudir a realizarse el Papanicolaou o sea que las solteras acuden menos por un Papanicolaou lo que nos puede estar evidenciando la poca percepción del riesgo, que tiene este grupo de mujeres con respecto a las que tienen alguna relación de pareja.

La escolaridad, aún cuando se encontró significancia evidente una vez más hay que destacar que entre las mujeres que habían solo cursado algún grado de primaria, entre las que no se realizaron nunca el Papanicolaou, una gran mayoría.

FACTORES ASOCIADOS

Dentro de las variables de persona, se calcularon pruebas de significancia estadísticas, la razón de productos cruzados y límites de confianza para todas las variables. Se presentan solo algunas por resultar de interés comentar o por haber encontrado en ellas alguna significancia estadística. Las que presentamos son: la edad, edad de la primera relación sexual, edad del primer embarazo, tener compañero sexual y el número de compañeros sexuales.

Al realizar el cruce entre la edad de la primera relación sexual y el acudir a realizarse un Papanicolaou, encontramos que el iniciarla después de los 30 años se tiene un χ^2 de 12.95 con una $p=0.003$ y límites de confianza en 0.01-0.56 y un O.R. de 0.07 esto nos indica que estas mujeres tienen un riesgo 93% menor de realizarse un Papanicolaou. Para aquellas que no respondieron el χ^2 es de 36.99 y una $p=0.000$, con límites de confianza en 0.01-0.18 y O.R. 0.04 o sea un riesgo 96% mayor de no realizarlo, esto se puede deber al sesgo de información que existe en toda encuesta, lo mismo sucedió con las que no respondieron a tener compañero sexual que presenta un χ^2 de 16.05 y una $p=0.0006$, con límites de 0.02-0.46 y O.R. 0.08, 92% menor riesgo de hacerlo.

Entre los temores y prohibiciones, el no sentir temor a que le vean sus partes íntimas mostró significativo con un χ^2 en 9.79, una $p=0.007$, límites de confianza que van de 1.48 a 1167 y un O.R. de 4.04, que indica que este grupo presentó un riesgo e.04 veces mayor de hacerse el Papanicolaou. No se realizaron los cálculos para las prohibiciones por porque tanto para si lo prohibía el marido, como para si la religión lo hacía, ninguna mujer a las que se les prohibió, dejó de hacer la Prueba.

CUADRO LXXIV PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA VARIABLES DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999.

FACTOR DE RIESGO	PAP SÍ	PAP NO	X ²	P	L.C.	O.R.
INGRESO FAMILIAR						
TOTAL	167	28				
>500.00	17	3	--	--	--	1.00
250.00 - 500.00	52	4	1.07	0.30	0.30-14.91	2.29
< 250.00	97	20	0.05	0.81	0.15-3.39	0.86
N/R	1	1	1.43	0.23	0.00-18.44	0.18
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICO						
TOTAL	167	28				
ALTA	27	4	--	--	--	1.00
MEDIA	37	5	0.02	0.89	0.20-5.63	1.10
BAJA	103	19	0.14	0.71	0.18-2.71	0.80
TRABAJAR FUERA DE CASA						
TOTAL	167	28				
SÍ	60	7	--	--	--	1.00
NO	107	21	0.10	0.75	0.68-1.69	1.07
COBERTURA SOCIAL						
TOTAL	167	28				
NO	78	20	--	--	--	1.00
SÍ	89	8	5.83	0.015	1.11-7.52	2.85
ESCOLARIDAD						
TOTAL	167	28				
UNIVERSIDAD	13	3	--	--	--	1.00
SECUNDARIA	64	8	0.69	0.41	0.28-9.06	1.85
VOCACIONAL	3	1	0.07	0.78	0.04-48.32	0.69
PRIMARIA	67	14	0.02	0.88	0.18-4.83	1.10
NINGUNA	20	2	0.74	0.39	0.23-30.51	2.31
ESTADO CIVIL						
TOTAL	167	28				
CASADA	53	6	--	--	--	1.00
UNIDA	64	7	0.00	0.95	0.27-3.84	1.04
SEPARADA	19	2	0.01	0.93	0.17-11.78	1.08
SOLTERA	20	10	7.16	0.007	0.06-0.81	0.23
VIUDA	11	3	1.31	0.25	0.07-3.00	0.42

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXXV PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA FACTORES ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU. MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999.

FACTOR DE RIESGO	PAP SÍ	PAP NO	X ²	P	LC.	O.R.
EDAD						
TOTAL	167	28				
30-39	78	12	--	--	--	1.00
40-49	34	6	0.06	0.80	0.28-3.08	0.87
50-59	26	2	0.78	0.37	0.40-19.47	2.00
60-69	17	6	2.29	0.13	0.13-1.63	0.44
70 y +	12	2	0.01	0.90	0.17-9.51	0.92
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL						
TOTAL	167	28				
10-19	109	8	--	--	--	1.00
20-29	49	7	1.52	0.216	0.16-1.68	0.51
30-39	3	3	12.95	0.0003	0.01-0.56	0.07
40 Y MÁS	0	0	--	--	--	--
N/R	6	10	36.99	0.000	0.01-0.18	0.04
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO						
TOTAL	167	28				
10-19	82	10	--	--	--	1.00
20-29	78	6	0.74	0.39	0.49-5.56	1.59
30-39	4	2	2.62	0.105	0.03-3.08	0.24
40 y MAS	1	0	--	--	--	--
NO/RESPONDE	0	5	--	--	--	--
NO HA TENIDO	2	5	18.37	0.00001	0.00-0.36	0.05
TENER COMPANERO SEXUAL						
TOTAL	167	28				
SI	114	12	--	--	--	1.00
NO	48	9	1.51	0.219	0.20-1.62	0.56
NO HA TENIDO	1	2	9.81	0.0017	0.00-1.13	0.05
NO RESPONDE	4	5	16.05	0.0006	0.02-0.46	0.08
NÚMERO DE COMPANEROS SEXUALES						
TOTAL	167	28				
SOLO UNO	89	9	--	--	--	1.00
2-3	63	10	0.86	0.35	0.22-1.82	0.64
MÁS DE 3	11	2	0.49	0.48	0.10-5.98	0.56
N/R	4	2	35	0.06	0.03-1.86	0.20

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

CUADRO LXXVI PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS Y LÍMITES DE CONFIANZA PARA TEMORES Y PROHIBICIONES, ASOCIADOS A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS. CHEPO 1999.

FACTOR DE RIESGO	PAP SÍ	PAP NO	X ²	P	L.C.	O.R.
TEMOR DE SENTIR DOLOR						
TOTAL	167	28				
SÍ	55	12	--	--	--	1.00
NO	104	11	2.66	0.103	0.77-5.51	2.06
N/R	8	5	2.71	0.099	0.08-1.63	0.35
TEMOR A QUE LE VEAN SUS PARTES ÍNTIMAS						
TOTAL	167	28				
SÍ	51	15	--	--	--	1.00
NO	110	8	9.79	0.0017	1.48-11.67	4.04
N/R	6	5	2.50	0.113	0.08-1.71	0.350
TEMOR QUE LE HAGAN UN DAÑO						
TOTAL	167	28				
SÍ	30	8	--	--	--	1.00
NO	130	15	3.12	0.077	0.77-6.43	2.31
N/R	7	5	1.97	0.160	0.08-1.95	0.37
LE PREOCUPA QUE EL PERSONAL COMENTE ALGO SOBRE USTED A OTROS						
TOTAL	167	28				
SÍ	56	9	--	--	--	1.00
NO	105	14	0.17	0.68	0.43-3.21	1.21
N/R	6	5	6.17	0.129	0.04-1.00	0.19
SU MARIDO SE LO HA PROHIBIDO						
TOTAL	167	28				
SÍ	4	0	--	--	--	1.00
NO	155	21	--	--	--	--
N/R	8	7	--	--	--	--
SU RELIGIÓN SE LO PROHIBE						
TOTAL	167	28				
SÍ	1	0	--	--	--	1.00
NO	158	21	--	--	--	--
N/R	8	3	--	--	--	--

Fuente: Encuesta sobre factores de riesgo que afectan la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 30 años. Chepo 1999.

DISCUSIÓN

La prueba de Papanicolaou o examen citológico se constituye en uno de los métodos más eficaces para detectar cambios atípicos o lesiones pre-cancerosas en el cuello del cérvix, desde etapas muy tempranas. Esta prueba es sencilla, rápida y barata, con la que se ha logrado reducir sustancialmente las tasas de incidencia y mortalidad en países en donde se han alcanzado cifras aceptables de cobertura.

En Panamá, las coberturas de Papanicolaou hasta 1998 no han superado el 32.2%, máximo alcanzado en el año 1995. Las normas de patología cervical y colposcopia establece que las coberturas óptimas deben ser iguales o mayores de 60% para la población en riesgo de 15 años y más.

Ante este contraste de cifras, que puede ser atribuido al crecimiento de la población femenina en riesgo y a la escasez de recursos en el sector salud, pero también a la actitud misma de la mujer ante la prueba. Se diseñó un estudio para investigar algunos factores que pudieran estar asociados con la toma o no del Papanicolaou esta población, que pudieran brindar alguna explicación o identificar motivos atribuibles, sobre los que se pueda incidir y tratar de mejorarlos por parte de los equipos de salud y la población en general. Estos factores son investigados desde una doble perspectiva: aspectos socioculturales de la mujer y los factores de la oferta por parte de los servicios de salud en el Corregimiento de Chepo.

Se realizó en la cabecera de corregimiento, porque reúne condiciones para que no se escape ninguna mujer que habite allí. Cuenta con buenas carreteras, buen servicio de transporte, todos sus puntos están cerca de alguna instalación de salud, de las cuales hay un hospital que aún siendo de la Caja de Seguro Social, atiende no asegurados; un Centro de Salud en el cual igualmente se atienden asegurados o no asegurados. Existen además tres clínicas privadas. A todas ellas es posible acceder aún a pie. Igualmente, en todas ellas se llevan los programas maternos, dentro de los que la toma y el análisis del Papanicolaou son gratuitos y en donde aún con todas estas ventajas, la máxima cobertura oficial, publicada dentro de las estadísticas de salud es de 12.7% en 1995.

Se definió como grupo de estudio, la mujer de 30 y más años de edad, por considerarse la población de alto riesgo, primero porque el riesgo mismo de padecer cáncer cérvico uterino aumenta con la edad y porque a esta edad se inicia la emigración, o menor asistencia, de la mujer, de los servicios de salud, por cuanto ya la fase activa de la reproducción inicia su declinación. También resulta ser el periodo de edad en que el examen de Papanicolaou permite la detección temprana de lesiones pre-malignas con su correspondiente tratamiento oportunos; disminuyendo la morbi-mortalidad por esta patología.

En la metodología no se anticipó la posible ocurrencia de algunos sesgos en los que se pudo incurrir, y de hecho el análisis nos permitió evidenciar un sesgo de falseamiento en algunas de las mujeres, cuando al contestar que se habían realizado su último Papanicolaou en el último año, respondieron igualmente que en el último año no habían acudido a alguna instalación de salud, también el hecho algunos otros hallazgos sobre temores y prohibiciones serán comentados.

Así mismo, aún cuando tratamos de evitar el sesgo de selección en la muestra para la representatividad entre las mujeres que trabajaran o no, encuestando sábados y domingos, no pudimos controlar los grupos de edades ni el estar ausente por hospitalizaciones o urgencias propias. De toda forma, por tratarse de un estudio descriptivo hacemos válidos los hallazgos.

Dentro de las variables demográficas investigadas, de los hallazgos más importantes tenemos que un gran porcentaje (60.0%) de mujeres habitan en grupos familiares cuyo ingreso mensual es inferior a \$250.00. Dentro de este grupo se encontró el mayor porcentaje mujeres que no se habían nunca realizado un Papanicolaou (17.2%). El hecho de que, el 15.0% de las mujeres que informaron ingresos mayores de \$500.00, con niveles altos de poder adquisitivo calculados, no se hayan hecho un Papanicolaou hace pensar que no se está llegando con el mensaje, aún a estos grupos que debieran tener mayor acceso a la información. De este grupo se encontró un 10.4% que nunca se había realizado un Papanicolaou.

El no trabajar, entre las mujeres encuestadas, se encuentra en el orden del 65.7% y fue en este grupo, las que dijeron no trabajar, las que presentaron el mayor porcentaje de no haberse tomado un Papanicolaou (16.4%), y aún cuando no resultó significativo el hecho, es preocupante porque son mujeres que están en casa más tiempo, y tendrían más tiempo para acudir a la instalación de salud.

El estar asegurada demostró ser un factor facilitador para la toma del Papanicolaou entre las mujeres de Chepo ya que el 91.7% de este grupo lo había realizado contra el 79.6% de las no aseguradas. El contar con seguro social representó un riesgo 2.85 veces mayor para realizarse un Papanicolaou que para la que no están aseguradas.

Un 11.3% de las encuestadas no habían asistido nunca a un centro de enseñanza y el 41.5% solo alcanzaron algún grado de primaria. El grupo de mujeres encuestadas que no asistió a la escuela resultó ser las que más asistieron en busca de un Papanicolaou con un 90.9% y en el otro grupo solo el 82.7% lo hizo, sin embargo no se encontró significancia estadística entre los diferentes niveles.

Las mujeres solteras fueron el grupo, según el estado conyugal, el grupo que menos acudió por un Papanicolaou, solo lo hicieron en un 66.6% y las viudas en un 78.6%, tal vez pensando que el riesgo de tener un cáncer cérvico uterino no existe para ellas por no tener compañero sexual.

La mayoría de las mujeres encuestadas se encontraban en edades de 30 a 39 años (46.1%, n=90) y de esta un 13.3% (n=12) no se habían nunca realizado un Papanicolaou; igualmente se observó que la mayoría de las mujeres que no se han efectuado el Papanicolaou están en el grupo de 60-69 años (26.1%, n=6). Estos aspectos son importantes porque el primer grupo corresponde a una etapa aún productiva en la mujer, que viene de muy probablemente, varios controles pre y post natales, en los que debieron ser captadas, y para el otro grupo porque es conocido que el riesgo de problemas neoplásicos, va aumentando a medida que avanza en años.

Con la historia reproductiva tratamos de estudiar los riesgos evidentes de la mujer, recogidos a través de la edad de la primera relación sexual, la edad del primer embarazo, el tener y el número de compañeros sexuales. Dentro de la edad de la primera relación sexual, el 60% tuvo su primera relación entre los 10 y 19 años de edad, lo que nos indica que están entrando en el riesgo tempranamente por lo que igualmente deben acudir

tempranamente a la toma del Papanicolaou. El 47.2% de las mujeres tuvieron su primer embarazo en ese grupo de edad, aumentando aún más el riesgo.

El hecho de que al realizar el cruce entre la edad de la primera relación sexual y el acudir a realizarse un Papanicolaou, encontramos que estas mujeres tienen un riesgo 93% menor de realizarse un Papanicolaou, pudiera interpretarse como que o no son captadas en su etapa de reproducción temprana por no haber quedado embarazadas y no entrar a un programa pre o post natal o simplemente no son concientes del riesgo que camina con toda mujer, aún las que no tienen relaciones sexuales, de tener potencialmente un cáncer cérvico uterino y por lo tanto no son concientes de que deben realizarlo.

Al analizar el tener compañeros sexuales y el número de ellos, nos permite afirmar que más de la mitad (64.6%) tiene compañeros sexuales y cerca del 50% ha tenido más de uno. El hecho de que los grupos que han tenido de dos a tres y más de tres compañeros son los que en mayor porcentaje no se realicen el Papanicolaou (13.7% y 15.7% respectivamente), pudiera ser parte del no considerarse en riesgo y por lo tanto no tener la necesidad de acudir a realizarlo y llama más la atención que en los grupo de mujeres que se negaron a responder a las preguntas no lo hayan hecho en un 66.7 y 33.4%. Hay que destacar que para las mujeres que respondieron no haber tenido compañero sexual se calculó un riesgo 95% menor de realizar un Papanicolaou.

Sobre el conocimiento de lo que es el Papanicolaou, solo un 8.8 de las encuestadas negó saber lo que éste, sin embargo, en este grupo el 70.6% no se habían nunca realizado un Papanicolaou, ambas situaciones nos indican que aún en una comunidad tan accesible

como lo es Chepo cabecera de corregimiento hay señoras que no tienen acceso a la información preventiva de salud.

De las mujeres menores de 45 años (n=117) encuestadas, el 20.0 % de las mujeres que no planifican nunca se han realizado un Papanicolaou contra un 7.7% de las que sí lo hacen, esto nos permite ver al planificar como un ayudador para la toma, si embargo no es congruente el que una mujer que planifica, para lo que debe acudir a alguna instalación de salud no se lo haya practicado.

Si lo analizamos desde el punto de vista de cómo se enteró la señora, el 47.2% lo hizo en un consultorio, con un médico o el 23%, igualmente en una instalación con una enfermera. Si tomamos en cuenta que no todas las personas acuden a las instalaciones de salud, es importante tomar en cuenta que solo el 9.6% se enteró a través de medios masivos como el radio y la televisión, medios que deben ser, sin duda los grandes apoyos de la prevención.

Sobre los temores, las que sentían miedo al dolor, las que tendrían algo de problemas con el pudor, las que temen al daño durante la manipulación, no así el temor de que el personal de salud sea indiscreto, podemos decir que aún cuando el sí sentirlos no representó la mayoría de los casos, para estos grupos de mujeres más del 20% en cada grupo no se han realizado un Papanicolaou. Las prohibiciones exploradas no resultaron ser un riesgo evidente para la toma.

Sobre las preferencias dentro de la oferta, una significativa cantidad de mujeres prefieren las instalaciones del Hospital Regional, que se lo realice una mujer y aunque mayormente no tiene preferencias sobre el tipo de especialistas, es considerable en número que prefiere que sea la enfermera quien lo haga.

Somos concientes de que existió algún error metodológico que permitió que los resultados no fueran congruentes, como ya mencionamos al inicio en que se habló sobre los sesgos. El hecho de que a pesar de que 102 mujeres refirieron haberse realizado su último Papanicolaou hacia un año o menos, solo 79 respondieron afirmativamente que hubieran acudido a alguna instalación de salud en el último año, esto nos permite asegurar que no dijeron, en muchos casos, toda la verdad y hubo sin duda sesgo de falseamiento.

CONCLUSIONES

1. Existen mujeres, en Chepo centro, que no se han realizado nunca un Papanicolaou a pesar de contar con dos instalaciones gubernamentales de atención y tres clínicas privadas, aún con ser este un examen gratuito.
2. El 85.5% de las encuestadas refirieron haberse realizado un Papanicolaou al menos en su vida, de éstas, el 70.8% refiere repetirlo según normas (cada año o menos), sin embargo las coberturas oficiales, para la Región de Salud de Panamá Este, no llegan al 15% hasta 1997, y las calculadas, contra registro, en ambas instalaciones, para 1998, alcanzaron el 26%.
3. El 10.3% de las encuestadas dijeron preferir una instalación fuera de Chepo para realizarse un Papanicolaou.
4. El 4.2% de las encuestadas, aún informándoles lo que era la prueba, refirieron que no se volverían a realizar un Papanicolaou.
5. El 60% de las mujeres encuestadas viven en grupos familiares cuyo ingreso es menor de \$250.00 y su condición socioeconómica es baja.
6. Las mujeres que viven en un nivel socioeconómico bajo, en un 15.6% no acude a realizarse un Papanicolaou y las que lo hacen en un nivel alto, tampoco acuden, en un 10.4%.

7. A pesar de que el 47.2% de las encuestadas tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años de edad, solo el 25.7% lo hizo a esa edad. El 48.5% se realizaron el primer Papanicolaou después de los 20 años.
8. El ser asegurada brindó en 2.85 veces más la probabilidad de realizarse un Papanicolaou que para la no asegurada.
9. Las mujeres sin grado de escolaridad aprobado asistieron mayormente a la toma del Papanicolaou.
10. El 55.6% de la mujeres menores de 45 años, practican algún método de planificación familiar, a pesar de que esto asegura el contacto con salud, un 7.7% de ellas, nunca se ha realizado un Papanicolaou.
11. Las mujeres mayores de 45 años, que han llegado a la menopausia, en un 14.7% no ha acudido por un Papanicolaou nunca.
12. El 91.3% de las encuestadas refirieron saber que era un Papanicolaou, pero un 9.0% de ellas no se han realizado nunca un Papanicolaou.
13. El 8.7% de las encuestadas refirieron no saber que era un Papanicolaou, de ellas, el 70.6% no lo había hecho.
14. el 47.2% de las que saben que es el Papanicolaou, se enteraron por el médico y el 23% por la enfermera. Solo el 9.5% lo hizo por un medio masivo de divulgación.
15. El ser soltera presentó un riesgo 77% menor para hacerse un Papanicolaou.
16. El iniciar las relaciones sexuales con más de 30 años presentó un riesgo 93% menor (O.R.=0.07, Chi^2 12.95 y $p=0.0003$) para hacerse el Papanicolaou que las que lo hicieron en edades tempranas.

17. El no haber tenido embarazo representó un riesgo 95% menor para realizarse un Papanicolaou.
18. No tener compañero sexual mostró un riesgo 95% menor para realizarse un Papanicolaou, en las mujeres encuestadas.
19. Si bien fueron pocas las causas que se esgrimieron dentro de los problemas en las instalaciones, para hacerse un Papanicolaou, es importante hacerlas saber a las autoridades dichas instalaciones.
20. No pudimos probar que las prohibiciones, tanto del marido como de la iglesia fueran factores de riesgo para no realizarse un Papanicolaou.
21. Aunque solo 7 de las encuestadas refirieron preferir que el Papanicolaou les fuera realizado en sus casas, esta es una interesante alternativa, sobre todo para los grupos de mujeres de edad avanzada y minusválidas.
22. El 49.7% de las encuestadas prefieren que sea una mujer quien le tome el Papanicolaou y solo un 6.7 % refirió preferir a un varón, sin preferencias evidentes en la profesión que tenga.
23. El Centro de Salud de Chepo aún no tiene el sitio necesario para que toda aquella mujer no asegurada se acerque para demandar este servicio.
24. El hospital Regional resulta ser la instalación preferida para realizarse un Papanicolaou, pero creemos que conforme el Centro de Salud de Chepo se vaya consolidando como un buen prestador de servicios será más utilizado.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario divulgar que es y como se realiza un Papanicolaou, para tratar de minimizar los temores o prohibiciones, que existen hacia éste.
2. Divulgar en forma masiva, la existencia de instalaciones de salud que prestan servicios preventivos dentro de programas, no solo para aseguradas, sino para todas las mujeres, que son gratuitos para todos, en este caso lo es para la prueba del Papanicolaou.
3. Se hace necesario insistir en recurrir a los medios masivos de divulgación, radio, televisión, y otros, para llegar con el mensaje de salud preventiva, a la población que no asiste a las instalaciones de salud en especial a la mujer.
4. Hay que promover y practicar, la idea de que el personal de salud es totalmente reservado ante cualquier hallazgo con el paciente.
5. Promover la necesidad de la confidencialidad, en todos los aspectos y para todo aquel que trabaja en salud, no solo para los que realizan un Papanicolaou, para así ganar la confianza de los que deben utilizar los servicios de salud.
6. Promover el que todo personal de salud que haga contacto con las mujeres en sus casas por cumplir con algún otro programa, sea capaz explorar y/o de llevar el mensaje sobre la importancia del Papanicolaou.

7. Intensificar la promoción de la realización del Papanicolaou entre las mujeres que acuden a controles pre y post natales, o por cualquier otro motivo, a las instalaciones de salud.
8. El Centro de Salud de Chepo, dentro del engranaje de salud, debe promoverse en forma masiva ante la comunidad, sobre todo en lo que a prevención se refiere, por lo que se hace necesario que plantee un programa de promoción abarcador y expansivo, ante todo para la prueba del Papanicolaou.
9. Asegurar que dentro de todos los programas, no solo de salud, sino de otras instancias como educación, la información sobre el Papanicolaou, llegue a mujeres de todos los niveles de escolaridad y poder adquisitivo.
10. Asegurarse que en los programas de promoción de salud, se envíe un mensaje claro sobre el riesgo universal que hay para toda mujer, de tener un cáncer de cuello de útero.
11. Asegurar que la mujer chepana entienda que el hecho saber que es el Papanicolaou no protege contra el riesgo de un cáncer cérvico uterino, para que realmente proteja, hay que realizárselo según norma.
12. Replantear encuestas similares agregando algún tipo de metodología que permitan corroborar si realmente las señoras acudieron o no a realizarse su Papanicolaou en el tiempo en que refieren haberlo hecho.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEYNE, George. 1996. Detección oportuna del cáncer de cuello de útero. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 6: 471-472. Washington, EUA.
- ANÓNIMO. 1996. Lecturas recomendadas (introducción). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 6: 610. Washington, EUA.
- ASCP. 1998, AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL PATHOLOGIST. George Papanicolaou, M.D. Pathology pioneers. (update 12/2/98). Chicago, E.U.A. <http://www.ascp.org/general/about/pioneers/Papanicolaou.asp>.
- AVILÉS, E. 1981. Y otros. Oncología Básica. EUPAN, Panamá 1981 pág. 71. 692 págs.
- BOYLE, Peter. 1997. Global burden of cancer. Lancet vol.349, supl. II:23-26. <http://www.thelancet.com/newlancet/reg/supplements/vol349s2/body.articles8.html>.
- BRITTON, Rosa. 1989. Importancia de la prueba de Papanicolaou. Boletín informativo del Centro Médico Paitilla. 7 (9): 3-4. Enero-Marzo. Panamá.
- BRITTON, Rosa. 1989. Parity as a risk factor for cervical cancer. American Journal of epidemiology 130 (3)Ñ486-495. E.U.A.
- BRITTON, Rosa. 1989 The male factor in the etiology of cervical cancer among sexually monogamous women. International Journal of Cancer. No.44: 199-203. E.U.A.
- BRITTON, Rosa. 1989 Invasive cervical cancer and smoking Latinamerica. Journal of the National Cancer Institute. Vol. 81 (3). E.U.A.
- CAMEL, F. 1974. Estadística Médica y de Salud Pública. Universidad de Los Andes Mérida. Venezuela. 2da. Edición. 1974.
- CARROL, L. 1998. PAPNET Detects Just a Few More Abnormal Smears At High Cost. Medical Tribune: Obstetrician & Gynecologist Edition 5(2): Jobson Healthcare Group. <http://www.medscape.com/jobson/MedTrib/obgyn/1998/v05.n02/PAPNETDetectsJustaFewMoreA.html>.

CASCANTE J. ROJAS, D. 1996. Perfil biomédico de la mujer con cáncer del cuello uterino en Centroamérica y Panamá. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. (REVCOG). Vol. 6 No. 1:1-5. Guatemala.

CASTAÑEDA M., R.Toledo, M. Aguilera. 1998. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Revista Salud Pública Mex. 40:330-338

CEBAMANOS, Fernando. 1994. Necesidad de un proyecto nacional de cáncer. La Prensa, suplemento especial del Instituto Oncológico Nacional. Panamá.

CEBAMANOS, Fernando. 1995 El Cáncer en Panamá. Documento mimeografiado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. 44 págs.

CHRISTINSEN, Damaris. 1996. New cervical test more effective than Pap smear. Medical Tribune: Obstetrician and Gynecologist Edition 3(18):

COLIMON. K. 1990. Fundamentos de epidemiología. Ed. Diaz de Santos, S.A.. España. 339 Págs.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1991. Panamá en Cifras, años 1980-1990. Panamá, 439 págs.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1991. Censos Nacionales de Población y Vivienda, Resultados finales ampliados. Vol. I, Lugares poblados de la República. Panamá, 688 págs.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1991. Censos Nacionales de Población y Vivienda, Resultados finales ampliados. Vol. II, Características generales de la población. Panamá, 268 págs.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1991. Censos Nacionales de Población y Vivienda, Resultados finales ampliados. Vol. IV, Población económicamente activa. Panamá, 343 págs.

CORRAL, F., P. Cuevas, J. Yépez, E. Montes. 1996. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 6. Washington, EUA. Págs.511-535.

DE GRACIA, R.: 1997. Manejo del Papanicolaou anormal: revisión de tema. Revista Médica Científica. Vol. 11, no. 2:15-18. Panamá.

DIGENE CORPORATION 1999. Screening and Dignosis for Cervical Cancer, The pap smear, The bethesda system.

http://www.digene.com/women's_health/womens_health.htm

DI CASTRO, P. 1996 Centro informativo HISTOLAB. Como prevenir el cáncer de la matriz.

<http://www.histolab.com.mx/pap.htm>.

DOUGLAS, L. 1967. Further Comment on the Contribution or Aurel Babés to Cytology and Pathology. *Acta Cytologica*, 11:217-224.

<http://www.cytology.com/history/babes.htm>.

DOUGLAS, L.E. 1970. Ordorico Viana and his contribution to diagnostic cytology. *Acta citológica*, 14:544-549. En Cytolink. <http://www.cytology.com/history/Viana.htm>

FÉLIX, Cristina. 1998. Aunque es el más prevenible, el cáncer cérvico uterino es el que más muertes ocasiona Los aspectos culturales y educativos, fundamentales. Reportaje para La Gaceta. México.

<http://www.comsoc.udg.mx/comunica/gaceta/gaceta88/reportaje.htm>

GARRIDO, J.L. 1997. Evaluación colposcópica, citología, hisotología y tratamiento de la patología cérvico uterino Pocrí de Los Santos:1984.Revista panameña DE Obstetricia y Ginecología. Vol. 2 no. 2:129-139.

GÁLVEZ, M., 1998, coordinador. PAPPs-semFYC . Grupos de expertos del PAPPs, prevención del Cáncer. Cáncer de Cérvix. España.

<http://www.papps.org/prevencción/cáncer/p107.htm>.

GILLI, M., M. CARRASCO, J. SENTIS. 1990. Sesgo de información. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 8:4, pág. 242-246. España.

HERNÁNDEZ-PEÑA, P., LAZCANO-PONCE, E., ALONSO-de RUIZ P., CRUZ-VALDÉS, A., MENESE-GONZALEZ, F. y HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. 1997. Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. *Revista de Salud Pública de México*. Vol.39, no.,4:379-387

HERRERO, Rolando y otros. 1990. Risk factors for invasive carcinoma of the uterine cervix in Latin America. Vol 24, No. 3:263-283. Washington E.U.A.

IRWIN K, M. Oberle, I. Rosero. 1990. Estudios de detección selectiva del Cáncer de cérvix y del cáncer de mama en Costa Rica. *Boletín de la Oficina Panamericana*. Vol 109, No. 3. Págs.: 213-225.

JIMÉNEZ CORDERO, O. 1998. Cáncer de Cérvix. Centro de información para internet de Virshow. Laboratorio de Patología. E.U.A.
<http://www.cucs.udg.mx/~virchow/archivos/docs/cacu.html>

KOSTECKI, Frederick, President 1999. Cervicography screening. National Testing Laboratories. Baltimore, E.U.A. <http://www.cerviscope.com/intro.html>

LAMADRID, Silvia. 1996. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 6542-549 Washington, EUA.

LÁZARO, J., MUNIESA, J, PARDO, A. 1998. Citología exfoliativa (método de Papanicolaou). Centro informativo del Hospital Obispo Polanco, Teruel España.
<http://www.opolanco.es/Apat/Boletin2/citologia.html>.

LIRA, Victor M. G.Olivares, J. Silva. 1999. Cáncer cérvico uterino. Internistas Certificados (ICABIM), Organización Médica de Multiespecialidad, México.
<http://icabim.com/cervico.html>.

MARYLAND Perinatal Health Partnership. 1999. Que es el Papanicolaou. Oficina de Salud Materna y Planificación Familiar. Community and Public Health Administration (CPHA) en español. Maryland, E.U.A.
<http://www.dhnh.state.md.us/cpha/omhfp/html/spanish/sphomepg.htm>

MIDZUARAY, A. 1996. El programa de control de cáncer de cuello uterino en el Perú. Informe del Ministerio de Salud, dentro del Proyecto de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Lima, Perú. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 608. Washington, EUA.

MILLER, A., ROBLES, S. 1996. Taller centroamericano sobre la detección del cáncer de cuello uterino. Informe Preparado por. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 589-602. Washington, EUA.

MINISTERIO DE SALUD. 1992. Norma de patología cervical y colposcopia, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones pre-invasoras del cuello del útero.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Informe del Registro Nacional del Cáncer. 1985-1992. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Panamá. 54p.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Estadísticas de salud. Año 1992. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Panamá. S/p.

MINISTERIO DE SALUD. 1995. Estadísticas de salud. Año 1993. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Panamá. S/p.

MINISTERIO DE SALUD. 1995. Normas técnico-administrativas del programa de Salud integral de la mujer. Pags. 52-53. Panamá.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Informe del Registro Nacional del Cáncer. 1992-1993. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Panamá. 34p.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Informe del Registro Nacional del Cáncer. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. 1992-1994. Panamá. 52p.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Estadísticas de salud. Año 1994. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Panamá, S/p.

MINISTERIO DE SALUD. 1996. Estadísticas de salud. Año 1995. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Panamá. S/p.

MINISTERIO DE SALUD. 1997. Estadísticas de salud. Año 1996. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Panamá, octubre 1997.

MINISTERIO DE SALUD. 1998. Informe del Registro Nacional del Cáncer. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. 1994-1996. Panamá. 34p.

NIC. 1998 INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Centro informativo internacional. Nueva encuesta muestra que las mujeres desconocen que su riesgo de desarrollar cáncer del cuello del útero continúa a medida que envejecen. La Prensa San Diego. E.U.A. <http://www.laprensa-sandiego.org/archieve/june5/nueva.htm>.

NIC. 1999, INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Centro informativo internacional. Cáncer del cuello uterino 208/00103. Bethesda, E.U.A. <http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/100103.htmlcancernet>

NIC/NHI. 1998. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. La prueba Pap. Un método para diagnosticar el cáncer del cuello del útero. http://rex.nci.nih.gov/NCI_Pub_Interface/La_prueba_Pap/quesla.html

NG, Cora, N.Muñoz, et al. 1998. Causes of Cervical Cancer in the Philippines a case and control study. Journal of the National Cancer Institute. Enero 7, 1998. Vol. 90 No. 1: 43-49. E.U.A.

NSI 1999. NEUROMEDICAL SYSTEM, INC. Papnet on cyte, sistema automatizado de cribaje de frotis cervicales. España. <http://www.aepcc.org/aepcc/papcyte.htm>.

NIH 1980 -NATIONAL INSTITUTE of HEALTH. Cervical Cancer Screening: The Pap Smear. NIH Consens Statement Online. (Conferencia sobre tamizaje de cáncer cervical y PAP). 23-253(4):1-11. <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/25txt.html#Head3>.

NOAH, (siglas en inglés). 1999. Acceso Computarizado a la Salud de Nueva York Cancer del cuello uterino 208/00103. CancerNet: Instituto Nacional del Cáncer. E.U.A. <http://www.noah.cuny.edu/spcancer/nci/cancernet/100103.html>

O.P.S. 1997. ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD. 1997. "Framework for a regional project on cancer palliative care in LatinAmérica and the Caribbean". Washington, D.C. pags. 7-8.

O.P.S. 1997. ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD. 1997. Comunicado de Prensa. Cáncer del cuello del útero: 25.000 mujeres mueren anualmente en América Latina . Washington, D.C. E.U.A. <http://dvlp.www.paho.org/spanish/DPI/rs970422.htm>

O.P.S. 1998 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD. 1998. World Health Statistic, Génova. 858 págs.

O.P.S.1990. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington D.C. 69 pgs.

PAP-SCREEN VICTORIA 1999. Anti-Cancer Council of Victoria Cancer . New technology in Pap tests. E.U.A. <http://www.accv.org.au/4papscreen/newtech.htm>.

RAYMUNDO, J., CASCANTE J. 1996. Conocimientos y prácticas en citología cervical-vaginal: cáncer del cuello uterino en Centroamérica y Panamá. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. (REVCOG). Vol. 6 No. 1:11-15. Guatemala.

REEVES, W., M. Brenes, R. Britton y col. 1984. Cervical cancer in the República of Panamá. American Journal of Epidemiology. Págs. 714-724.

REEVES, W., M. Brenes, R. Britton y col. 1984. Aspectos epidemiológicos del cáncer cérvico uterino en la República de Panamá, Revista Médica de Panamá vol.9: 123-135

REUTERS, 1997. Muestreo para detección de cáncer cervical: mejores resultados con ThinPrep que con frotis convencional para Papanicolaou. NOTICIAS MEDICAS REUTERS, Obstet Gynecol 1997;90:278-284. <http://drscope.com/noticias/cancer.html>

ROBLES S., F. White, A. Peruba. 1996 Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 75 Volumen 121, No. 6479-486. Washington, EUA

ROJAS, Rubén Darío, Dr. La detección precoz del Cáncer Revisión y Análisis Estadísticos. Revista Panameña de Obstetricia y Genecología, vol 1, No, 1, julio 1986. Pags 20-35. Panamá

SALMERÓN, J., Lezcano, E., Hernández, M. 1996. Programa de Detección Oportuna de Cáncer en instituciones de seguridad social. Una alternativa organizacional. Rev Ins Nal Cancero 1996; Volumen 42 (2): 159-165.
<http://cenids.ssa.gob.mx/actualissate/1/oct97/psust81.htm>

SOCIEDAD DOMINICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Se debe continuar haciendo Papanicolau en las pacientes con Histerectomías? Revista Latina. <http://www.salud-latina.com/sdomog/articulos.html-ssi>

SOSA, M.B.. 1998. Cáncer de cuello uterino La importancia de un Programa de Prevención. Centro de información Obegyn. Net latina.
http://latina.obgyn.net/sp/articles/sosa_cancer.htm

TAPIA, Roberto. 1998. El programa de detección de cáncer crvicouterino estará detenido hasta que se consense la norma oficial. Documento Impreso. México D.F.
<http://www.cimac.org/news31.htm>

WHITE, L., GRACIA, Z.. 1998 . Historia del Municipio de Chepo a través de sus actas consejales, resoluciones, decretos y acuerdos. Tesis de grado. Universidad de Panamá.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AHLBON, A., S. NORELL, 1988. Fundamentos de epidemiología. Segunda edición. Impreso en España. Closas-Orcoyen. 130 págs.
- ALMEIDA, S. 1990. Sugerencias para un investigador de aspectos de salud. Ministerio de Salud Pública. San Salvador. 46 págs.
- DAY, R. 1994. Como escribir y publicar trabajos científicos. Organización Panamericana de la Salud. The Oryx Press. USA. 214 págs.
- FRIEDMAN, G. Primer of Epidemiology. 3ª edición. McGraw Hill. España, 305 págs.
- JENICEK, M. Y CLÉROUX, R. 1987. Epidemiología: principio, técnicas y aplicaciones. Impreso en España. Salvat editores. S.A. 393 págs.
- RIEGELMAN, R. ET AL. 1991a. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 111(2): 153-174.
- RIEGELMAN, R. ET AL. 1991b. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 111(3): 240-260.
- SAN MARTIN, H. MARTIN, A. Y CARRASCO, J. 1986. Epidemiología : Teoría, investigación y práctica. Imprenta Calero. Madrid, España.. 524 págs.
- UNIVERSIDAD DE PANAMÁ , 1998. Reglamento de tesis de grado. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Panamá. 32 págs.

ANEXO 1

Glosario de Términos

Biopsia: Muestra del tejido humano para examinarlo bajo un microscopio y hacer un diagnóstico; extirpación quirúrgica de un fragmento de tejido obtenido de un ser vivo, para su análisis en laboratorio con fines de diagnóstico.

Benigno: No canceroso.

Cáncer: Un grupo de enfermedades en las cuales las células anormales crecen descontroladamente. Las células cancerosas se extienden a través del cuerpo por medio de la sangre y del sistema linfático; grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales. Cuando se disemina a tejidos vecinos se llama invasión y cuando lo hace a tejidos distantes se denomina metástasis. Tumor maligno o neoplasia.

Cáncer cervical. Neoplasia del cuello uterino que puede ser detectado en etapa curable. La prueba de detección se llama Papanicolaou.

Cáncer invasor: El desarrollo descontrolado y anormal de las células, resultando en un tumor maligno que puede invadir y destruir los tejidos normales cercanos.

Carcinoma: Cáncer que comienza en la mucosa o cubierta de los tejidos de un órgano.

Carcinoma in situ: Cáncer localizado solamente en la capa superior del tejido, sin invadir tejidos profundos. Se le considera como un estado precanceroso.

Cauterización: Una técnica de tratamiento que usa una sonda (instrumento pequeño) eléctrica para destruir las células anormales.

Células: Estructuras sumamente pequeñas o unidades básicas de todos los órganos del cuerpo.

Cervical. Relativo al cuello o al cérvix.

Cervicitis. Inflamación del cuello o cérvix del útero o matriz.

Cérvix. Cuello. Parte más baja del útero, que sobresale en la vagina y que contiene un estrecho canal que conecta las partes bajas y altas del aparato reproductor femenino.

Cirugía: extracción del cáncer en una operación.

Cirugía con rayo láser: consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

Citología: Parte de la biología que estudia a las células y sus funciones.

Cuello del útero, o de la matriz: Sección estrecha en el extremo más bajo del útero que se proyecta hacia la vagina. Foto en página 66

Conización: Extraer, por medio de una operación, tejido en forma de cono, del cuello del útero. Se emplea para biopsias de diagnóstico, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos.

Criocirugía: Tratamiento u operación utilizada para extraer el cáncer del cuello del útero que se lleva a cabo con una sonda que congela y destruye los tejidos anormales sin poner en peligro los tejidos normales cercanos.

Displasia: Presencia de células anormales que no se diferencian adecuadamente y presentan desorden en su crecimiento. . Hay tres clasificaciones para la displasia: Leve, moderada y grave

Dispositivo intrauterino (DIU): Dispositivo insertado por un médico en el útero para prevenir el embarazo.

Espéculo: Instrumento de metal o plástico que el médico inserta en la vagina para ayudar a examinar la vagina y el cuello uterino.

Examen ginecológico: Examen médico que normalmente incluye un examen del útero, vagina, ovarios, trompas de Falopio, vejiga y recto. También incluye un examen médico de los senos.

Excentración Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar una vagina artificial (*vaginoplastia*) después de esta operación.

Escisión electro quirúrgica (LEEP, siglas en inglés), operación utilizada para extraer el cáncer del cuello del útero que consiste en una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.

Ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de alubia que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.

Ginecología: Rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de las mujeres.

Ginecólogo: Médico que se especializa en las enfermedades de la mujer, especialmente de los órganos reproductivos.

Histerectomía es una operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer.

Histerectomía vaginal: El útero se extrae a través de la vagina.

Histerectomía abdominal: El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen. Puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio (Salpingooforectomía bilateral).

Histerectomía radical: es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos del área.

Histeroscopia: Tubo delgado y con luz que se inserta en la vagina para examinar el cuello uterino y el interior del útero.

In situ: Frase latina que significa "localizado" o "en el sitio".

Matriz: Otra palabra que significa útero.

Menarca: Primer sangrado menstrual.

Menopausia: La etapa en la vida de una mujer en que cesan naturalmente sus períodos de menstruación de manera permanente; usualmente ocurre entre los 45 o 50 años de edad. También se le conoce como "el cambio de vida".

Menstruación: Flujo mensual de las mujeres para desechar el endometrio, cuando no sucede la fecundación. Se le conoce popularmente como "regla", "periodo" o "los días". Durante la menstruación la relación sexual con una mujer con VIH es una práctica de muy alto riesgo.

Metástasis: Aparición de nuevos focos de una enfermedad. Transferencia de un agente causante de una enfermedad de su localización original a otra parte del organismo, desarrollando una lesión similar en el nuevo lugar. Esta diseminación de un mal se ve

frecuentemente en los cánceres. La metástasis puede ser por contigüidad, por vía linfática o por vía hematológica.

Pélvico: Esta palabra se relaciona con la pelvis, la región del cuerpo entre los huesos pélvicos. Los órganos de la región pélvica incluyen el útero, la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto.

PRUEBA DE PAPANICOLAOU. Tinción que se utiliza para el estudio de las células por medio de un frotis. Por ejemplo, el examen microscópico de las células del cérvix uterino, que se realiza para detectar cambios que puedan ser precursores de cáncer en la mujer. Esta prueba lleva el nombre del descubridor de la tinción.

Quimioterapia: medicamentos o "venenos" para eliminar las células cancerosas.

Radioterapia: radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas.

Salpingooforectomía bilateral: Extracción de ambas trompas de Falopio y ambos ovarios.

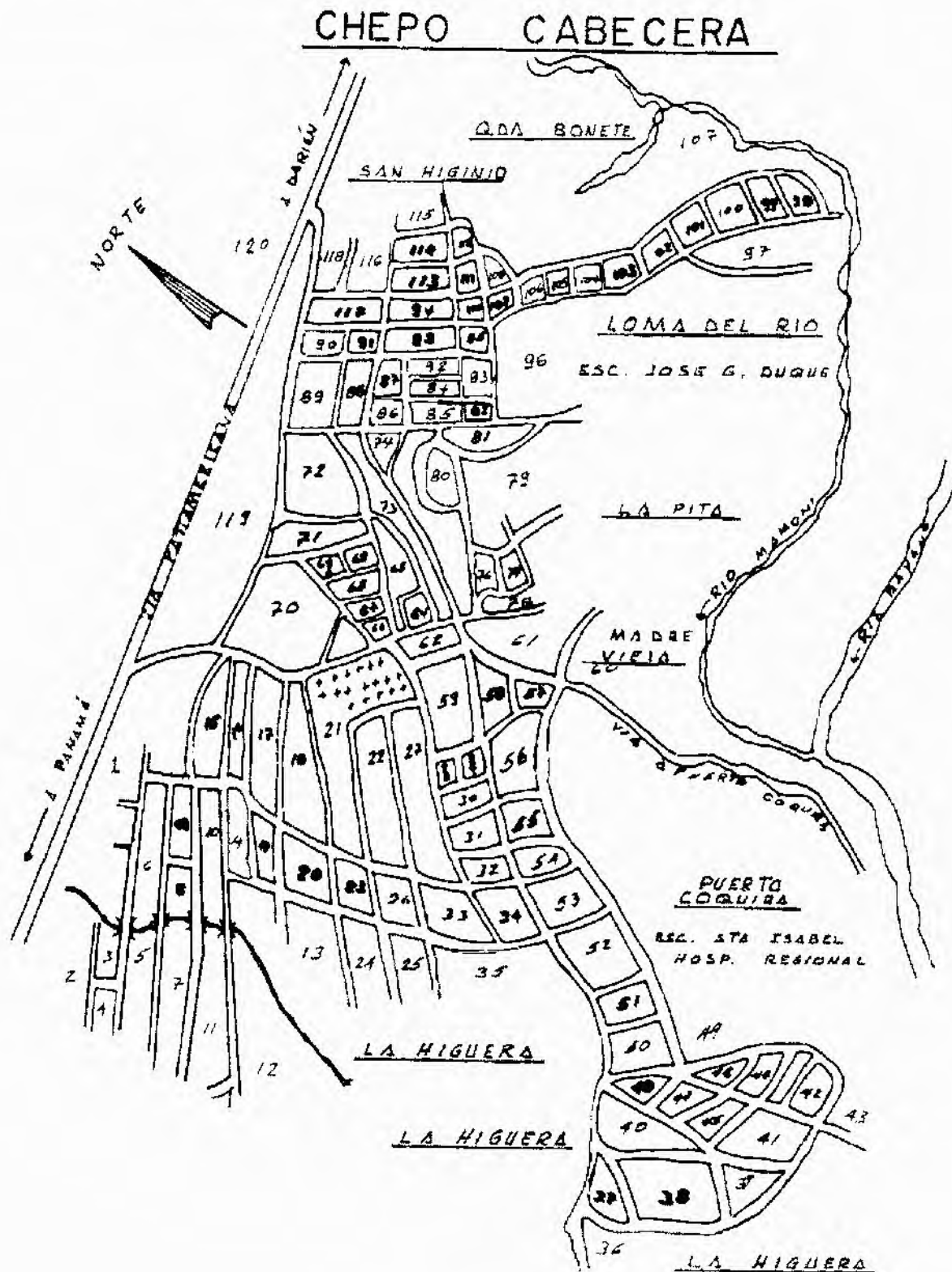
Sangrado uterino disfuncional: Sangrado uterino anormal que no está asociado con un tumor, una inflamación o un embarazo.

Vagina: Apertura en forma de tubo que se extiende desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.

Vejiga: Órgano en forma de saco que se encuentra en la región pélvica y en la que se almacena la orina antes de eliminarse del cuerpo.

Útero: Órgano en el que crecen los bebés; matriz.

ANEXO 2 DISTRIBUCIÓN DE LOCALIDADES, ÁREAS Y MANZANAS.
CONGLOMERADO DE CHEPO.



ANEXO 3

AREA, LOCALIDAD Y NÚMERO DE MANZANA SELECCIONADOS, DEL
CONGLOMERADO DE CHEPO CABECERALA PRIMAVERA

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	29	646
LA PRIMAVERA	1	1	61
	1	2	20
	1	3	12
	1	4	24
	1	5	31
	1	6	33
	1	7	26
	1	8	10
	1	9	12
	1	10	27
	1	11	51
	1	12	35
	1	13	50
	1	14	5
	1	15	14
	1	16	11
	1	17	5
	1	18	10
	1	19	9
	1	20	14
	6	21	12
	1	22	13
	1	23	11
	1	24	8
	1	25	4
	1	26	9
	6	27	10
	1	33	8
	1	35	111

SANTA ISABEL

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	29	640
SANTA ISABEL	6	28	11
	6	29	15
	6	30	19
	3	31	16
	3	32	5
	3	34	15
	4	49	155
	3	50	29
	3	51	28
	3	52	25
	3	53	13
	3	54	15
	3	55	27
	5	56	52
	5	57	22
	5	58	65
	6	59	100
	6	62	28

SAN CRISTÓBAL

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	1	115
SAN CRISTÓBAL	10	63	3
	9	64	5
	9	65	28
	9	66	1
	9	67	4
	9	68	4
	9	69	2
	9	69A	4
	9	70	9
	9	71	12
	10	72	43

MADRE VIEJA

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	2	57
MADRE VIEJA	4	60	12
	5	61	45

LA PITA
(SERGIO A. JIMÉNEZ)

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	4	162
LA PITA	7	76	11
	7	77	20
	7	78	76
	8	79	55

CHEPO CENTRO

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	5	18	540
CHEPO CENTRO	10	73	112
	10	74	7
	8	75	97
	8	80	32
	8	81	29
	12	82	18
	12	83	25
	11	84	17
	11	85	30
	11	86	12
	11	87	11
	11	88	39
	11	89	23
	14	90	16
	14	91	12
	11	92	26
14	93	21	
14	117	13	

11 DE OCTUBRE

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	10	151
11 DE OCTUBRE	14	94	12
	13	95	25
	13	110	21
	13	111	6
	13	112	4
	14	113	12
	14	114	15
	14	115	14
	14	116	37
	14	118	5

LA HIGUERA

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	13	505
LA HIGUERA	2	36	67
	2	37	65
	2	38	107
	2	39	16
	2	40	105
	2	41	12
	4	42	12
	4	43	35
	4	44	19
	2	45	23
	4	46	17
	2	47	24
	2	48	3

VIA COQUIRA PUERTO COQUIRA

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	1	2	31
VIA COQUIRA	4	49	23
	4	60	8

LOMA DEL RÍO

<i>LOCALIDAD</i>	<i>ÁREA</i>	<i>No. DE MANZANA</i>	<i>VIVIENDAS EXISTENTES</i>
TOTAL	2	14	310
LOMA DEL RÍO	12	96	85
	12	97	13
	12	98	9
	12	99	6
	12	100	7
	12	101	9
	13	102	16
	13	103	10
	13	104	6
	13	105	12
	13	106	9
	13	107	99
	13	108	11
	13	109	18